

FAGFELLEVDERT ARTIKKEL

Sykepleieres kontakt med foreldre i lavterskeltjenestene – en tverrsnittsstudie

Therese Steinskog

Sykepleier
Skolehelsetjenesten, Rennebu kommune

Åse Bjørseth

Førsteamanuensis
Regionalt kunnskapssenter for barn og unge – Psykisk helse og barnevern, Institutt for psykisk helse, Fakultet for medisin og helsevitenskap, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Stian Lydersen

Professor
Regionalt kunnskapssenter for barn og unge – Psykisk helse og barnevern, Institutt for psykisk helse, Fakultet for medisin og helsevitenskap, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Siri Saugestad Helland

Forsker
Regionsenter for barn og unges psykiske helse (RBUP) Øst og Sør

Skolehelsetjeneste

Psykisk helse

Familiesentrert omsorg

Barn og unge

Tverrsnittsstudie

Sykepleien Forskning 2024;19(96298):e-96298

DOI: [10.4220/Sykepleienf.2024.96298](https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2024.96298)

Sammendrag

Bakgrunn: Sykepleiere har en viktig rolle i det psykiske helsearbeidet for barn og unge i kommunale lavterskeltjenester. Nasjonale veiledere og retningslinjer oppfordrer til familierettet arbeid. Foreldreinvolvering og familiesentrert omsorg anses som evidensbasert kunnskap innenfor helsetjenester for barn og unge.

Hensikt: Undersøke i hvilken grad sykepleiere i lavterskeltjenester har kontakt med foreldre. Vi ønsket å finne ut hvilke faktorer ved sykepleiere og tjenester som er assosiert med foreldrekontakt.

Metode: Studien er basert på spørreskjemadata fra en tverrsnittsstudie gjennomført av Regionsenter for barn og unges psykiske helse (RBUP) Øst og Sør. Utvalget besto av 243 sykepleiere i kommunale lavterskeltjenester for barn og unge. Dataene ble analysert med khikvadrattester og ordinal regresjonsanalyse.

Resultat: Resultatene viser at foreldrekontakt varierer i typen kontakt og hyppighet. Telefonkontakt var den hyppigste måten å involvere foreldre på, og 94 prosent av sykepleierne i studien rapporterte at de noen ganger, ofte eller alltid hadde telefonkontakt med foreldre. Litt over 63 prosent rapporterte at de noen ganger, ofte eller alltid hadde foreldre og barn sammen i timene. Rundt 30 prosent av deltakerne oppga at de aldri eller sjelden *verken* hadde foreldre sammen med barnet i timen, eller kun jobbet med foreldre. Resultatene viste videre at utdanning, opplæring i manualbaserte foreldreveiledningsverktøy, å ønske mer tid til barna i arbeidet og å være en del av Familiens hus var assosiert med hyppig foreldrekontakt. Å jobbe i skolehelsetjenesten og å arbeide kun med ungdom var assosiert med sjeldnere kontakt med foreldre.

Konklusjon: Resultatene kan indikere at kompetanseheving, tydeligere rammer for tjenestene og lokale retningslinjer for familieinvolvering kan være viktige satsingsområder i det fremtidige arbeidet. Behovet for mer forskning på lavterskeltjenestenes arbeid med familier kan møtes med større representative studier. Det samme gjelder studier som utforsker barn og unges, familiers og sykepleieres erfaringer med familieinvolvering.

Introduksjon

Psykiske vansker hos barn og unge er en av de største folkehelseutfordringene i norske kommuner (1). Kommunene er sentrale i det helsefremmende og forebyggende arbeidet. Også i behandlingen av psykiske lidelser hos barn og unge har kommunene et ansvar (2). Det er imidlertid store variasjoner i hva som tilbys av behandling kommunalt (2), selv om økt press i spesialisthelsetjenesten fører til at flere personer med moderate og alvorlige psykiske lidelser ivaretas i de kommunale lavterskeltjenestene (3).

Sykepleiere har en viktig rolle i endringsarbeidet med barn og deres familier (4), både i ulike lavterskelteam for psykisk helse og innen lovpålagte tjenester som helsestasjon og skolehelsetjeneste (2). Norske helsesykepleiere oppgir at de bruker over halvparten av tiden sin på arbeidsoppgaver knyttet til psykisk helse (5). I tillegg til at skolehelsetjenesten tilbyr oppfølging til barn og ungdom med psykiske plager og lidelser, oppfordrer nasjonalfaglige retningslinjer til at det også bør vurderes om foreldre skal informeres og inkluderes (6).

Betydningen av familieinvolvering i helsetjenester for barn og unge har bred støtte i forskning (7) og vektlegges i flere nasjonale veiledere og retningslinjer (1, 8). Barnevernsreformen fra 1. januar 2022 pålegger de kommunale tjenestene å jobbe forebyggende med familier og miljøet rundt barnet (9), både fordi god støtte fra foreldre kan beskytte mot at barnet utvikler psykiske plager (10), og fordi omsorgssvikt er en risikofaktor for å utvikle både fysiske og psykiske lidelser (11).

Sameroffs transaksjonsmodell illustrerer hvordan barn og foreldre gjensidig påvirker hverandre over tid, og hvordan negativ utvikling hos barnet kan snus ved å hjelpe foreldre til å endre sin tolkning av eller atferd overfor barnet sitt (12). Foreldre kan derfor ha en viktig rolle som deltakere i barnets behandling (13). For mange foreldre er det dessuten viktig for deres egen helse og mestring å bli involvert (14).

Innenfor sykepleiefaget er oppmerksomheten tilsynelatende i økende grad endret fra individrettet til familierett sykepleie. Flere studier peker på fordeler med familiesentrert omsorg (FCC, *family-centered care*), hvor hele familien betraktes som mottakere av behandling og omsorg (7). Sykepleiere har generelt positive holdninger til å involvere familie (15), men de fleste studier er gjort blant sykepleiere på sykehus (15).

De få studiene som er gjort i lavterskeltjenester (16–20), viser at sykepleiere i skolehelsetjenesten har mest foreldrekontakt via telefonsamtaler (16), samt at kontakten i hovedsak er problemfokuseret og handler om risikofaktorer ved barnets helse eller trivsel (20).

I Norge er familiesentrert omsorg undersøkt i psykiske helsetjenester for voksne (21, 22), men lite i tjenestene for barn og unge. I studier som undersøker skolehelsetjenestens arbeid med psykiske vansker, har norske helsesykepleiere imidlertid gitt uttrykk for at det er viktig å involvere familien og styrke foreldrerollen (5, 23).

Til tross for at det er positive holdninger til familieinvolvering, er det likevel utfordringer med å implementere familiesentrert omsorg i praksis (24). Implementering av ny kunnskap er et hyppig studert tema (25), og flere teoretiske modeller og rammeverk har forsøkt å beskrive hva som kjennetegner gode implementeringsprosesser (24).

«Kunnskap-til-handling»-modellen (26) illustrerer betydningen av nærhet mellom forskningsfeltet og brukerne. Den viser også hvordan kunnskap bør skreddersys til brukernes behov og identifiserte barrierer i konteksten den nye kunnskapen skal implementeres i (26). For at rutiner og verktøy for familieinvolvering skal fungere godt i lavterskeltjenestene, kan det derfor være viktig å vite hva som kjennetegner tjenestenes arbeid med familier.

Formålet med denne studien er derfor å svare på følgende forskningsspørsmål:

«I hvilken grad har sykepleiere kontakt med foreldre i lavterskeltjenester for barn og unge, og hvilke faktorer ved sykepleierne og tjenestene er assosiert med foreldrekontakt?»

Metode

Studien er en tverrsnittsstudie basert på data fra en spørreundersøkelse som ble gjennomført av Regionsenter for barn og unges psykiske helse (RBUP) Øst og Sør i 2019 (27). Formålet med spørreundersøkelsen var å kartlegge det psykiske helsetilbudet for barn og unge i kommunene.

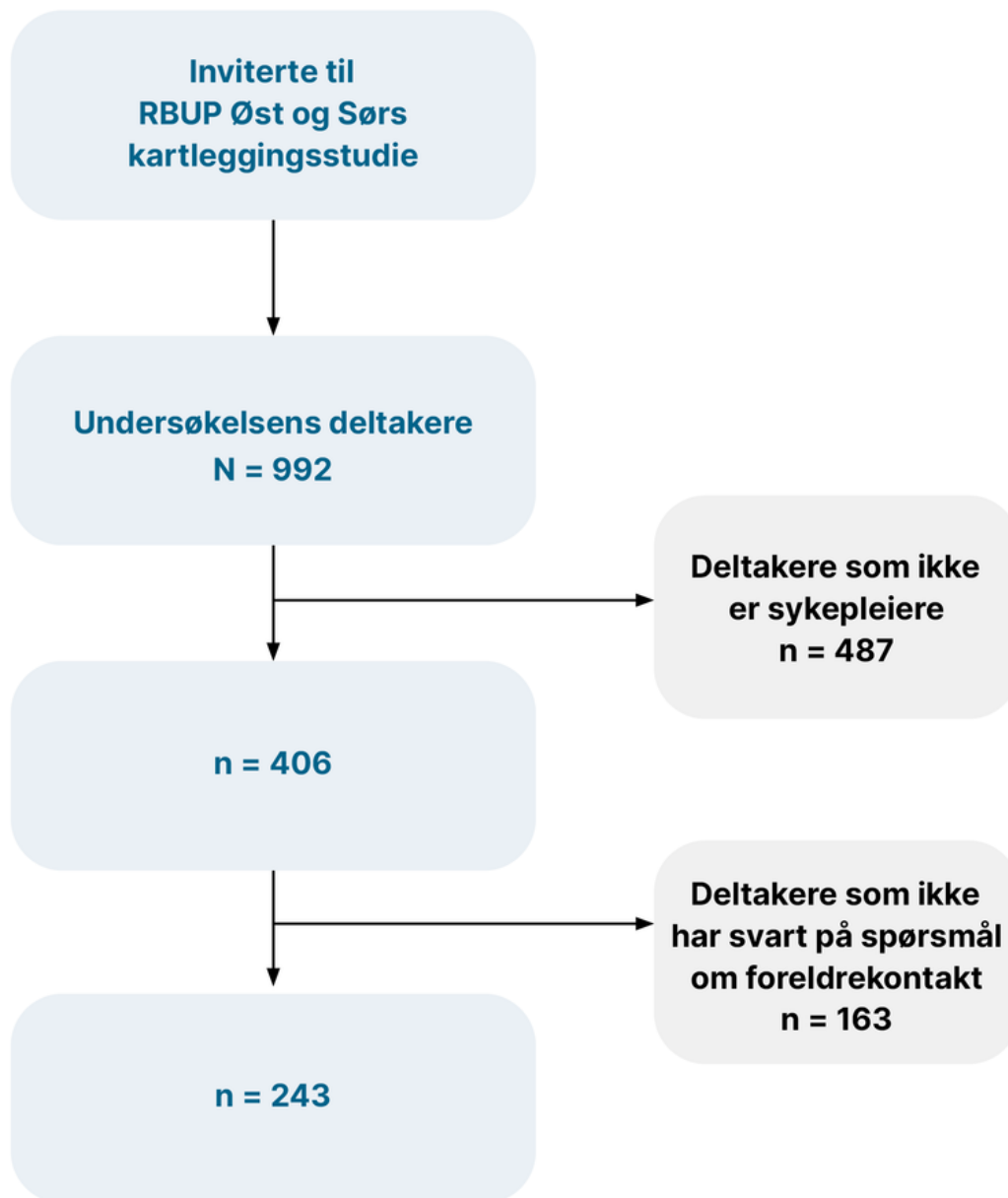
Målgruppen var kommunalt ansatte som tilbyr psykisk helsehjelp for barn og unge mellom 5 og 18 år, uten krav om henvisning, som er enkle å oppsøke, og som i hovedsak er ment for barn med milde og moderate psykiske vansker. Dataene ble samlet inn via et nettbasert spørreskjema ([vedlegg 1](#)), som ble sendt ut våren 2019. Spørreundersøkelsen ble vurdert av Norsk senter for forskningsdata (NSD), nå kalt Sikt – kunnskapssektorens tjenesteleverandør, til å være i samsvar med personvernlovgivningen, referansenummer 331014.

Utvalg

Vi rekrutterte til undersøkelsen ved at det ble sendt e-post til 1270 ulike adresser til kommunalt ansatte i psykiske lavterskeltjenester i alle landets fylker. Det ble sendt én purring, og vi oppfordret til å videresende e-posten til andre aktuelle respondenter. Deltakere ble også rekruttert via RBUPs nettsider, RBUPs Facebook-side og nettsidene til Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA).

Datainnsamlingen foregikk fra 21. februar 2019 til 21. mai 2019. Det er foreløpig publisert én artikkel fra datamaterialet, som omhandler psykologene i undersøkelsen (27). Av de 992 respondentene i undersøkelsen hadde 406 sykepleie som fagbakgrunn. Av disse svarte 243 (59,9 prosent) på spørsmålene om foreldrekontakt (figur 1). De utgjør utvalget i denne studien.

Figur 1. Utvalget i studien



Variabler

For å undersøke foreldrekontakt stilte vi følgende spørsmål: «Hvor ofte har du telefonkontakt med foresatte?», «hvor ofte er foresatte og barnet med i timene?» og «hvor ofte jobber du kun med foresatte?». Variabelen er en femkategorivariabel, og svaralternativene var «aldri», «sjelden», «noen ganger», «ofte» og «alltid».

Deltakerne ble spurt om kjønn, alder, antallet år med relevant yrkeserfaring og om de har spesialistutdanning eller videreutdanning. Utdanningsvariabelen ble dikotomisert til «utdanning ut over treårig bachelor» («ja»/«nei»).

Deltakerne ble spurt om de hadde opplæring i 16 ulike manualbaserte verktøy som ofte brukes i psykisk helsearbeid for barn og unge. Av disse regnes ni som foreldreveiledningsverktøy: De utrolige årene, Tuning into kids, Tuning into teens, Circle of Security, International Child Development Programme (ICDP), Multisystemisk terapi, Parent Management Training Oregon (PMTO/TIBIR), Treatment Foster Care Oregon (TFCO) og Functional Family Therapy (FFT).

De fikk også anledning til å skrive inn eventuelle andre manualbaserte verktøy. Variabelen ble dikotomisert til «har opplæring i foreldreveiledningsverktøy» («ja»/«nei»).

Deltakerne ble spurt om hvilken tjeneste de arbeidet i. Variabelen ble dikotomisert til «jobber i skolehelsetjenesten» («ja»/«nei»). Deltakerne ble også stilt spørsmålet «hvilken av disse gruppene er tjenesten du jobber i, primært rettet mot?» og ble bedt om å velge et eller flere av alternativene «sped- og småbarn (0–4 år)», «barn (5–12 år)» og «ungdom (13–18 år)». Variabelen ble dikotomisert til «jobber kun med ungdom» («ja»/«nei»).

For å kartlegge tidsressurs ble deltakerne spurt «hvor ofte kunne du ønske du hadde hatt mer tid / flere sesjoner med barnet og/eller familien?». Variabelen ble dikotomisert til «ja» («ofte» og «svært ofte») og «nei» («svært sjelden», «sjelden» og «noen ganger»).

Deltakerne ble spurt om tjenesten de jobber for, er en del av familiesenter eller Familiens hus, som er en tjenestemodell flere kommuner bruker for å samordne tjenester for barn, unge og familier. Variabelen ble dikotomisert til «ja» («ja») og «nei» («nei» og «vet ikke»).

Analyse

Resultater fra deskriptiv statistikk oppgis som gjennomsnitt og standardavvik og i absolutte og relative tall. For å undersøke sammenhenger mellom ulike variabler og foreldrekontakt benyttet vi khikvadrattest og ordinal logistisk regresjonsanalyse med foreldrekontakt som femkategoriavhengig variabel.

Ved å bruke ordinal logistisk regresjon med en femkategoriavhengig variabel utnyttet vi den informasjonen som lå i dataene, bedre enn om vi dikotomiserte variabelen og brukte vanlig (binær) logistisk regresjon. Oddsratioen i ordinal logistisk regresjon har samme fortolkning som i binær logistisk regresjon (28). Tosidig p -verdi under eller lik 0,05 anses å indikere statistisk signifikante funn. Vi analyserte dataene i SPSS versjon 28.

Resultater

Beskrivelse av utvalget

Tabell 1 viser demografiske data for respondentene. Da vi sammenliknet de som fullførte og de som ikke fullførte hele undersøkelsen, fant vi noen flere som kun jobbet med ungdom og i skolehelsetjenesten, blant de som fullførte ([vedlegg 2](#)).

Tabell 1. Demografiske data for respondentene

	n (%)	Gj.snitt (standardavvik)	Min.–maks.
Kjønn	243		
Mann	8 (3,3)		
Kvinne	235 (96,7)		
Alder		45,8 (9,9)	24–66
Antall år med relevant erfaring	243	19,5 (10,2)	1–44
< 1 år	5 (2,1)		
1–4 år	18 (7,4)		
5–10 år	41 (16,9)		
< 10 år	179 (73,7)		
Videreutdanning	243		
Helsesykepleier	105 (43,2)		
Helsesykepleier m/videreutdanning	62 (25,5)		
Sykepleier	19 (7,8)		
Sykepleier m/videreutdanning	57 (23,5)		
Opplæring i foreldreveiledningsverktøy	237		
Ja	64 (26,3)		
Hvilken tjeneste arbeider du i?	243		
Skolehelsetjenesten	163 (67,1)		
«Lavterskelklinikk» i kommunen	24 (9,9)		
Helsestasjon for barn	22 (9,1)		
Helsestasjon for ungdom	7 (2,9)		
Tverrfaglig kommunalt team	4 (1,6)		
Annet	23 (9,5)		
Hvilken målgruppe er tjenesten primært rettet mot?	243		
Kun unge over 12 år	65 (26,7)		
Både barn og unge	120 (49,4)		
Kun barn under 12 år	58 (23,9)		
Tjenesten er en del av Familiens hus	243		
Ja	65 (26,7)		
Kommunestørrelse	242		
Liten kommune (< 5000)	75 (30,9)		
Mellomstor kommune (5000–19 999)	75 (30,9)		
Stor kommune (≥ 20 000)	92 (37,9)		

I hvilken grad sykepleiere har kontakt med foreldre

Resultatene i tabell 2 viser variasjon i graden av foreldrekontakt. Telefonkontakt var den hyppigst brukte måten å involvere foreldre på, og 94 prosent av sykepleierne i studien rapporterte at de noen ganger, ofte eller alltid hadde telefonkontakt med foreldre. Litt over 63 prosent rapporterte at de noen ganger, ofte eller alltid hadde foreldre og barn sammen i timene. Rundt 30 prosent av deltakerne oppga at de aldri eller sjelden verken hadde foreldre sammen med barnet i timen, eller kun jobbet med foreldre.

Tabell 2. Variasjon i graden av foreldrekontakt, n (%)

	Aldri	Sjelden	Noen ganger	Ofte	Alltid
Telefonkontakt	1 (0,4)	13 (5,3)	93 (38,3)	125 (51,4)	11 (4,5)
Barn og foreldre sammen	5 (2,1)	84 (34,6)	120 (49,4)	33 (13,5)	1 (0,4)
Kun foreldre	25 (10,3)	103 (42,4)	89 (36,6)	25 (10,3)	1 (0,4)

Faktorer assosiert med foreldrekontakt

Faktorer assosiert med foreldrekontakt hos sykepleierne

Resultatene i tabell 3 viser at oddsen for at sykepleierne oppga å ha foreldre og barn sammen i timene, økte med sykepleierens alder, erfaring og videreutdanning, men det var kun ved telefonkontakt at utdanning var statistisk signifikant i justert analyse.

Opplæring i foreldreveiledningsverktøy er faktoren hos sykepleierne som i størst grad så ut til å være assosiert med foreldrekontakt. Sykepleierne med opplæring i foreldreveiledningsverktøy hadde over to ganger så høye odds for å oppgi at de ofte hadde kontakt med foreldre, sammenliknet med øvrige sykepleiere.

Tabell 3. Oddsratio fra ordinal logistisk regresjon med foreldrekontakt som avhengige variabler

Prediktor	Telefonkontakt		Barn og foreldre sammen		Kun med foreldre	
	Ujustert	Fullt justert	Ujustert	Fullt justert	Ujustert	Fullt justert
Alder (i antall år)	1,00 (0,97–1,02)	0,97 (0,92–1,01)	1,05 (1,02–1,07)***	1,02 (0,97–1,06)	1,022 (1,00–1,05)	0,98 (0,94–1,03)
Erfaring (i antall år)	1,00 (0,98–1,03)	1,02 (0,97–1,06)	1,04 (1,01–1,07)***	1,02 (0,98–1,07)	1,02 (1,00–1,05)*	1,02 (0,98–1,07)
Videreutdanning ut over treårig bachelor	1,99 (0,81–4,89)	3,03 (1,09–8,45)*	3,24 (1,28–8,17)*	2,16 (0,77–6,10)	2,27 (0,937–5,534)	2,19 (0,80–5,97)
Har foreldre-veiledningsverktøy	2,63 (1,46–4,75)**	2,27 (1,22–4,21)**	2,98 (1,69–5,26)***	2,11 (1,17–3,81)*	3,32 (1,91–5,80)***	2,73 (1,53–4,90)***
Jobber kun med ungdom	0,25 (0,14–0,45)***	0,26 (0,14–0,47)***	0,33 (0,19–0,58)***	0,34 (0,19–0,62)***	0,28 (0,16–0,49)***	0,28 (0,16–0,52)***
Jobber i skolehelsetjenesten	1,12 (0,67–1,87)	1,34 (0,75–2,38)	0,37 (0,21–0,67)***	0,38 (0,21–0,67)**	0,39 (0,23–0,65)***	0,32 (0,18–0,56)***
Ønsker mer tid til samtaler/timer	1,36 (0,81–2,30)	1,43 (0,81–2,53)	2,00 (1,18–3,37)*	2,38 (1,36–4,17)**	1,51 (0,91–2,49)	2,03 (1,17–3,50)*
Tjenesten er del av Familiens hus	1,25 (0,72–2,16)	1,43 (0,78–2,65)	1,07 (0,62–1,83)	1,67 (0,91–3,03)	1,156 (0,683–1,958)	2,03 (1,13–3,66)*

*p ≤ 0,05

**p ≤ 0,01

***p ≤ 0,001

95 prosent konfidensintervall.

Ujustert analyse med kun én prediktor eller fullt justert med alle prediktorene.

Faktorer assosiert med foreldrekontakt i tjenestene

Resultatene viser at sykepleiere som kun jobbet med ungdom, oppga å ha kontakt med foreldre i langt mindre grad enn resten av utvalget (tabell 3 og 4).

Sykepleierne som jobbet i skolehelsetjenesten, oppga at de sjeldnere hadde foreldre til stede i samtaler, både sammen med barna og alene (tabell 3 og 4).

Andelen som oppga å ha foreldre og barn ofte sammen i timene, var fem ganger høyere i resten av utvalget enn hos sykepleierne som jobbet i skolehelsetjenesten (tabell 4). Vi fant ikke store forskjeller i de andre variablene om sykepleierne i skolehelsetjenesten og de øvrige tjenestene ([vedlegg 2](#)).

Sykepleierne som ønsket mer tid eller flere sesjoner med barnet og/eller familien, oppga å ha foreldre oftere til stede i timene enn resten av utvalget (tabell 3).

Tabell 4. Sammenlikning mellom typer foreldrekontakt og faktorer i arbeidet (opplæring, målgruppe og arbeidssted)

	Telefonkontakt		Barn og foreldre sammen		Jobber kun med foreldre	
	Ofte/alltid	Aldri / sjelden / noen ganger	Ofte/alltid	Aldri / sjelden / noen ganger	Ofte/alltid	Aldri / sjelden / noen ganger
Opplæring i foreldreveiledning	47 (73 %)	17 (27 %)	15 (23 %)	49 (77 %)	14 (22 %)	50 (78 %)
Resten av utvalget	84 (49 %)	89 (51 %)	19 (11 %)	154 (89 %)	10 (6 %)	163 (94 %)
	p < 0,001		p = 0,015		p < 0,001	
Jobber kun med ungdom	20 (31 %)	45 (69 %)	3 (5 %)	62 (95 %)	5 (8 %)	60 (92 %)
Resten av utvalget	116 (65 %)	62 (35 %)	31 (17 %)	147 (83 %)	21 (12 %)	157 (88 %)
	p < 0,001		p = 0,011		p = 0,36	
Jobber i skolehelse-tjenesten	92 (56 %)	71 (44 %)	10 (6 %)	153 (94 %)	11 (7 %)	152 (93 %)
Resten av utvalget	44 (55 %)	36 (45 %)	24 (30 %)	56 (70 %)	15 (19 %)	65 (81 %)
	p = 0,83		p < 0,001		p = 0,004	

P-verdier fra khikvadrattest.

Diskusjon

Studiens formål var å undersøke i hvilken grad sykepleiere i lavterskeltjenestene har kontakt med foreldre, og hvilke faktorer som påvirker foreldrekontakt. Samlet sett viser resultatene at graden av foreldrekontakt varierte både i form og hyppighet. At over 94 prosent av sykepleierne hadde telefonkontakt, og over 63 prosent hadde foreldre til stede i timene, er langt flere enn i en amerikansk studie, der 77 prosent av sykepleierne hadde telefonkontakt med foreldre og kun 18 prosent hadde foreldre til samtaler på kontoret (16).

Den relativt høye graden av foreldrekontakt kan skyldes at det de siste årene har vært økt oppmerksomhet på psykisk helse og familierettet arbeid (1, 8).

Til tross for at sykepleiere har positive holdninger til familieinvolvering (17), var det likevel en tredel av sykepleierne i lavterskeltjenestene som oppga at de sjelden eller aldri hadde foreldre til stede i samtaler, verken alene eller sammen med barnet. Det kan tyde på at det er forskjellig praksis for hvordan og i hvilken grad foreldre blir involvert, både mellom de ulike sykepleierne og mellom tjenestene.

Opplæring i manualbaserte verktøy

På bakgrunn av dataene i denne studien kan vi ikke si noe om hvorvidt sykepleierne driver med støttende eller behandlende terapeutisk arbeid. Men den faktoren hos sykepleierne som var sterkest assosiert med foreldrekontakt, var opplæring i manualbasert foreldreveiledningsverktøy.

Dette funnet samsvarer med andre studier, som har vist at opplæring i familiesentrerte metoder øker positive holdninger til familieinvolvering (15), og at helsesykepleiere ble mer tilbøyelig til å kontakte foreldre og invitere til familiesamtaler etter å ha fått opplæring i familierettet samtaleverktøy (29).

Ettersom sykepleiere oftere praktiserer deler av familiesentrert omsorg de anser som nødvendig (30), vil også kunnskap om fordeler ved familieinvolvering kunne ha betydning. Norsk sykepleierutdanning har vært kritisert for ikke å ha nok familieperspektiv (31).

Når kun 26 prosent av sykepleierne i lavterskeltjenestene oppga å ha opplæring i foreldreveiledningsverktøy, kan det tyde på et behov for mer kompetanse i familierettet arbeid. Opplæring i manualbaserte verktøy kan være et mulig bidrag til økt kompetanse (29). Nasjonalt bør det også vurderes hvordan norske sykepleierutdanninger kan bidra til mer kompetanse og at det brukes mer verktøy i familiesentrert omsorg.

Den største delen av sykepleierne i utvalget vårt hadde helsesykepleierutdanning eller annen tilleggsutdanning. Det kan forventes å påvirke måten de jobber på. Utdanning og erfaring er likevel faktorer hos sykepleierne som ikke viser like klar sammenheng med foreldrekontakt. Dette funnet er noe overraskende ettersom flere andre studier fant at høyere utdanning kan gi økt selvtillit og bedre ferdigheter til å jobbe med familier (19). Studier viser også at sykepleiere med lite erfaring uttrykker usikkerhet ved familieinvolvering (18, 19).

Samtidig er det også studier som ikke fant noen sammenheng mellom utdanning og erfaring og positive holdninger til familieinvolvering (17). Det kan tenkes at faktorer som opplæring i foreldreveiledningsverktøy eller type videreutdanning kan ha påvirket resultatene. Helsesykepleiere gir blant annet uttrykk for å mangle verktøy i møte med barn med psykiske plager (5, 17, 20), noe som er funnet å være assosiert med i større grad å anse familien som en byrde (17).

Det kan derfor tenkes at kompetanse i psykisk helse også påvirker hvor ofte sykepleiere har kontakt med foreldre. Veiledning av de minst erfarne sykepleierne kan uansett være et godt tiltak for å fremme familierettet arbeid, samtidig som det trengs mer kunnskap om hva det er ved utdanning og erfaring som påvirker graden av familieinvolvering.

Mindre kontakt med ungdomsforeldre

Studien fant flere faktorer ved tjenestene som er assosiert med foreldrekontakt. At sykepleiere som jobber med barn, har mer kontakt med foreldre enn de som kun jobber med ungdom, er i tråd med tidligere forskning (17). Årsaken kan være at barn over 12 år ifølge norsk lov har rett til å påvirke hvilken informasjon som gis til foreldrene (5, 32).

Helsesykepleiere har gitt uttrykk for frykt for at samtaler med foreldre kan ødelegge tillitsforholdet til barnet, og at de derfor i stor grad vektlegger barnas ønsker om konfidensialitet (20). Mange foreldreveiledningsverktøy er dessuten rettet mot yngre barn. Det kan derfor tenkes at sykepleiere er usikker på å veilede ungdomsforeldre. Det trengs mer forskning på hva som påvirker graden av foreldrekontakt i helsehjelpen til ungdom.

Resultatene viser at sykepleiere i skolehelsetjenesten langt sjeldnere har foreldre til stede i samtaler enn sykepleiere i de øvrige lavterskeltjenestene, og at de som er organisert under Familiens hus, oftere har samtaler kun med foreldrene. Ulike rammer og retningslinjer kan være en årsak til denne forskjellen og bekreftes i andre studier som en viktig faktor (15, 25).

Ifølge nasjonale retningslinjer er skolehelsetjenestens hovedområde forebyggende og helsefremmende arbeid (6). Enkelte kommuner har gitt uttrykk for at de kobler på familiesenteret i saker der det er behov for mer oppfølging (2). Rådene som gis i nasjonale retningslinjer for skolehelsetjenesten om å involvere foreldre, kan oppleves som svake (6).

Både brukere, kommuner og spesialisthelsetjenesten har uttrykt mangel på tydelige føringer eller rammer som beskriver hva som kan forventes av psykiske helsetilbud for barn og unge i kommunene (2). Ulik kultur for familieinvolvering kan også være medvirkende årsak til forskjellen mellom foreldrekontakt i skolehelsetjenesten og de øvrige tjenestene (15, 25). Skolen kan eksempelvis i større grad oppleves som «barnas sted», slik at barna oftere oppsøker tjenesten uten følge av foreldrene (33).

Vi kan ikke på bakgrunn av våre data si noe om grunnen til at helsesykepleiere ofte eller sjelden velger å inkludere foreldrene. Årsakene til at barn oppsøker helsesykepleieren i skolehelsetjenesten, er dessuten varierte. Kontakt med barn kan bestå av både en enkeltsamtale eller flere samtaler. I saker som vedrører vennskap eller kjærlighetssorg, er det kanskje ikke alltid naturlig eller riktig å involvere foreldrene. Det er likevel verdt å merke seg at helsepersonell i forskjellige tjenester involverer foreldre i så ulik grad, selv om de har lik fagbakgrunn og skal forholde seg til den samme nasjonale veilederen for pårørendearbeid (8).

Resultatene kan indikere at det er behov for lokale rutiner og prosedyrer for familierettet arbeid. Det samme gjelder for å vurdere om rammene som lavterskeltjenestene jobber under, er i tråd med nasjonale veiledere og strategier for pårørendearbeid.

Tid som faktor i familierettet arbeid

Til sist antyder også resultatene i studien at sykepleierne som svarte at de ønsket mer tid med barna eller familien, oftere oppga å involvere foreldrene i samtalene på kontoret. Mangel på tid løftes frem som en vesentlig barriere for implementeringsarbeid (24, 25), og det er mulig at sykepleierne som oppgir at de ønsker mer tid, er de som allerede bruker ekstra tid på samtaler med foreldre. Dette er kun en antakelse, da årsaken til hvorfor disse sykepleierne opplever å ha for liten tid, ikke er kjent.

Enkelte sykepleiere har gitt uttrykk for at familiearbeid er mer tidkrevende enn individuell oppfølging (22), mens andre uttrykte at familieintervensjon er en tidsbesparende og effektiv måte å få oversikt og gi hjelp på (28). Disse funnene kan tyde på forskjeller i hvordan familien involveres.

De kan også tyde på at sykepleiere har ulik oppfatning av hvor mye tid familieinvolvering krever. Derfor trengs det flere studier som undersøker erfaringer med ulike familieintervensjoner. Ettersom norske helsesykepleiere signaliserer at de har en stor arbeidsbelastning (5), er det uansett viktig å ta høyde for at tid er en viktig ressurs som må prioriteres.

De assosierte faktorene vi fant i studien, sammenfaller med flere forhold som implementeringsforskning finner som fremmende eller hemmende (24). «Kunnskap-til-handling»-modellen vektlegger betydningen av å skreddersy kunnskapsverktøy og tiltak til lokale forhold og identifiserte barrierer (26). Derfor er det viktig at ledelsen og de ansatte i de ulike tjenestene vet hva som kreves for å arbeide kunnskapsbasert (26).

At flere faktorer ved tjenestene er assosiert med foreldrekontakt, styrker argumenter om at endringer også må skje innenfor hver enkelt tjeneste og organisasjon for at ny kunnskap skal bli implementert (24). Familierettet arbeid bør ikke bare være forankret i nasjonale føringer, men også gjennom de ulike rammene for tjenestene, lokale prosedyrer og arbeidsmetoder (15, 25).

For at kunnskapsutviklingen skal kunne møte brukeres behov og kontekst, er det også viktig at det nasjonalt prioriteres kunnskapsutvikling innen lavterskeltjenestene. Den planlagte satsingen på et nasjonalt kompetansemiljø for helsestasjonene og skolehelsetjenesten kan være et viktig steg i denne retningen (34).

Metodologiske overveielser

En styrke ved studien er at den hadde et utvalg deltakere som overgikk antallet i liknende studier (16–19). Tverrsnittsstudier kan imidlertid ikke si noe om årsaksforklaringer mellom variablene. Studien kan heller ikke si noe om hvilket innhold foreldrekontakten hadde, om det handlet om praktisk informasjon, helsekartlegging eller veiledning, eller om det var ulikt innhold i telefonsamtaler og fysiske samtaler.

En mulig skjevhet i utvalget kan være at deltakerne i studien ikke ble trukket ut tilfeldig, og at de som svarte på spørreundersøkelser, kan være de som var mest interessert i temaet. Bruk av ikke-validerte spørsmål kan være en svakhet ettersom spørsmålene kan misoppfattes. Bruk av mer objektive mål og svarkategorier med grunnlag i frekvenser kunne gitt mer gyldige data (35).

Det kan også tenkes at svarene fra de ansatte i skolehelsetjenesten baserte seg på alle barna som oppsøker tjenesten, og ikke kun de som har psykiske plager.

Konklusjon

Studien viser variasjon i hvordan og hvilken grad sykepleiere i lavterskeltjenester har kontakt med foreldre. Forhold hos både sykepleierne og tjenestene viser å ha sammenheng med hvor ofte sykepleierne har kontakt med foreldre. Funnene i studien indikerer at det trengs mer kunnskap og verktøy i familiearbeidet, men også tydeligere rammer for tjenestene og lokale rutiner for familieinvolvering.

Et viktig arbeid fremover vil kunne være å vurdere det faglige innholdet i sykepleierutdanningene samt utvikle det nasjonale forskningsmiljøet for lavterskeltjenestene. Kunnskap om og verktøy til familieinvolvering må tilpasses lavterskeltjenestenes behov og forutsetninger for å kunne styrke det familierettede arbeidet for barn og unge i kommunene.

Det er behov for studier med større, representative utvalg som utforsker hvordan de ulike lavterskeltjenestene jobber med foreldre og familier. Det trengs også kvalitative studier som utforsker sykepleieres erfaringer med hva som hemmer og fremmer foreldreinvolvering. I tillegg trengs det kunnskap om hvilke erfaringer barn, unge og foreldre har med familieinvolvering.

Det er videre behov for intervensjonsstudier som undersøker hvordan ulike familiesentrerte tiltak kan bistå sykepleiere i arbeidet med barn og unge. Det overordnede målet må være at barnets og familiens situasjon er styrende i vurderingene av når foreldre involveres, og ikke faktorer hos den enkelte sykepleieren eller tjenesten.

Forfatterne oppgir ingen interessekonflikter.



FAMILIERETTET ARBEID: Litt mer enn 63 prosent av sykepleierne hadde noen ganger, ofte eller alltid foreldre og barn sammen i timene. *Illustrasjonsfoto: Shutterstock/NTB*

1. Prop. 121 S (2018-2019). Opptrappingsplan for barn og unges psykiske helse (2019–2024) [internett]. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2019 [hentet 4. mai 2023]. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-121-s-20182019/id2652917/?ch=1>
2. Helsedirektoratet. Psykisk helsearbeid for barn og unge – en innsiktsrapport [internett]. Oslo: Helsedirektoratet; 2021 [hentet 24. april 2023]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/psykisk-helsearbeid-for-barn-og-unge>
3. Ukom. To år med pandemi – status for det psykiske helsetilbudet til barn og unge [internett]. Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten; 2022 [hentet 4. mai 2023]. Tilgjengelig fra: <https://ukom.no/rapporter/to-ar-med-pandemi--status-for-det-psykiske-helsetilbudet-til-barn-og-unge/bakgrunn>
4. Gallefoss L, Øen KG. Helsesykepleiere driver utstrakt psykisk helsearbeid. *Sykepleien*. 2023;111(91150):e-91150. DOI: [10.4220/Sykepleiens.2023.91150](https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2023.91150)

5. Skundberg-Kletthagen H, Moen ØL. Mental health work in school health services and school nurses' involvement and attitudes, in a Norwegian context. *J Clin Nurs*. 2017;26:5044–51. DOI: [10.1111/jocn.14004](https://doi.org/10.1111/jocn.14004)
6. Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom [internett]. Oslo: Helsedirektoratet; 2006 [hentet 23. mars 2023]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten>
7. Kuhlthau KA, Bloom S, Van Cleave J, Knapp AA, Romm D, Klatka K, et al. Evidence for family-centered care for children with special health care needs: a systematic review. *Acad Pediatr*. 2011;11(2):136–43.e8. DOI: [10.1016/j.acap.2010.12.014](https://doi.org/10.1016/j.acap.2010.12.014)
8. Helsedirektoratet. Veileder om pårørende i helse- og omsorgstjenesten [internett]. Oslo: Helsedirektoratet; 2017 [hentet 10. april 2023]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/parorendeveileder>
9. Prop. 73 L (2016-2017). Endringer i barnevernsloven (barnevernsreform) [internett]. Oslo: Barne- og familiedepartementet; 2017 [hentet 2. mai 2023]. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-73-l-20162017/id2546056/>
10. Tian S, Zhang TY, Miao YM, Pan CW. Psychological distress and parental involvement among adolescents in 67 low-income and middle-income countries: a population-based study. *J Affect Disord*. 2021;282:1101–9. DOI: [10.1016/j.jad.2021.01.010](https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.01.010)
11. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: the Adverse Childhood Experiences (ACE) study. *Am J Prev Med*. 1998;14(4):245–58. DOI: [10.1016/S0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(98)00017-8)
12. Sameroff AJ. The transactional model of development: How children and contexts shape each other. Washington, D.C.: American Psychological Association; 2009.
13. Oud M, de Winter L, Vermeulen-Smit E, Bodden D, Nauta M, Stone L, et al. Effectiveness of CBT for children and adolescents with depression: a systematic review and meta-regression analysis. *Eur Psychiatry*. 2019;57:33–45. DOI: [10.1016/j.eurpsy.2018.12.008](https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2018.12.008)

14. McKeague L, Hennessy E, O'Driscoll-Lawrie C, Heary C. Parenting an adolescent who is using a mental health service: a qualitative study on perceptions and management of stigma. *J Fam Issues*. 2022;43(9):2317–38. DOI: [10.1177/0192513X211030924](https://doi.org/10.1177/0192513X211030924)
15. Barreto MS, Marquete VF, Camparoto CW, García-Vivar C, Barbieri-Figueiredo MDC, Marcon SS. Factors associated with nurses' positive attitudes towards families' involvement in nursing care: a scoping review. *J Clin Nurs*. 2022;00:1–12. DOI: [10.1111/jocn.16226](https://doi.org/10.1111/jocn.16226)
16. Concepcion M, Murphy S, Canham D. School nurses' perceptions of family-centered services: commitment and challenges. *J Sch Nurs*. 2007;23(6):315–21. DOI: [10.1177/10598405070230060301](https://doi.org/10.1177/10598405070230060301)
17. Antonsson H, Saveman BI, Lämås K. School nurses' attitudes toward family involvement in school healthcare. *Health Behav Policy Rev*. 2020;7(1):51–8. DOI: [10.14485/HBPR.7.1.6](https://doi.org/10.14485/HBPR.7.1.6)
18. Svavarsdottir EK, Tryggvadottir GB, Gisladdottir M, Erlendsdottir RO. Enhancing family nursing practice in schools: school nurses' perspectives on illness beliefs and family nursing practice skills when caring for children with attention-deficit hyperactivity disorder or asthma – a cross-sectional study. *Nord J Nurs Res*. 2021;41(4):216–23. DOI: [10.1177/20571585211009690](https://doi.org/10.1177/20571585211009690)
19. Brown C, Looman WS, Garwick AE. School nurse perceptions of nurse-family relationships in the care of elementary students with chronic conditions. *J Sch Nurs*. 2019;35(2):96–106. DOI: [10.1177/1059840517741944](https://doi.org/10.1177/1059840517741944)
20. Mäenpää T, Paavilainen E, Åstedt-Kurki P. Family-school nurse partnership in primary school health care. *Scand J Caring Sci*. 2013;27(1):195–202. DOI: [10.1111/j.1471-6712.2012.01014.x](https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2012.01014.x)
21. Moen ØL, Aass LK, Schröder A, Skundberg-Kletthagen H. Young adults suffering from mental illness: evaluation of the family-centred support conversation intervention from the perspective of mental healthcare professionals. *J Clin Nurs*. 2021;30:2886–96. DOI: [10.1111/jocn.15795](https://doi.org/10.1111/jocn.15795)
22. Skundberg-Kletthagen H, Gonzalez MT, Schröder A, Moen ØL. Mental health professionals' experiences with applying a family-centred care focus in their clinical work. *Issues Ment Health Nurs*. 2020;41(9):815–23. DOI: [10.1080/01612840.2020.1731028](https://doi.org/10.1080/01612840.2020.1731028)
23. Moen ØL, Hedelin B, Hall-Lord ML. Public health nurses' conceptions of their role related to families with a child having attention-deficit/hyperactivity disorder. *Scand J Caring Sci*. 2014;28(3):515–22. DOI: [10.1111/scs.12076](https://doi.org/10.1111/scs.12076)

24. Thürlimann E, Verweij L, Naef R. The implementation of evidence-informed family nursing practices: a scoping review of strategies, contextual determinants, and outcomes. *J Fam Nurs*. 2022;28(3):258–76. DOI: [10.1177/10748407221099655](https://doi.org/10.1177/10748407221099655)
25. Gransjøen AM. Hvordan kan retningslinjer og veiledere implementeres i den kommunale helse- og omsorgstjenesten? [internett]. Trondheim: Senter for omsorgsforskning; 2022 [hentet 4. mai 2023]. Tilgjengelig fra: <https://hdl.handle.net/11250/3028406>
26. Graham ID, Logan J, Harrison MB, Straus SE, Tetroe J, Caswell W, et al. Lost in knowledge translation: Time for a map? *J Contin Educ Health Prof*. 2006;26(1). DOI: [10.1002/chp.47](https://doi.org/10.1002/chp.47)
27. Helland SS, Rognstad K, Kjøbli J, Mellblom A, Grøndahl AB. Psykologer i kommunen: en kartlegging av tjenester for barn og unge med psykiske vansker. *Tidsskr Nor Psykologforening*. 2021;58(6). DOI: [10.52734/P43yN32q](https://doi.org/10.52734/P43yN32q)
28. Lydersen S. Logistisk regresjon med mer enn to kategorier. *Tidsskr Nor Laegeforen*. 2022;142(10). DOI: [10.4045/tidsskr.21.0786](https://doi.org/10.4045/tidsskr.21.0786)
29. Clausson E, Berg A. Family intervention sessions: one useful way to improve schoolchildren's mental health. *J Fam Nurs*. 2008;14(3):289–313. DOI: [10.1177/1074840708322758](https://doi.org/10.1177/1074840708322758)
30. Al-Motlaq MA. Family-centred care and the expectancy-value theory: luxury or necessity. *Child Care Pract*. 2021;1–10. DOI: [10.1080/13575279.2021.1887816](https://doi.org/10.1080/13575279.2021.1887816)
31. Sørfonden WB, Finstad HH. Familieperspektivet i sykepleierutdanning og yrkesutøvelse. *Nord Tidsskr Helseforskning*. 2012;8(2):75–83.
32. Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven). LOV-1999-07-02-63 [hentet 22. april 2023]. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
33. Gallefoss L, Høie M. Helsesykepleieres refleksjoner over tverrfaglig samarbeid i barneskolen. I: Omdal H, Thorød AB, red. *Ulike profesjoner, felles mål: barn og unge i risiko*. Oslo: Universitetsforlaget; 2021.
34. Helse- og omsorgsdepartementet. Nasjonalt kompetansemiljø for helsestasjon og skolehelsetjenesten lokaliseres i Levanger [internett]. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 7. oktober 2022 [hentet 7. mai 2023]. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/nasjonalt-kompetansemiljo-for-helsestasjon-og-skolehelsetjenesten-lokaliseres-i-levanger/id2933468/>

35. Ringdal K. Enhet og mangfold: samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode. 4. utg. Bergen: Fagbokforlaget; 2018.