

«Barna ble glemt i vår frykt og skam for smitte. Det er skam det!»

En kvalitativ studie om Covid-19 restriksjoner i barnehage og påvirkning på barns sosiale helse

JULIE RAMLO

VEILEDERE

Migle Helmersen
Laila Nordstrand Berg

Universitetet i Agder, 2022/2023

Fakultet for helse-og idrettsvitenskap
Institutt for ernæring og folkehelse

Master



Forord

Det å fullføre en mastergrad har først og fremst vært et personlig mål for meg i lang tid. Å få muligheten til å fordype meg i et tema som jeg i aller høyeste grad interesserer meg for, har gjort dette til et svært givende prosjekt, og bidratt til stor personlig vekst. Oppgaven har tatt tid, og jeg kan ærlig innrømme at jeg har kjent på mye usikkerhet og manglende mestringsfølelse underveis i prosessen. Likevel har prosessen vært svært lærerik, og jeg har aldri vært i tvil på om jeg ville fullføre.

Da koronapandemien brøt ut, og samfunnet gikk i «lock down», ble jeg bevisst på hvor skjør samfunnsstrukturen vår faktisk er. Jeg har tidligere tatt demokratiet og samfunnsstrukturen i Norge for gitt, men pandemien gjorde meg svært bevisst på hvor takknemlig jeg er for å leve i et land som tilbyr denne tryggheten. Denne refleksjonen vekket min store interesse for folkehelse og politikk, og studiet folkehelsevitenskap åpnet muligheten for at jeg kunne utdanne meg innen min lidenskap.

Det kommer stadig ny forskning som omhandler samme tema som denne masteroppgaven. Likevel tenker jeg at kartleggingen her er svært viktig. En pandemi med restriksjoner har sine baksider når vi setter den inn i et folkehelseperspektiv. Til tross for at den yngste generasjonen mistet sin stemme under pandemiens restriksjoner, er jeg svært takknemlig for at mine informanter ønsket å tale barnas stemme i min oppgave.

Jeg ønsker å takke mine veiledere Migle Helmersen og Laila Nordstrand Berg. Takk for gode innspill underveis i prosessen, og takk for drahjelp de gangene jeg har satt meg fast i oppgaven.

En følelse av å aldri kunne forlate PC-skjermen er forbi for denne gang.

Oslo 12.05.23

Julie Ramlo

Sammendrag

Bakgrunn: Pandemier er et folkehelseproblem som kan ha store konsekvenser for individer i samfunnet. Hvordan myndighetene velger å håndtere pandemiene i form av politiske tiltak, kan også påvirke folkehelsen med sine innskrenkninger på menneskers handlingsfrihet. I etterkant av koronapandemien vil det derfor være behov for å kartlegge hvordan restriksjonene påvirket befolkningens helse. Oppgaven tar utgangspunkt i barnehagebarns sosiale helse under pandemiens restriksjoner.

Studiens hensikt: Hensikten med studien var først å undersøke barnehageansattes refleksjoner omkring restriksjonene som ble innført i barnehagedriften. Videre var hensikten å se om, og i så fall hvordan, koronapandemiens restriksjoner påvirket barnas sosiale helse.

Problemstilling: *Hvordan ble implementering av politiske restriksjoner i tilknytning til Covid-19 pandemien gjennomført i barnehage, og hvordan har disse påvirket barnas sosiale helse?*

Materiale og metode: Datamaterialet ble samlet inn gjennom fem semistrukturerte intervjuer. Alle informantene var ansatte som jobbet direkte med barn før, under og etter pandemien. Som analysemetode benyttet jeg tematisk analyse.

Resultater: Studien viser at koronarestriksjonene satte begrensninger i barnas interaksjon med hverandre, og barnas opplevelse av trygghet. For sjenerte barn hadde begrensningene en positiv innvirkning for barnets sosiale helse. For andre barn skapte restriksjonene mye savn og fortvilelse over å ikke kunne ta del i fellesskapet med barn fra andre kohorter. Restriksjonene bidro videre til at barn opplevde utrygghet, som følge av manglende støtte fra foresatte til å håndtere barnehagen. Utryggheten som oppsto i manglende støtte fra nære relasjoner, og det at barna hadde mindre omgangskrets, ble synlig i barnas overgang til skole. Studien viser videre at det oppsto forskjeller i barns energinivå, som en følge av nedstengte kjøkken. Barna ble avhengig av foresattes kapasitet til å lage matpakker, og dermed ble et sosioøkonomisk skille fremtredende blant barnehagebarna.

Konklusjon: Studien viser at de politiske restriksjonene under pandemien satte begrensninger for barns sosiale helse. Barns behov for trygge rammer og støtte ble fraværende i viktige

settinger, og barnas sosiale omgangskrets ble innskrenket under koronapandemien. Utrygghet og mangel på energi var også faktorer som påvirket barnas sosiale helse under pandemien.

Nøkkelord: Covid-19, Restriksjoner, Sosial helse, Barnehage, Helsefremming

Abstract

Background: Pandemics are a public health problem that can have major consequences for individuals in society. How the authorities choose to handle pandemics in form of political measure can also affect public health by introducing restrictive restrictions in people's freedom. In the aftermath of the restrictions from the Covid-19 pandemic, there is a need to analyze how this has affected the social health of the population. The assignment is based on the social health of kindergarten children during the restriction of the pandemic.

Purpose of the study: The purpose of the study was to investigate how the restrictions were introduced in the kindergarten. Furthermore, if the restrictions affected the children's social health.

Issue: How was the implementation of political restriction in connection to the Covid-19 pandemic carried out in kindergarten, and have these restrictions affected the children's social health?

Material and method: The data was collected through five semi-structured interviews. All the informants were employees in kindergartens who worked directly with children before, during and after the pandemic. As an analysis method, I used thematic analysis.

Results: The study found that the corona restrictions placed limitations on the children's interaction with each other, and limitations on children's experience of security. For shy children, the restrictions had a positive impact on the child's social health. For other children, the restrictions created feelings of longing and despair due to not being able to take part in communities of other cohorts. The restrictions also created insecurity in the children's feeling of lack of support from close relationships, and a smaller circle of friends was visible in the children's transition to school. The study shows differences in children's energy level because of closed kitchens. The children were dependent on their guardians' capacity to bring them food, and a socioeconomic distinction became prominent among the children.

Conclusion: The study shows that the political restrictions during the pandemic limited the children's social health. Children's need for supportive adults was absent in important settings, and the children's social circle was restricted during the pandemic.

Keywords: Covid-19, Restrictions, Social health, Kindergarten, Health promotion

Innholdsfortegnelse

1.0 INNLEDNING	1
1.1 BEGRUNNELSE FOR VALG AV TEMA	1
1.2 FORSKNING PÅ COVID-19 I BARNEHAGE	3
1.3 BEGREPSAVKLARING	4
1.4 OPPGAVENS OPPBYGNING	5
2.0 SAMFUNNSMESSIG KONTEKST OG KUNNSKAPSGRUNNLAG	6
2.1 BARNEHAGENS Plass I SAMFUNNET	6
2.2 SOSIAL HELSE HOS BARN	7
2.3 BARNEHAGENS MANDAT OG REGULERING AV SEKTOREN	11
2.4 ENDRINGER I BARNEHAGEN SOM FØLGE AV COVID-19	13
2.4.1 Beredskapsplanen	14
3.0 TEORETISK FORANKRING	17
3.1 IMPLEMENTERINGSTEORI	17
3.1.1 Matlands konflikt og tvetydighetsmodell	18
3.3 WHITEHEAD OG DAHLGRENS SOSIALE HELSEDETERMINANTMODELL	21
4.0 METODE	25
4.1 VITENSKAPELIG STÅSTED	25
4.2 HERMENEUTIKK OG FENOMENOLOGI	25
4.5 DESIGN OG METODE	26
4.5.1 individuelt intervju	27
4.5.2 Semistrukturert intervju	28
4.6 GJENNOMFØRELSE AV INTERVJU	28
4.6.1 Utvalg	28
4.6.2 Forberedelse og intervjuguide	29
4.6.3 Gjennomføring av individuelle dybdeintervju	30
4.7 ANALYSE OG BEHANDLING AV DATA	31
4.8 ETISKE OVERVEIELSER	33
4.9 VALIDITET OG RELIABILITET	33
5 ANALYSE AV EMPIRI OG DISKUSJON UT FRA TEORETISK RAMMEVERK	36
5.1 ANALYSE OG DRØFTING I LYS AV IMPLEMENTERINGSTEORI	36
5.1.1 Gjenåpning av barnehagen etter 39 dager med nedstegning	37
5.1.2 Trafikklysmodellen	39
5.1.3 Kohortinndeling	41
5.2 ANALYSE OG DRØFTING I LYS AV DEN SOSIALE HELSEMODELLEN	43
5.2.1 Vennskapsbånd på tvers av kohorter	43
5.2.2 Vennskap i kohortene	46
5.2.3 Småbarn og frustrasjon	49
5.2.4 Storbarnas felles tilhørighet: «Vi er sammen om det»	52
5.2.5 Storbarnas overgang til skole	54
5.2.6 «Kommunikasjon gjennom barnas matpakker»	55
6. KONKLUSJON	58
6.1 FORSLAG TIL VIDERE FORSKNING	60
6. LITTERATURLISTE	61
VEDLEGG 1: INFORMASJONSSKRIV	66
VEDLEGG 2: INTERVJUGUIDE	69
VEDLEGG 3: NSD/SIKT- GODKJENNING	71
VEDLEGG 4: FEK- GODKJENNING	74

1.0 Innledning

1.1 Begrunnelse for valg av tema

I 2020 ble verdenssamfunnet rammet av en pandemi forårsaket av sykdommen Covid-19 (Regjeringen, 2020b). Koronaviruset SARS-CoV-2 spredte seg raskt rundt i verden, og ble erklært som en global folkehelsekrise. Det første smittetilfellet i Norge ble påvist i februar 2020. Kort tid etter dette, den 12.mars 2020, presenterte daværende statsminister Erna Solberg «de mest inngripende tiltakene gjort i fredstid» for Norges befolkning (Regjeringen, 2020b). Disse tiltakene førte blant annet til at landets barnehager og skoler ble stengt ned. Innbyggernes handlingsfrihet ble innskrenket med det formål om å begrense smitten av det nye koronaviruset. Med ulike stadier i pandemikontekst, og ulike grader av tiltak som samfunnet måtte forholde seg til, fulgte det to år med strenge restriksjoner bestemt av myndighetene (Regjeringen, 2020b).

Både under og etter Covid-19 pandemiens spredning rundt om i verdensbildet har «Lock Down» eller «ikke-Lock Down» vært et omstridt diskusjonstema (Høgberg, 2020). Den nedstengingen av samfunnet som verden ble vitne til, kostet samfunnet dyrt. Dette blant annet i sin økonomiske belastning og i et folkehelseperspektiv (Høgberg, 2020). Spørsmål som vi i etterpåklokskapsens lys debatterer, er om konsekvensene av et nedstengt samfunn kostet mer enn konsekvensene av selve koronaviruset (Høgberg, 2020). Nå er pandemiens restriksjoner et tilbakelagt kapittel, men det er likevel nødvendig å kartlegge påkjenningen disse restriksjonene har hatt for folkehelsen.

Før jeg gikk i gang med oppgaven hadde jeg begrenset kunnskap om problematikken rundt de yngste barnas sosiale helse under pandemiens restriksjoner. Det jeg imidlertid hadde kjennskap til var overskrifter om psykisk helse blant ungdom under pandemien, samt at jeg selv var student som mistet min sosiale omgangskrets i utdanningssammenheng. Daværende helseminister Bent Høye uttrykte tidlig bekymring for stengte barnehager under pandemien, og temaet ble fremtredende i de hyppige pressekonferansene fra regjeringen. Dette gjorde at mine tanker gikk til samfunnets yngste generasjon tidlig i pandemien, og som vekket mitt

engasjement for temaet. Dette engasjementet resulterte i valg av masterstudiet i Folkehelsevitenskap, og i denne oppgaven.

I dagens samfunn har folkehelse en sentral rolle i politisk sammenheng. Med økt fokus på helseproblemer i samfunnet, og sosiale ulikheter i helse har HIAP-prinsippet (Health In All Policy) hatt stort fokus de siste tiårene (Folkehelseloven, 2011). HIAP-prinsippet tar for seg viktigheten av «helse på alle plan» for å motarbeide dagens og fremtidens helseutfordringer (World Health Organization, 2015). Altså er målet at en skal tenke «helse først» i all utarbeidelse av fasiliteter, institusjoner og politikk i samfunnet. Bakgrunnen for dette er at begrepet helse er et sammensatt begrep, som omhandler mye mer enn bare helsetjenesten i landet (World Health Organization, 2015). Helse skapes på alle plan i samfunnet, og folkehelseloven setter føringer for hvordan samfunnsyttere skal drifte virksomheter på en helsefremmende måte (Folkehelseloven, 2011). Her kommer barnehagedriften inn som en viktig arena for helsefremmende arbeid hos barn. Barnehagene er, som følger av barnekonvensjonen, pålagt å drifte barnehagen ut ifra barnets beste, med fokus på barnets helse og utvikling av vennsksrelasjoner (Barnekonvensjon, 1991). I møte med pandemien stilte myndighetene krav til smittebegrensning, og strenge restriksjoner påvirket barnehagedriften (Regjeringen, 2020b). Som et resultat av dette måtte barnehagene strebe etter å kombinere ivaretagelse av barnas sosiale helse, og samtidig implementere restriksjoner som skulle begrense barnas interaksjon med hverandre. Barnas sosiale helse tar for seg barnets relasjoner i barnehagen, og har en sentral rolle i barnets opplevelse av helse og utvikling.

Problemstillingen til denne studien lyder derfor som følger:

«Hvordan ble implementering av politiske restriksjoner i tilknytning til Covid-19 pandemien gjennomført i barnehage, og hvordan har disse påvirket barnas sosiale helse?»

Oppgaven tar for seg hvordan ansatte i utvalgte barnehager måtte etterstrebe denne kombinasjonen på sin arbeidsplass. Deltakernes observasjoner og erfaringer med implementering av restriksjoner i barnehagen, og dens påvirkning på barnas sosiale helse ser jeg på som svært sentral i kartleggingen av innvirkningen restriksjonene hadde på folkehelsen. Ved å intervjuer barnehageansatte, og belyse funnene ut ifra Matlands konflikt og tvetydighetsmodell, vil jeg forsøke å se på hvordan restriksjonene som barnehagene ble pålagt fungerte i praksis i barnehagedriften (Matland, 1995). Videre vil jeg, ved hjelp av Whitehead og

Dahlgrens sosiale helsemodell forsøke å se til hvordan disse restriksjonene påvirket barnehagebarnas sosiale helse (Whitehead & Dahlgren, 1991). Teoriene er valgt på bakgrunn av søkelyset de setter på både implementeringsprosesser av restriksjoner, og viktigheten av sosial helse for barns utvikling. Erfaringene som kommer frem i studiet vil kunne bli nyttig for i utarbeidelse av fremtidige beredskapsplaner. Informasjonen vil også være viktig for barnehagedrift, politikere, og i forebygging av dagens og fremtidens folkehelseproblemer.

1.2 Forskning på Covid-19 i barnehage

Det kommer stadig ny forskning som viser til hvordan barn ble påvirket av koronarestriksjonene. Os et al. (2020) har skrevet en rapport som ser på barns, foreldres og ansattes opplevelse av de ulike fasene under pandemien i barnehager i Danmark. Forskerne har undersøkt om begrensninger i barns sosiale og fysiske handlingsrom opplevdes som frustrerende for barna. Rapporten viser at barna syntes det var krevende å forstå hvorfor de ikke kunne leke med hvem de ønsket, og der de ønsket (Os et al., 2020). Den viser til brutte vennsksrelasjoner på tvers av kohorter, og at noen barn slet med å finne seg nye venner i de mindre kohortene de måtte befinne seg i. Dette er noe som påvirker barnas sosiale helse i en negativ retning (Os et al., 2020).

Brudd på vennsksrelasjoner og bekymring knyttet til sine vennsksrelasjoner viser også Pisano et al. (2020) til i sin forskning fra Italia. Pisano et al. (2020) forteller om en økning i nervøsitet hos barna under pandemien. De stadige samfunnsendringene og barnas mangel på trygge rammer så ut til å gjøre barna nervøse i sin fremtredelse i hverdagslige aktiviteter. Denne nervøsiteten handlet også om barnas evne til å forstå krisen som samfunnet var rammet av, og deres bekymring knyttet til pandemien. Studien avdekker at små barn ble redde for at de selv, eller familie skulle bli smittet av Covid-19, samt en økning i nervøsitet hos barna for deres vennsksrelasjoner (Pisano et al., 2020). Barna ble også nervøse for de stadige endringene i samfunnskonstruksjonen, og mindre trygge rammer å forholde seg til. Bekymringen barna bar på gjorde det derfor vanskeligere for barna å håndtere hverdagen med strenge restriksjoner (Pisano et al., 2020).

Til tross for at tidligere forskning viser til mange negative baksider ved pandemien forteller Mortensen (2020) i sin studie at restriksjonene også hadde sine positive innvirkninger på barna i barnehagen. Studien som er utført i Danmark viser til positive opplevelser knyttet til

de små kohortene som barna ble delt inn i (Mortensen et al., 2020). Videre viser den at full bemanning i barnehagen virket positivt for barnas opplevelse av stabilitet, og deres relasjoner innad i kohorten. De yngste barna så ut til å trives bedre i små grupper, til tross for at de brukte lang tid på å bli trygge på sin kohort. Studien viser videre til at de eldste barna hadde forståelse for hvorfor reglene var innført, men at de i større grad savnet tidligere rutiner og relasjoner fra andre kohorter (Mortensen et al., 2020).

Disse artiklene belyser hvordan barna på ulike måter forholdte seg til Covid-19 og restriksjoner i barnehagen. Med denne oppgaven ønsker jeg økt søkelys på hvordan ulike innføring av restriksjoner i barnehagen påvirket barnas opplevelse av helse. Videre hvordan barnehageansatte opplevde at de ulike restriksjonene påvirket barna. Dette vil belyses opp mot litteratur om sosial helse, og lovverk som er satt til barnehagedrift. Jeg vil gi en ytterligere beskrivelse av disse temaene i kapittel 2.

1.3 Begrepsavklaring

Pandemi: Begrepet pandemi blir brukt om en smittsom sykdom som rammer store geografiske områder (Kvam, 2021). Det tar for seg nye infeksjonssykdommer som smitter fra menneske til menneske, og som spres raskt rundt i samfunnet. Koronapandemien ble erklært som en pandemi i mars 2020, og viruset rammet store deler av verden på kort tid (Kvam, 2021).

Beredskapsplan: En beredskapsplan er en plan som beskriver hvordan en skal handle, og hva som skal gjøres i krisesituasjoner (NHO, 2020). Beredskapsplaner brukes ofte av bedrifter for å være forberedt på å håndtere eventuelle ulykker og hendelser som kan oppstå (NHO, 2020). Denne oppgaven viser til beredskapsplanen for barnehagene under pandemien. Pandemier blir ansett som en samfunnskrise, og beredskapsplaner ble hyppig brukt for å begrense kontakt og eventuell smitte i virksomheter under koronapandemien (Regjeringen, 2020b).

Lock Down: Begrepet Lock Down er et begrep verdenssamfunnet ble godt kjent med under koronapandemien. Begrepet forklares som en tilstand hvor befolkningen får sterkt innskrenket sin bevegelsesfrihet for sikkerhetsmessige grunner (WHO, 2020). Under pandemien ble bevegelsesfriheten innskrenket for å begrense spredning av den smittsomme sykdommen.

Lock Down- begrepet ble hyppig brukt av norske myndigheter under pandemien i forklaringen på de samfunnsendringene politikerne innførte (WHO, 2020).

Restriksjoner: En restriksjon er et innskrenkende tiltak som er regulert (Snl, 2020). Under pandemien ble vi kjent med en rekke restriksjoner som begrenset samfunnets bevegelsesfrihet. Restriksjoner er en regulerende bestemmelse, som under pandemien ble utviklet og bestemt av myndighetene (Snl, 2020). De ulike beredskapsplanene inneholdt en rekke restriksjoner som skulle praktiseres av alle samfunnets individer og ytelser (NHO, 2020).

Implementering: Å implementere betyr å iverksette eller å utføre noe for å optimalisere den nåværende situasjonen (Øvregård, 2016). I denne oppgaven handler implementeringen om å innføre og praktisere de politiske tiltakene som skulle begrense smittetrykket i samfunnet. Implementeringsprosessen i barnehagene er å innføre de gitte tiltakene som en del av barnehagedriften, og å opprettholde disse tiltakene for å oppnå målet om smittebegrensning.

Sosial helse: Sosial helse er definert av FHI som utfall knyttet individets omgangskrets, og mestring av sosiale normer i det samfunnet (Nøkleby H., 2021). Sosial helse tar for seg mennesket som et sosialt vesen, og hvordan våre sosiale relasjoner påvirker helsa vår. I sosiale relasjoner speiler vi oss selv som mennesker, og våre sosiale relasjoner blir derfor avgjørende for hvordan vi mennesker opplever oss selv og den verden vi er en del av (Nøkleby H., 2021).

1.4 Oppgavens oppbygning

Prosjektets skriftlige fremstilling er hovedsakelig delt inn i fem deler. Jeg vil begynne med en omfattende beskrivelse av kunnskapsgrunnlaget for oppgaven, og den samfunnsmessige konteksten temaet er hentet fra. Videre vil oppgaven beskrive det teoretiske rammeverket som er valgt ut for å underbygge funnene i oppgaven, og å belyse oppgavens problemstilling. Det neste kapittelet innen den skriftlige fremstillingen vil omhandle metode, hvor jeg beskriver hvordan jeg har gått frem for å analysere funnene som er innhentet. Deretter vil jeg presentere mine funn, som underveis vil drøftes opp mot teori og kunnskapsgrunnlaget for oppgaven. Jeg vil i hvert kapittel starte med en innledning for å redegjøre for innholdet som presenteres underveis.

2.0 Samfunnsmessig kontekst og kunnskapsgrunnlag

I dette kapittelet vil jeg presentere kunnskap som er relevant for å belyse min problemstilling, og å sette dette inn i den samfunnsmessige konteksten.

For å få en dypere forståelse for Covid-19 pandemiens restriksjoner og barnehagens rolle i samfunnet, vil jeg først gi en beskrivelse av hvilken rolle barnehagen har hatt i barnas liv gjennom tidene. Videre vil jeg beskrive hvordan den sosiale helsa har innvirkning på individers helsetilstand, og hvordan barnehagene er pålagt å legge til rette for god sosial helse hos barn i barnehagen.

Kapittelet vil videre trekke inn den samfunnsmessige konteksten under hendelsesforløpet til pandemien, og vise til lovverk som er relevant for å forstå helheten til oppgavens problemstilling. Jeg vil gå inn på restriksjonene i barnehagen og implementeringen av disse restriksjonene. Dette omhandler barnehagens samfunnsansvar og ivaretagelse av folkehelsa, som legger et grunnlag for senere analyse og drøfting av funn i oppgaven.

2.1 Barnehagens plass i samfunnet

Barnehagen har siden 1800-tallet vært en praktiserende samfunnsinstitusjon. På den tiden ble barnehagen først og fremst benyttet av arbeiderklassen, der enslige mødre kunne levere barna for å selv gå på jobb (Dæhlen, 2020). De første barnehagene som vokste frem ble kalt for barneasyl, hvor ulike foreninger driftet barneasylene med formål om å holde barna unna negativ sosial innflytelse fra gata. Barna lærte på den tiden å sy, synge salmer og be aftnebønner i barnehagen (Dæhlen, 2020). I likhet med dagens barnehager ble også leken en viktig del av barnehagehverdagen også på den tiden. Leken skulle ifølge daværende protokoller gjøre barna glade og lykkelige, og samtidig åpne for barnas «iboende moralske vesen» (Dæhlen, 2020). Mye har endret seg i barnehagedriften siden den gang, men bakgrunnen til barnehagedrift er den samme som i dag, nemlig å tilby sosiale tjenester til den yngste generasjonen mens foreldre er på jobb. Ser vi til bakgrunnen for barneasylenes opprinnelse handlet det også den gangen om å påvirke barnas sosiale utvikling og omgangskrets (Dæhlen, 2020). Dette er det samme formålet som dagens barnehager vektlegger i sin struktur. Likevel har en i dag langt mer kompetanse på hvordan barnehagen påvirker barnas sosiale utvikling og helse.

På starten av 1900-tallet ble barneasylene omgjort til barnehager som strukturelt sett ligner på barnehagene slik vi kjenner dem i dag. Den nye barnehagestrukturen skulle gi alle barna en god start på livet, og barnehagens fokus gikk til at barn skulle sosialiseres gjennom lek under ledelse av utdannede barnehagelærere (Dæhlen, 2020).

Den første loven om barnehager kom i 1975, men det var ikke før på 1980-tallet at alle kommuner i Norge hadde minst en barnehage å tilby sine innbyggere (Dæhlen, 2020).

I dag er det rundt 93% av barn i alderen 1-5 år som benytter barnehagetilbudet i Norge (Folkehelseinstituttet, 2014). Det høye antallet barn som praktiserer barnehage gjør barnehagen til en sentral arena i forebygging, helsefremming og utvikling av sosial kompetanse hos barna (Dæhlen, 2020). I den norske studien omtalt som «mor-og barnundersøkelsen» viser det til at norske barnehager er en sentral arena for folkehelsemål om utjevning av sosial ulikhet i helse (Folkehelseinstituttet, 2014). Dette på grunn av det store omfanget av barn man treffer ved å satse på forebygging av sosiale ulikheter i barnehagedriften (Folkehelseinstituttet, 2014).

Siden oppstarten på barnehageasyl har barnehagen i dag blitt en del av opplæringsystemet i Norge. Her har det nå blitt utviklet barnehagepedagogikk, og en rekke lover og føringer har blitt implementert for hvordan barnehagen skal driftes for å ivareta barns behov for god utvikling og tilknytning. En har også forstått viktigheten av tidlig innsats i barnehagen for å tilby alle barn samme forutsetninger videre i livet (Folkehelseinstituttet, 2014). Videre i oppgaven skal jeg se nærmere på barns sosiale helse i et folkehelseperspektiv, og hvilken rolle barnehagen spiller inn i barns utvikling av sosial helse.

2.2 Sosial helse hos barn

Innen begrepet helse er individets subjektive opplevelse av helse en viktig måling for helsetilstand (Gardsjø, 2018). Individets egen innstilling til det livet den lever, og sine omgivelser blir sett på som avgjørende faktorer for hvordan individet selv opplever helse. Innenfor helsefremmende arbeid er målet derfor å forbedre individers velbefinnende og livskvalitet, slik at en oppfordrer befolkningen til å øke sin egne opplevelse av helse (Gardsjø, 2018). Det helsefremmende arbeidet skiller mellom ulike tilnærminger for å forebygge uhelse i befolkningen, og deler forebyggingsarbeidet inn i primær-, sekundær- og tertiærforebygging. Sekundærforebygging og tertiærforebygging tar begge for seg de sosiale og samfunnsmessige

forholdene som påvirker individers helse (Grund, 1991). En ser dermed at helsefremmende arbeid i institusjoner, og steder der individer oppholder seg blir viktige for individets opplevelse av helse. Barnehagen er en slik institusjon, der helsefremmende arbeid og barnehagekonstruksjon blir viktige faktorer for å fremme barnehagebarnas subjektive opplevelse av helse (Grund, 1991).

Sosionom Aaron Antonovskys teori om Salutogenese brukes i helsefremming til å fokusere på hva som holder oss friske, istedenfor å fokusere på det som gjør oss syke. Begrepet er også relevant innen måling av sosial helse, og gir forklaring på hvorfor mennesker håndterer vanskelige situasjoner ulikt (Antonovsky, 1996). Innen salutogenese brukes ofte begrepet «Sense Of Cohorence» (SOC), som på norsk kan oversettes til menneskets «opplevelse av sammenheng» og mening. Mennesket er meningsskapende i sin natur, og vil kunne styrke sin opplevelse av helse ved å se sammenheng og mening i det livet en lever (Antonovsky, 1996). Begrepet mening tar for seg to viktige faktorer som er avgjørende for menneskers sosiale helsetilstand. Den ene faktoren er å se mening i de handlingene vi gjør. Det andre er at individets egne mening har betydning for fellesskapet det er en del av. Menneskets opplevelse av mening kan dermed øke individets forståelse av sin rolle i samfunnet, og forståelse for hvordan en selv handler i situasjoner (Løkken, 1996). Det å se mening i barnehagehverdagen, i samfunnet og i handlinger en selv gjør, er med på å gi barnet en opplevelse av å mestre utfordringer, og samtidig gi barnet en forståelse av betydningen av sin egne identitet og rolle i fellesskapet. Når individet i møte med andre opplever sin mening som betydningsfull, vil individet styrke sin sosiale helse og følelsen av å være viktig i det fellesskapet det er en del av (Langeland, 2009). Dette beskrives av Antonovskys teori som helsebringende faktorer som vil kunne gi individet en sterkere tro på seg selv til å håndtere utfordringer nå og senere i livet. Og som vil kunne bidra til positiv tenkning og forventning til seg selv (Antonovsky, 1996).

Thoits (2011) viser i sin forskning til komplekse sammenhenger mellom barnets sosiale relasjoner og individets psykiske-og fysiske helsetilstand. Forskeren viser til at barnets opplevelse av støtte fra nære relasjoner, det å ha medvirkning, samt tilhørighet og mestring er viktige faktorer i målingen av helse og livskvalitet hos individer (Thoits 2011). Disse faktorene for helse kan også henge sammen med hverandre. For eksempel vil opplevelsen av støtte fra nære relasjoner kunne gi økt følelse av tilhørighet og mestring hos individet. Med støtte fra våre relasjoner menes det å oppleve anerkjennelse i de handlingene vi mennesker gjør, og måten vi møter våre omgivelser på. For barn kommer denne støtten i form av omsorg,

kjærlighet, og det å bli sett og hørt fra voksenpersoner, eller andre barn inn som viktige i barnets utvikling av god helse (Thoits, 2011). Barnets opplevelse av å bli sett og hørt bidrar til at barnet føler seg verdsatt og forstått, som igjen stimulerer til økt følelse av sosial tilhørighet og støtte. Ved å oppleve denne formen for støtte legges det også et godt grunnlag for barnet til å utvikle gode relasjoner videre i livet (Thoits, 2011). Gode relasjoner preges av gjensidighet og likeverd, og er viktige i menneskets opplevelse av å selv være betydningsfulle i eget og andres liv (Skjervheim, 1996). Dette i tråd med barnets subjektive opplevelse av helse, hvor slike sosiale faktorer vil kunne gjøre barnet bedre rustet til å håndtere utfordringer, og samtidig minsker sannsynligheten for psykiske helseproblemer senere i livet (Thoits, 2011).

Barns ønske om sosial kontakt med fellesskapet barnet er del av blir synlig allerede i barnets første leveår. Ifølge professor Gunnvor Løkken søker barnet bekræftelse og sosial støtte gjennom dets evne til å speile seg selv i menneskene rundt seg (Løkken, 1996). Barnet speiler seg selv i måten andre mennesker møter barnet gjennom å lese kroppsspråk og ansiktsmimikk hos individene som barnet omgås med. Løkken (1996) viser i sin bok «Når små barn møtes» til at barn starter denne speilingen fra de åpner øynene, hvor mors og eget ansiktsuttrykk blir barnets måte å kommunisere på. I denne interaksjonen utvikler barnet evnen til å lese emosjonelle uttrykk, og å føle tilknytning til medmennesker som blir viktig i barnets utvikling av å håndtere sine egne og andres følelser (Løkken, 1996). Hvis barnet ikke opplever denne responsen fra sine relasjoner vil situasjonen oppleves som utrygg for barnet. Forsker Solveig Østrem hevder at barnet mister en trygghet som bekrefter og hjelper barnet til å håndtere opplevelsene og inntrykkene som barnet møter i barnehagen ved fraværende ansiktsmimikk og kroppsspråk (Østrem, 2012). Dermed blir denne interaksjonen viktig i barnets utvikling av trygghet til seg selv, og til å skape gode relasjoner til andre i barnehagesammenheng, og inn i fremtiden (Østrem, 2012).

Forskerne Eidsvåg og Rosell (2021) viser i sin forskning til at tilhørighet og samvær med andre mennesker er relevante faktorer for helse. Samvær handler om å bli inkludert og akseptert av de rundt seg, noe som i neste ledd gir barna en følelse av tilhørighet til medmennesker og i et fellesskap. Tilhørighet og samvær henger også sammen med barnas opplevelse av sosial støtte og evnen til å tro på seg selv (Skjervheim, 1996). Det å bli inkludert og akseptert i grupper og samfunn, er med på å gi individer forutsetninger for å oppleve mestring og medvirkning i de omgivelsene som man er en del av. Dette er noe

forskerne viser til som en opplevelse av innflytelse og retten til å bli hørt (Eidsvåg & Rosell, 2021). Slike psykologiske ressurser er med på å redusere risikoen for psykiske og fysiske helseproblemer gjennom livsløpet for barnet (Bakken & Flaten, 2018).

Individets opplevelse av innflytelse i samfunnet er med på å skape fellesskapsfølelse og tilknytning til sine medmennesker (Løkken, 1996). Løkken (1996) beskriver her at barns fellesskapsfølelse med hverandre som meningsskapende for barnet, og som er en helsefremmende faktor i barnets liv. I barnehagen og i den daglige interaksjonen med jevnaldrende, vokser barnets følelse av tilhørighet og «et felles vi», noe som kan redusere barnets risikofaktor for utenforskap eller ensomhet (Løkken, 1996). Ensomhet, lite sosial støtte og utenforskap er en årsak til lav livskvalitet i et folkehelseperspektiv, og er en risikofaktor for dårligere helse hos individer. Ut ifra dette kan man se at det sosiale grunnlaget som mennesker legger tidlig i livet, er avgjørende for individets helsetilstand gjennom livsløpet. Barnehagen blir derfor en viktig virksomhet som skal stimulere til økt fellesskapsfølelse hos barnet. Det samme gjelder god selvfølelse og tro på at man kan håndtere livets utfordringer (Thoits 2011).

For å kunne oppleve trygghet og tilhørighet til å utvikle trygge og gode relasjoner til seg selv og andre er det nødvendig at barnehagene driftes på en helsefremmende måte, med fokus på faktorer som bidrar til god helse hos barnet. I forskningsartikkelen «Ei linerle veit at hun er ei linerle» forteller Eide med sine kollegaer om begrepet «well-being» som en viktig faktor i barnets opplevelse av god sosial helse (Eide et al., 2017). «Well being» kan oversettes til Norsk som trivsel eller velvære, og handler om måling av livskvalitet hos individet. Individets egne opplevelse av velvære har, ifølge Eide et al. en klar sammenheng med individets opplevelse av helse (Eide et al., 2017). Forskerne viser til faktorene «having», «loving» og «being» som helsebringende faktorer i barnets opplevelse av «well-being» i barnehagesammenheng. Ser vi til forskernes forklaring på faktoren «having», handler dette om barns tilgang til rom, materiell og leker i barnehagen (Eide et al., 2017). Altså er barnehagekonstruksjonen en påvirkningsfaktor på barnets opplevelse av «well being» og subjektiv helse. «Loving» handler om barnas omgivelser av omsorgsfullt personale, og et «tilgjengelig fang» som viktig faktor for sosial tilhørighet. «Loving» tar også for seg barnets muligheter for vennskap og fellesskap med jevnaldrende barn i barnehagen (Eide et al., 2017). Den siste faktoren er «Being», og viser til barnets mulighet til å føle tilhørighet og medvirkning i systemet og fellesskapet i barnehagen (Eide et al., 2017). Rapporten fremhever

barnehagen som et viktig element i barnets sosiale helse. Personalet har en sentral rolle i barnets opplevelse av sosiale støtte, som jeg belyste tidligere i oppgaven (Eide et al., 2017). Her kommer også fellesskapsfølelsen inn som en viktig faktor for barnets opplevelse av helse. Rapporten hevder at barnets opplevelse av subjektiv helse er avgjort av disse tre nevnte faktorene i barnehagen, og at barnehagens kapasitet til å tilrettelegge for disse dermed er avgjørende for utfallet (Eide et al., 2017). Barnehagekonstruksjonen får derfor også en viktig oppgave når det kommer til logistikk og organisering for å kunne tilby barna disse helsebringende faktorene i barnehagehverdagen.

Det er liten tvil om at disse komplekse og sammenhengene faktorene er avgjørende for hvordan barnet møter og håndterer den verden barnet er en del av. Dagens folkehelsearbeid legger vekt på viktigheten av tidlig innsats i barnets liv for å gi alle barn samme forutsetninger for helse. Ser en til den store andelen barn i befolkningen som benytter barnehage tilbudet i landet, kommer barnehagen inn som en sentral institusjon for å bygge god sosial helse hos flest mulig. Dette i tråd med folkehelselovens formål til *«En samfunnsutvikling som fremmer folkehelse, herunder utjevner sosiale helseforskjeller. Folkehelsearbeidet skal fremme befolkningens helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold og bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom» (Folkehelseloven, 2011).*

Jeg vil derfor se til hvordan myndighetene, gjennom lover og forskrifter har tilrettelagt for utvikling av sosial helse hos barna i sine krav til barnehagestrukturen.

2.3 Barnehagens mandat og regulering av sektoren

Barnehagen har i dag fått et samfunnsmandat, noe som betyr at samfunnet har gitt barnehagen et viktig oppdrag. Dette oppdraget går ut på å ivareta barnets behov for omsorg, fremme lek og læring som videre skal legge grunnlaget for barnets utvikling og helse (Kunnskapsdepartementet, 2017). Det er derfor vedtatt lovverk og forskrifter som barnehagen er pliktig til å forholde seg til, og som tar for seg et bredt spekter av rettigheter barn har i barnehagen (Kunnskapsdepartementet, 2017).

Barnekonvensjonen artikkel 3 tar som nevnt innledningsvis for seg at barnehagen skal driftes ut ifra barnets beste (Barnekonvensjon, 1991). Det står skrevet:

Voksne skal gjøre det som er best for barn. Alle handlinger og avgjørelser som berører barnet, skal ha barnets beste som grunnleggende hensyn (Barnekonvensjon, 1991).

Dette er et overordnet prinsipp som gjelder for all barnehagedrift uavhengig av sektor, og som indikerer barnehagevirksomhetes plikt til å ivareta barnets sosiale helse i barnehagedriften. Innen temaet sosial helse setter loven egne styringer for hvordan barnehagen på best mulig måte skal ivareta barnets sosiale helse i utvikling av gode relasjoner og fellesskap (Barnehageloven, 1995).

I barnehageloven §1 heter det:

«Barnehagen skal møte barna med tillit og respekt, og anerkjenne barndommens egenverdi. Den skal bidra til trivsel og glede i lek og læring, og være et utfordrende og trygt sted for fellesskap og vennskap» (Barnehageloven, 1995).

Med dette har dagens barnehager et ansvar for barnets helse, behov, trivsel og utvikling. Dette samtidig som at barnehagen skal oppmuntre til fellesskap og vennskap for å fremme god helse hos barna i barnehagen. Her vektlegges det at barnehagen skal være en trygg og stabil arena, hvor barnet skal kunne utvikle god sosial helse i fellesskap med andre (Kunnskapsdepartementet, 2017). Barnehagen er også lovpålagt å sikre gode relasjoner og trygge barn i overgang til skole (Barnehageloven, 1995). På den måten kan barnehagen bidra til barnets opplevelse av tilhørighet, som vi ser er viktig for barnets utvikling av god sosial helse. Alle barn som benytter seg av barnehagetilbudet skal oppleve mestring i et sosialt fellesskap, og barnehagen skal være en bærebjelke i barnets opplevelse av mestring i samspill med andre individer, og gi barnet en økt følelse av sosial tilhørighet (Kunnskapsdepartementet, 2017).

Forskriften om rammeplanen for barnehager viser til at vennsksapsrelasjonene i barnehagen kommer frem gjennom «et felles vi», hvor barnehagen skal skape trygge rammer for å utvikle denne kompetansen (Kunnskapsdepartementet, 2017). Som Løkken viste til, er fellesskapsfølelsen hos barn en helsebringende faktor i barnets utvikling. Vennskap gjennom interaksjon med hverandre og ansatte i barnehagen leder til at barna får en felles historie, og et møte med å føle tilhørighet i det fellesskapet barnet er en del av (Løkken, 1996). Tilstrekkelig og tilgjengelig personale og lekekamerater er dermed avgjørende for barns sosiale helse, og

følelse av å ha betydning i barnehagen (Kunnskapsdepartementet, 2017). Dette er faktorer som legger til rette for følelsen av å mestre livet, og sosiale settinger (Løkken, 1996).

Når barnet er i barnehagen er det naturlig at barnehageansatte blir barnets støtte til å håndtere det sosiale samspillet (Eide et al., 2017). Settes dette inn i et livsmestringsperspektiv kan barnehageansattes støtte bidra til å gi barnet trygghet i ulike utfordringer, noe som senere kan være avgjørende for hvordan barnet møter sine utfordringer (Thoits, 2011). Barn som lykkes med sosial utvikling og kompetanse vil kunne bli sterkere som voksenpersoner og vil kunne danne helsebringende relasjoner. Måten barna blir møtt på i barnehagen kan derfor være avgjørende for hvordan barnet utvikler seg, og i hvilken grad de opplever mestring i sosialt samspill (Eide et al., 2017). Barnehageloven § 41 vektlegger her barnehageansattes plikt til å følge opp hvordan barna har det, og plikt til å gripe inn dersom noen barn ikke har det bra (Barnehageloven, 1995). Det stilles dermed krav til å sørge for at barnet får en trygg barnehagehverdag, hvor barnets skal oppfordres av ansatte til å mestre utfordringer, og ta en del i fellesskapet. Regelverket trekker også frem barnehagens ansvar for å skape et godt og inkluderende barnehagemiljø, slik at barnas sosiale helse ivaretas (Barnekonvensjon, 1991).

Ifølge barnehageloven §42 er barnehagen pliktig til å gripe inn i situasjoner hvor barn holdes utenfor fellesskapet (Barnehageloven, 1995). Barneansattes oppgave er å sørge for at alle barn føler tilhørighet til barnehagen, gi de sosial støtte, og sørge at barna utvikler gode relasjoner gjennom lek med jevnaldrende barn. Denne viktige rollen som barnehagelærere har i barnas liv kan være med å redusere barnets risiko for utenforskap og en følelse av å ikke mestre barnehagehverdagen (Thoits, 2011).

Som følge av restriksjonene under pandemien ble det satt tydelige krav om begrensning av interaksjon mellom mennesker, dette også i barnehagen. Som nevnt innledningsvis ble barnehagestrukturen endret på grunn av tiltak, og barnets interaksjon med hverandre ble begrenset. Videre i oppgaven vil jeg beskrive hvordan organiseringen av barnehagen ble endret under restriksjonene for å begrense smitten i barnehagen. For å forstå barnehagens rolle i håndtering av pandemien skal jeg se til beredskapsplanen som ble innført av helse- og omsorgsdepartementet og utdanningsdirektoratet.

2.4 Endringer i barnehagen som følge av covid-19

Barnehagene var som nevnt et omstridt tema under pandemien. Dette fordi åpne barnehager gjorde det mulig for samfunnsyttere å gå på jobb, samtidig som barnehagen var en utsatt arena for spredning av viruset. Det ble derfor sett på som nødvendig å endre den daglige barnehagestrukturen for å begrense smittespredning i samfunnet (Regjeringen, 2020a).

I starten av pandemien var barnehagene stengt for ordinær drift, og barnehagen tok kun imot barn av foreldre med «samfunnskritiske yrker», og barn med særskilte omsorgsbehov (Regjeringen, 2020b). Etter 39 dager, den 20. april 2020 begynte barnehagene i ulikt tempo prosessen mot en åpen barnehage for alle barn som hadde barnehageplass (Regjeringen, 2020b). Helse-og omsorgsdepartementet og utdanningsdirektoratet utviklet nå en beredskapsplan for å veilede barnehagene i arbeidet med å begrense smitte. Smitteveilederen understreker barnehageeiers og barnehagens ansvar for smittevern, og legger frem en rekke kjøreregler for hvordan barnehagen skulle driftes i den pågående pandemien (Utdanningsdirektoratet, 2020).

2.4.1 Beredskapsplanen

Beredskapsplanen for barnehagen ble presentert 15.april 2020, kun få dager før barnehagene skulle gjenåpnes med ny organiseringen i barnehagestrukturen (Utdanningsdirektoratet, 2020). Barna kom tilbake til en barnehage med færre leker, mindre sosiale barnegrupper og en rekke begrensninger (Utdanningsdirektoratet, 2020). Videre vil jeg presentere beredskapsplanens overordnede tiltak.

2.4.1.1 Kohortinndeling i barnehagen

Kohortene ble implementert for å lage små inndelte grupper med barn og ansatte som skulle være sammen. Innføringen av disse kohortene var et av de viktigste tiltakene for å begrense smitte i barnehagene, og gjorde det enklere med smittesporing ved eventuelle smitteutbrudd i barnehagen (Utdanningsdirektoratet, 2020). Ved å implementere kohorter gjorde beredskapsplanen det også lettere å sette krav til hvem som måtte i karantene ved smitte (Utdanningsdirektoratet, 2020).

Kohortstørrelsen måtte tilpasses lokale forhold og forutsetningene for den enkelte barnehagen. Innad i kohorten kunne barna og ansatte omgås som normalt for å ivareta barnets behov, men

interaksjon med andre kohorter måtte begrenses etter beste evne. Innad i kohortene skulle det være en ansatt på maks seks barn (Utdanningsdirektoratet, 2020).

2.4.1.2 Trafikklysmodellen

Etter hvert som beredskapsplanen ble oppdatert ble barnehagene presentert for trafikklysmodellen (Utdanningsdirektoratet, 2020). Med mål om å skåne barn fra strenge restriksjoner gjorde trafikklysmodellen det mulig for kommunen å avgjøre hvilke tiltak som var best tilpasset den lokale smittesituasjonen. Det ble derfor delt inn i grønt, gult og rødt nivå, hvor grønt nivå tilsvarte lavt smittetrykk, mens rødt nivå tilsvarte høyt smittetrykk i kommunen (Utdanningsdirektoratet, 2020).

Grønt nivå

Når smittetrykket var på grønt nivå, var det ikke behov for kohortinndeling. Rådene på dette nivået var at ansatte skulle holde avstand til andre ansatte, og at lokale smitteanbefalinger skulle følges i det administrative arbeidet i barnehagen. På dette nivået kunne barnehagehverdagen organiseres som normalt (Utdanningsdirektoratet, 2020).

Gult nivå

Ved gult nivå i smittetrykkmåling ble det anbefalt at barn og ansatte hadde et begrenset antall kohorter i barnehageinndeling (Utdanningsdirektoratet, 2020). På gult nivå ble hele avdelingen regnet som en kohort, men at det ved gult nivå var krav til begrenset kontakt mellom ansatte og barn på tvers av de ulike avdelingene. Ansatte fikk råd om å begrense fysiske møter, samt holde avstand til hverandre, foreldre i barnehagen og til barn i andre kohorter enn sin egen (Utdanningsdirektoratet, 2020).

Rødt nivå

Ved rødt nivå skulle åpningstider i barnehagen reduseres, slik at barna ikke kunne få fulle dager i barnehagen. Dette for å begrense mulig kontakt med andre kohorter enn sin egen. Barn og ansatte ble organisert i sine kohorter (Utdanningsdirektoratet, 2020). Kohortene kunne ikke samarbeide på dette nivået, og alle kohortene skulle ha ulike lekeområder både ute og inne. Oppmøte- og hentetider for foreldre måtte planlegges slik at man unngikk at barna kom samtidig i barnehagen. Ansatte skulle ikke være i kontakt med barnas foresatte eller barn ved andre kohorter. Barna skulle kun være i kontakt med barn i sin egen kohort, og ansatte i egen kohort (Utdanningsdirektoratet, 2020).

I trafikklysmodellen ble det påpekt av barnas behov for nærhet og omsorg, skulle ivaretas uavhengig av nivå i modellen, til tross for store begrensninger i interaksjon med de andre barna og ansatte utenfor sin kohort (Utdanningsdirektoratet, 2020).

2.4.1.3 Fjerning av tjenester og fasiliteter som øker risiko for smittespredning

Beredskapsplanen satte videre begrensninger i barns tilgang på leker på tvers av avdelinger for å unngå smitte via barnehagens fasiliteter. Rom og uteområde skulle kontinuerlig rengjøres, og beredskapsplanen satte høye krav til hygiene innad i barnehagene (Utdanningsdirektoratet, 2020). På grunn av økt risiko for smitte gjennom mat ble også kjøkken stengt for bruk, og barna mistet dermed tilbudet om matsservering i regi av barnehagen (Utdanningsdirektoratet, 2020).

Videre inneholdt beredskapsplanen retningslinjer for henting og levering i barnehagen. For å begrense antall mennesker som oppholdte seg på samme plass, ble det anbefalt at foresatte leverte barna ved porten til barnehagene (Utdanningsdirektoratet, 2020). I rush-tider blir det raskt opphopning av foreldre som skulle hente/levere i barnehagen, og dermed ville retningslinjene sørge for å unngå unødvendig nærkontakt på dette området (Utdanningsdirektoratet, 2020).

Som vi har sett var beredskapsplanens begrensninger på barnets handlingsfrihet omfattende. Til tross for at myndighetene forsøkte å holde tilnærmet normal drift for å skåne den yngste generasjonen er det lite tvil om at tiltakene påvirket barns interaksjon med hverandre når vi ser til kohortinndelingen (Utdanningsdirektoratet, 2020). Videre vil jeg presentere den teoretiske forankringen i oppgaven.

3.0 Teoretisk forankring

I dette kapittelet vil jeg presentere de relevante teoriene som denne oppgaven er forankret i. Jeg har valgt ut to modeller som jeg ser på som relevante for å belyse min problemstilling. Et innblikk i det teoretiske rammeverket for oppgaven, skal kunne bidra til større forståelse for oppgavens problemstilling, samt gi et godt grunnlag for å drøfte funnene i oppgaven. Dette for å videre forstå de utfordringene som er knyttet til raske samfunnsendringer og restriksjoner under pandemien.

Først vil jeg presentere implementeringsteori, og Matlands konflikt og tvetydighetsmodell (Matland, 1995). Modellen benyttes i denne oppgaven til å analysere og drøfte tvetydighet og konfliktnivå rundt de politiske avgjørelsene som ble tatt rundt barnehagedriften under pandemien. Nivået av tvetydighet og konflikt er avgjørende for resultatet av implementeringen av restriksjonene i barnehagen.

Videre i oppgaven vil jeg presentere Whitehead og Dahlgrens sosiale helsedeterminantmodell, som baserer seg på sosiale helsedeterminanter (Dahlgren & Whitehead, 2021). Sosiale helsedeterminanter er faktorer som er med på å påvirke individets helse. Modellen viser at helse skapes på ulike arenaer i samfunnet, og vil i denne oppgaven benyttes for å drøfte ivaretagelse av barnas sosiale helse under pandemiens restriksjoner.

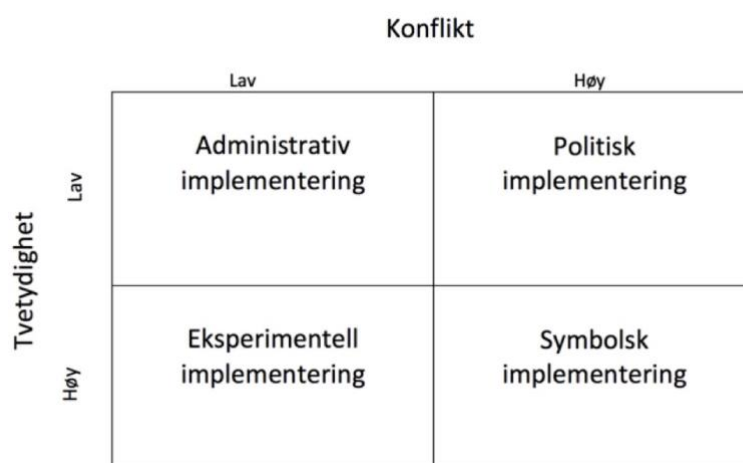
3.1 Implementeringsteori

Innenfor implementeringsteori er det flere retninger som kan benyttes. Likevel er det to hovedskiller i måten å studere implementeringsprosesser på. Dette er implementeringsprosesser som gjennomføres ovenfra-og-ned, eller nedenfra-og-opp (Offerdal, 2005). I en ovenfra-og-ned retning er det beslutningsorganet som pålegger organ lengre nede i organisasjonen å iverksette beslutninger. Her ligger beslutningen ofte hos politiske beslutningstakere som formulerer klare og konsistente politiske mål (Offerdal, 2005). Innen politisk beslutning implementeres det i et hierarkisk system med sentral styring i gjennomføringen av tiltak (Matland, 1995). I denne oppgaven undersøker jeg politiske beslutninger om smitteverntiltak som ble gjennomført i barnehagene. Et sentralt mål er at det politiske vedtaket må være klart og tydelig for å unngå problemer med iverksettingen.

I en nedefra-og-opp implementering vektlegges prosessen fra de som iverksetter implementeringen (Offerdal, 1992). I denne teorien er det sentralt å identifisere hvem som iverksetter implementeringen og iverksettingsstrukturen. Tilnærmingen finner frem til hvem som iverksetter implementeringen, og hvordan strukturen i implementeringen blir (Matland, 1995).

3.1.1 Matlands konflikt og tvetydighetsmodell

Matlands konflikt og tvetydighetsmodell (1995) som er avbildet i figur 1, viser til fire ulike perspektiver på iverksettingsprosessen. Dette er ut ifra et administrativt, politisk, eksperimentelt eller symbolsk perspektiv, og samtidig ut ifra uklarhet og konfliktnivå i det politiske vedtaket som fattes (Matland, 1995). Tvetydighetsnivå og konfliktvinået i beslutningsprosesser har, som nevnt innledningsvis, stor innvirkning på hvordan resultatet av implementeringsprosessen blir. En konflikt forutsetter at det er en base av avhengighet mellom aktørene, og at implementeringen har uforenelige mål mellom disse (Matland, 1995). Tvetydighet kan oppstå ved at det er uklare mål, som fører til en mislykket implementering av politikken som skal gjennomføres. Denne tvetydigheten kan også komme til uttrykk ved mangelfull tilgang på midler, som igjen kan resultere i mislykket implementering av politikken (Matland, 1995).



Figur 1: Tvetydighet-konfliktmodellen (Matland, 1995)

Administrativ implementering

Den administrative implementeringen foregår når tvetydigheten og konfliktnivået knyttet til implementeringen er lavt (Matland, 1995). Implementeringsformen foregår internt i

organisasjonen, og alle aktørene vet hva de skal gjøre til enhver tid, slik at implementeringen gjennomføres som planlagt. Sentralt i administrativ implementering er at resultatet er avhengig av tilgjengelige ressurser som kunnskap, personell og økonomiske midler i prosessen (Matland, 1995).

Administrativ implementering i barnehager vil gjøre det mulig å ta høyde for arbeidskapasiteten innad i barnehagen, samt barnehagens tilgang på uteområder og rom. Barnehager har ulike forutsetninger både når det kommer til størrelse på barnehagen, og de økonomiske midlene som kan benyttes. Ved en administrativ implementering tilpasses implementeringen den enkelte barnehages forutsetninger, ved at prosessen foregår internt, og av aktører med kjennskap til forutsetningene (Matland, 1995).

Politisk implementering

Den politiske implementeringen foregår når uklarheten rundt det politiske vedtaket er lavt, men at konfliktnivået er høyt (Matland, 1995). Implementeringen blir gjennomført med politisk makt, og målet er å endre forhold i samfunnet til tross for at det kan oppstå konflikt og motstand i prosessen (Matland, 1995). Her tvinges altså politikken gjennom med makt, og implementeringen inneholder ofte flere endringsprosesser på samme tid.

Implementeringsprosesser som tvinges gjennom med makt tar ikke høyde for den enkelte aktørs forutsetninger, slik som i administrativ implementering. Under pandemien ble det lagt politiske føringer for hvordan barnehagene skulle driftes, hvor beredskapsplanen ble førende for alle barnehager i landet. Dette kan by på utfordringer i implementeringsprosessen når barnehagene har ulike ressurser og kapasitet, noe som igjen kan føre til konflikter innad i barnehagen, og en mislykket implementering av tiltak.

Eksperimentell implementering

I eksperimentell implementering er konfliktnivået lavt. Denne implementeringen byr på høy grad av uklarhet omkring tiltaket som skal implementeres (Matland, 1995). Resultatet blir derfor avhengig av hvilke aktører som er involvert i implementeringen, og hvilken kontekst det implementeres i. Den eksperimentelle implementeringen gjør det mulig å forme politikk som er tilpasset lokale behov, hvor prøving og feiling er en del av å tilpasse tiltaket etter de lokale behovene (Matland, 1995). Til tross for dette er formuleringen av tiltakene ofte uklare,

noe som fører til at utøvingen av de ulike tiltak blir forskjellig.

Her er utprøvelsen av implementeringen i barnehagen avhengig av smittespredningen i hver enkelt kommune, og dermed blir restriksjonene i barnehagen ulik fra barnehage til barnehage. Det samme kan gjelde ulik implementering av tiltak fra ansatt til ansatt. Barnehagene vektlegger formuleringen av tiltaket forskjellig, og lokale behov blir dermed styrende for hvordan den enkelte barnehagen implementerer tiltak for å begrense smitte i barnehagen. Barnehagene lærer gjennom prøving og feiling av tiltak innad i barnehagen, og på den måten skapes kvaliteten på implementeringen og opprettholdelse av koronarestriksjoner ut ifra barnehagens ressurser (Maland, 1995).

Symbolsk implementering

Den siste implementeringen vi finner i Matlands modell er symbolsk implementering. Her er både uklarhet og konfliktnivået høyt (Matland, 1995). Denne implementeringsteorien har både en nedenfra-og-opp og en ovenfra-og-ned tilnærming med politikk som blir styrt ovenfra, og lokale aktører som dominerer implementeringen (Matland, 1995).

Med symbolsk implementering i barnehage vil det kunne være styret som lager prosedyrene for iverksettingen, samtidig som barnehageansatte har andre prioriteringer i gjennomføring av disse tiltakene. Vedtak og ressurser blir uklare, og gjennomføringen er ikke i overenstemmelse med barnehagebarnas behov. Dette kan føre til økt konfliktnivå mellom de ansatte som skal gjennomføre implementeringen, og de som iverksetter tiltak som skal implementeres.

For å forstå implementering av tiltak i barnehage ser jeg det som sentralt å benytte Matlands konflikt og tvetydighetsmodell. Ved å bruke denne modellen kan en forklare hva som skjer i selve implementeringsprosessen, og samtidig peke på grad av uklarhet og konfliktnivå i politikken som skal implementeres i barnehagene. Dette vil forhåpentligvis gi meg kunnskap om hvilke utfordringer implementering av koronarestriksjoner hadde for barnehagene under koronapandemien. Videre vil barnehagens valg av implementering være avgjørende for i hvilken grad barnehagen ivaretok barnas sosiale helse i sine begrensninger.

Jeg vil videre i oppgaven belyse teori knyttet til temaet sosial helse hos barn i møte med beredskapsplanen under pandemien. Individets helsetilstand påvirkes av en rekke ulike faktorer, og begrensningene pandemien førte med seg begrenset noen av disse faktorene. Jeg

vil først gå dypere inn på hva helsedeterminanter er, og hvorfor forståelsen av disse er viktig for oppgavens problemstilling.

3.3 Whitehead og Dahlgrens sosiale helsedeterminantmodell

Helsedeterminanter er ifølge Whitehead og Dahlgren bestemmelsesfaktorer for helsa vår (Dahlgren & Whitehead, 2021). Disse bestemmelsesfaktorene er risikofaktorer og helsefremmende faktorer som avgjør helsetilstanden hos alle mennesker. Disse består av faktorer som ikke kan endres, og faktorer som påvirkes av det samfunnet og omgivelsene som vi er en del av (Dahlgren & Whitehead, 2021). Eksempler på samfunnsforhold som ansees som helsedeterminanter er arbeid, tilgang på helsetjenester, barnehager og skole. Altså formes individets helse ut ifra ulike samfunnsforhold den befinner seg igjennom livsløpet.

Ser vi til pandemien ble tilgangen på ulike arenaer for helsefremming begrenset med tiltak som påvirket enkeltindividets handlingsfrihet. I den forbindelse ønsker jeg å trekke frem Whitehead og Dahlgrens sosiale helsemodell fra 1991, som fremstiller hvordan ulike faktorer i menneskets liv påvirker individets helse (Dahlgren & Whitehead, 2021). Modellen ble utviklet i forskningen på sammenhenger mellom omgivelsene vi oppholder oss i og helse (Dahlgren & Whitehead, 2021). Modellen brukes av blant annet folkehelseinstituttet og helsedirektoratet til å forstå og forklare sosiale ulikheter i samfunnet (Fosse, 2006). Det har også blitt en modell som det tas høyde for i utformingen av politikk for å utjevne sosiale ulikheter, samt fremme målsettingen om helsefremmende arbeid på alle plan i samfunnet (World Health Organization, 2015). Modellen er relevant i min oppgave for å vise bakenforliggende faktorer som påvirker helsen, og utvikling av helse hos barn. Den forklarer samspillet mellom individ, samfunn og miljøet mennesket befinner seg i, og hvordan disse helsedeterminantene påvirker menneskets helse i positiv eller negativ forstand (Dahlgren & Whitehead, 2021).



Figur 2: Den sosiale helsemodellen (Whitehead & Dahlgren, 1991)

I sentrum av Whitehead og Dahlgrens modell finner vi individet selv og dets upåvirkelige helsedeterminanter (Whitehead & Dahlgren, 1991). Videre er de viktigste påvirkningsfaktorene for helse plassert utover i ulike lag, hvor hvert lag inneholder ulike elementer med påvirkningsfaktorer for menneskets helsetilstand. Disse lagene har også muligheter for gjensidig påvirkning, og kan sammen forklare utfall av individets helse (Mæland, 2021).

Det innerste laget representerer upåvirkelige, individuelle faktorer som alder, kjønn og biologiske og arvelige påvirkningsfaktorer. Disse faktorene representerer individuell disposisjon for sykdom og helse, og er medfødte helsedeterminanter som ikke kan endres (Dahlgren & Whitehead, 2021).

Derneft finner vi individets levevaner og påvirkningen fra omgivelsene. Individets levevaner gjenspeiler ofte påvirkning fra omgivelsene, og er et uttrykk for individets egne valg. Noen atferdsmønstre kan forklares med familiær arv, mens andre ikke kan bevises som genetisk atferd eller miljømessig påvirkning (Mæland, 2021). Det kan i enkelte tilfeller derfor være vanskelig å skille på hva som er arv, og hva som er miljø. Whitehead og Dahlgren viser derfor til personfaktorer, sosial og fysisk kontekst i individets valg som påvirker helse (Whitehead & Dahlgren, 1991).

Det tredje laget i helsemodellen er det sosiale nettverket og nærmiljøet til individet. Støtten fra venner og familierelasjoner er eksempler på sosialt nettverk som bidrar til god helse. Dette

omhandler også samhandling med medmennesker, og er et relevant påvirkningslag i barns utvikling av sosial helse og nettverk (Mæland, 2021).

Det fjerde laget består av levekår og miljø, noe som omhandler individets boforhold, utdanning, arbeidsliv og tilbudet på helse og velferdstjenester (Whitehead & Dahlgren, 1991). Disse helsedeterminantene legger vekt på individets omstendigheter, og tilgang på ulike fasiliteter. Boforhold, utdanning og tilbud på helse og velferdstjenester var fasiliteter som ble utfordret under pandemiens restriksjoner.

Det siste laget i den sosiale helsemodellen dannes av makrofaktorer. Det tar for seg økonomiske, kulturelle og politiske forhold i samfunnet, og henger sammen med individets levekår (Whitehead & Dahlgren, 1991, Mæland, 2021). I møte med pandemien ble politiske forhold mer fremtredende i samfunnet, og politiske føringer og restriksjoner ble mer bærende i alle individers hverdag sammenliknet med før og etter pandemien (Regjeringen, 2020b).

Det er altså kun det første laget i modellen som betegnes som et upåvirkelig lag. Resten av lagene kan betegnes som ytre og påvirkelige faktorer for helsa. Lagene påvirker også hverandre, og kan sees på som en årsakskjede av påvirkningsfaktorer som til sammen resulterer i individets helsetilstand (Mæland, 2021). Modellen danner et enkelt og godt rammeverk som forklarer hvordan en kan fremme god helse i ulike sektorer i samfunnet. Den viser videre at det ikke er holdbart å kun lete etter biologiske og atferdsmessige årsaker i individets helsetilstand, men at en må se på det komplekse bildet av sosialt nettverk, kulturelle og samfunnsmessige helsedeterminanter for å forklare helse (Mæland, 2021, Whitehead og Dahlgren, 1991). Faktorer som skole og barnehage ser ut til å være viktige determinanter som er med på å påvirke individets helse, dette fordi arenaene er med på å gi kunnskap og ferdigheter til individet om atferd som er helsebringende.

Whitehead og Dahlgren viser til en salutogen tilnærming i den sosiale helsemodellen (Dahlgren & Whitehead, 2021). Modellen søker å utforme universelle strategier og tiltak som når ut til mennesket der de befinner seg i det daglige. I denne studien handler dette om helsefremmende drift av barnehagen (Dahlgren & Whitehead, 2021). Modellen viser også til betydningen av politikken som utformes, og hvordan politiske tiltak kan påvirke menneskets helsetilstand. I barnehagedriften vil utformingen av politikk kunne påvirke barnas helse ut ifra hvilken grad politikktutformingen søker å ivareta den. Determinantene kan fremstå som

helsefremmende ved at modellen belyser og ønsker å redusere risikofaktorer for uhelse. Modellen peker på at det er mange sektorer og profesjoner som er involverte i å tilrettelegge for god helse i befolkningen (Dahlgren & Whitehead, 2021) .

4.0 Metode

En forskningsprosess starter vanligvis med at forskeren interesserer seg for noe, og derfor ønsker seg mer kunnskap om et fenomen. Forskerens forforståelse og interesse blir avgjørende for forskningsspørsmålet, og forskerens metode med dens etiske overveielser er faktorer som forskeren må ta stilling til i sitt arbeid (Kvale et al., 2015).

I dette kapitlet skal jeg gjøre rede for det vitenskapelige ståstedet til denne oppgaven, og forklare valget av forskningsdesign. Jeg skal gå nærmere inn på intervju som metode, og forklare hvorfor jeg har valgt å benytte denne metoden i min oppgave. Videre vil oppgaven forklare prosessen rundt gjennomføring av intervjuene, og si noe om informantene i min oppgave. Jeg vil også ta for meg etiske refleksjoner i forskningsarbeid, og gi en forklaring av hvordan jeg analyserte mine data. Til slutt vil jeg beskrive validitet og reliabilitet i forskningsarbeidet.

4.1 Vitenskapelig ståsted

I denne oppgaven har jeg valgt å benytte kvalitativ metode for å besvare problemstillingen. Kvalitativ metode søker erfaringer og tanker på et dypere nivå, og setter «et menneskelig preg» på forskningen (Kvale et al., 2015). Målet i oppgaven har vært å undersøke informantenes erfaringer og tanker rundt tiltak i barnehagedriften, og jeg anser derfor kvalitativ metode som godt egnet til å forstå informantenes perspektiver og tanker rundt temaet. Ved å benytte denne metoden vil jeg kunne komme tett på et begrenset antall informanter, og på den måten få et helhetlig inntrykk av informantenes opplevde historie knyttet til tema. Metoden er også godt egnet til å åpne for ulike innfallsvinkler, og at informantenes perspektiver dermed er med på å forme oppgaven (Kvale et al., 2015).

4.2 Hermeneutikk og fenomenologi

Innen humanvitenskapen er hermeneutikk og fenomenologi to kjente betegnelser (Kvale et al., 2015). Jeg har valgt å bygge min forskning på et hermeneutisk perspektiv, med et fenomenologisk tilsnitt.

Hermeneutikk betyr fortolkningslære, og er opptatt av å se helhetsforståelsen rundt det fenomenet som skal studeres (Jacobsen, 2015). På den måten fortolker hermeneutikken fenomenet ut ifra den historiske forståelsen som fenomenet hører til. Tilnærmingen vil i min oppgave sette barnas sosiale helse inn i konteksten med pandemi og politiske restriksjoner. Slik vil jeg kunne se sammenhenger mellom politikken og samfunnsendringene, og påvirkningen disse hadde på barnas sosiale helse. Tilnærmingen blir dermed vesentlig for å se helhetskonteksten, og for å forklare budskapet til problemstillingen ut ifra den samfunnsmessige konteksten (Jacobsen, 2015).

Fenomenologi handler om at forskeren skaper ny kunnskap om et fenomen gjennom å se til andres subjektive virkelighetsoppfatning (Jacobsen, 2015). Filosofien er opptatt av å forstå sosiale fenomener ut ifra informantenes egne opplevelser og tanker rundt det temaet som skal studeres. Ved å ha et fenomenologisk tilsnitt vil jeg derfor kunne se på ulike erfaringer og opplevelser som er knyttet til implementeringen av restriksjoner i barnehagen, og samtidig få personlige perspektiver på hvordan informantene opplevde at disse påvirket barnas sosiale helse (Jacobsen, 2015).

Valget av et hermeneutisk perspektiv med et fenomenologisk tilsnitt er mitt ønske om å se barns sosiale helse i den samfunnsmessige konteksten som var under pandemien. Med det fenomenologiske tilsnittet belyses problemstillingen ut ifra informantenes opplevde erfaringer i møte med fenomenet sosial helse hos barnehagebarna.

Innen forskningsbasert tilnærming snakker man ofte om ulike tilnærminger til forskningen. Den induktive tilnærmingen handler om å gå fra «empiri til teori», hvor forskeren arbeider ut ifra de situasjonene som oppstår. En deduktiv tilnærming går fra «teori til empiri», hvor man søker å bekrefte eller avkrefte antakelser der det finnes mye forhåndskunnskap (Kvale et al., 2015). I dette prosjektet valgte jeg å arbeide ut ifra en abduktiv tilnærming, hvor jeg gikk induktivt inn i materialet, men at tidligere teori ble sentral for forskningsprosessen. På den måten ønsket jeg at holdninger og tanker som oppsto under datainnsamlingen, var det som skulle forme forskningsprosjektet, samtidig som at teori skulle underbygge funnene i forskningen (Kvale et al., 2015).

4.5 Design og metode

Innen kvalitativ forskning finnes det ulike metoder man kan benytte for å innhente data til problemstillingen (Kvale et al., 2015). Når målet er å få innsikt i informantenes egne følelser, opplevelser og tanker rundt et fenomen, er intervju en god metode. Metoden gir et helhetlig inntrykk av opplevelser knyttet til fenomenet (Kvale et al., 2015) .

I denne oppgaven ønsket jeg å finne ut av informantenes egne erfaringer, observasjoner og tanker. Jeg mener derfor at intervju ville gi meg best mulig forutsetninger for å innhente gode data til oppgaven.

4.5.1 individuelt intervju

Et intervju kan gjennomføres på ulike måter. Dette i form av for eksempel gruppeintervju, hvor det er flere som intervjues samtidig, eller ved individuelle intervju (Kvale et al., 2015). Jeg har valgt å benytte individuelle intervjuer i min forskning. Altså at intervjuene gjennomføres med en og en informant. Dette valget er tatt på bakgrunn av at informantene har ulike synspunkt og erfaringer knyttet til temaet. Ved individuelle intervju trenger derfor ikke informanten å ta hensyn til andres meninger og tanker om hva som oppleves som rett og galt (Kvale et al., 2015). Her kan informanten svare ærlig på spørsmål om sine erfaringer, uten at andre hører på, eller at noen andre skal danne egne tanker om informantens erfaring. Dette vil også kunne bidra til at intervjuobjektens erfaringer og meninger ikke farges av eventuelle andre meninger som kunne kommet frem ved å for eksempel benytte gruppeintervju (Kvale et al., 2015). Individuelle intervjuer bidrar også til at informasjonen som kommer frem ikke kan knyttes til informanten i etterkant av intervjuet. Anonymisering av informasjon ville dermed ikke vært mulig i samme grad gjennom et gruppeintervju (Kvale et al., 2015). Jeg tror derfor at min valgte form for intervju bidro til ærlige og utfyllende svar fra informantene, som ikke var farget av andres meninger.

Svakheten med å benytte individuelle intervjuer som metode er at metoden er tidkrevende. Hvert intervju som skal gjennomføres tar tid, og det kommer mye informasjon i hvert av intervjuene. Med hensyn til tid satte dette derfor grenser til hvor mange informanter som kunne inkluderes i mitt forskningsprosjekt. Til tross for dette mener jeg at dybdeforståelse og utbroderende erfaringer fra barnehageansatte ga gode funn og svar til forskningsspørsmålet.

4.5.2 Semistrukturert intervju

Postholm & Jacobsen (2011) peker på ulike måter man kan gjennomføre det kvalitative forskningsintervjuet på. Jeg valgte å benytte et semistrukturert intervju hvor jeg hadde forutbestemte temaer jeg ønsket at informanten skulle fortelle om. Det er ingen rekkefølge på temaene, men tanken bak dette var at alle temaene skulle bli berørt i løpet av intervjuet. Et semistrukturert intervju åpner videre for at andre temaer som ikke er inkludert i intervjuguiden kan dukke opp. Dette åpner for en mer fri samtale, hvor jeg som intervjuer åpner for andre innspill og temaer som er knyttet til problemstillingen (Postholm & Jacobsen, 2011).

Jeg valgte her å benytte narrativ fortelling i de individuelle intervjuene. En narrativ fortelling skal fungere som en rød tråd som setter sammen intervjuobjektets erfaringer til en historie (Kvale et al., 2015). Ved å stille oppfølgende spørsmål for å dra historien videre kunne jeg som forsker hjelpe intervjuobjektet i historiefortellingen. Kvale et al. (2015) forteller at forskerens viktigste rolle i selve intervjuet er å lytte, stille oppklarende spørsmål og å hjelpe intervjuobjektet med å fortelle detaljer fra historien sin (Kvale et al., 2015). Denne metoden egner seg derfor godt til å finne den røde tråden som setter sammen intervjuobjektets opplevde historie.

I mitt forskningsprosjekt søker jeg kunnskap om voksne menneskers erfaringer fra sine egne liv. Historiene som kom frem, må derfor møtes av forskeren med forståelse og empati. Det var derfor viktig at jeg som forsker tok høyde for hvordan jeg møtte intervjuobjektene når intervjuene skulle foregå ansikt til ansikt. Jeg vil videre i oppgaven forklare overveielser jeg tok underveis i arbeidet, og forklare selve intervjuprosessen.

4.6 Gjennomførelse av intervju

4.6.1 Utvalg

Å velge ut relevante informanter til forskningen er en viktig del av det kvalitative studiet. Som nevnt tidligere ble barnehageansatte mest hensiktsmessig å inkludere i min oppgave på bakgrunn av deres opplevde erfaringer med fenomenet. Dette er i tråd med Abbott & Langston (2005) som sier at man skal fokusere på voksne mennesker som kjenner og interagerer med barna til daglig når en skal studere de yngste barna i samfunnet. Dette fordi

disse voksenpersonene har spesifikk kunnskap om barnas situasjon (Abbott & Langston, 2005). Barnehageansatte kan derfor gi en helhetlig og fyldig forklaring av sine opplevelser og tanker. Oppgaven er dermed bygget på et strategisk utvalg av informanter (Kvale et al., 2015).

Problemstillingen til oppgaven er satt slik at informantene måtte ha erfaring fra barnehagedriften under hele Covid-19 pandemien, samt bred erfaring med barnas opplevelse av restriksjoner i barnehagen. Det ble også viktig at informantene hadde erfaringer med implementeringsprosessen under pandemien, og barns sosiale helse før, under og etter restriksjonene.

I et forsøk på å skaffe informanter sendte jeg derfor ut en formell forespørsel via e-post til ulike barnehager som var relevante for min oppgave. I e-posten la jeg inn et ønske om å komme i kontakt med eventuelle informanter som kvalifiserte for prosjektet. Etter kort tid fikk jeg flere henvendelser fra informanter som var interessert i å delta. Det ble tydelig at barnehageansatte hadde stor interesse for temaet, og at mange hadde erfaringer som de ønsket å dele. Jeg valgte videre ut en privat og en offentlig barnehage til mitt prosjekt. Barnehagene er plassert i en storby, og praktiserte beredskapsplanens strengeste tiltak i lange perioder.

Valget av en privat og en offentlig barnehage var på bakgrunn av ønsket om å undersøke variasjonen av implementeringsprosesser, og hvordan tiltakene fungerte i ulike sektorer. Jeg ønsket også barnehager av ulik størrelse, slik at jeg kunne få innsikt i hvordan ulik implementering av tiltak påvirket barnas sosiale helse på ulike områder. Informantene består av to pedagogiske ledere fra hver barnehage, og en kortere samtale med barnehagestyrer i den private barnehagen.

4.6.2 Forberedelse og intervjuguide

I forkant av intervjuene fikk informantene tilsendt informasjonsskriv og samtykkeskjema for oppgaven. Dette for at informantene skulle lese seg opp på sine rettigheter og på prosjektet i forkant av intervjuene. På den måten ønsket jeg å trygge og forberede deltakerne på hva som ventet dem, og hvilken rolle de skulle ha i oppgaven. For å skape trygghet og en god atmosfære til intervjuet, fikk informantene selv velge hvor og når intervjuet skulle finne sted (Kvale et al., 2015) .

Jeg hadde som nevnt forberedt gjennomtenkte og åpne spørsmål på forhånd, slik at samtalen skulle få en naturlig flyt. På den måten kunne intervjuet bli til en åpen og induktiv samtale rundt restriksjoner i barnehagen, og barns sosiale helse. Jeg var åpen for ny informasjon underveis i intervjuet, noe som formet nye spørsmål og tema som jeg ikke var forberedt på at skulle komme. Denne formen for intervjuguide er fleksibel, og åpner for å hoppe frem og tilbake i tema, alt etter hva deltakeren forteller (Kvale et al., 2015). Det semistrukturerte intervjuet ga meg derfor informasjon som overrasket underveis i intervjuet, og som åpnet oppgaven for nye innfallsvinkler rundt temaet. Likevel ble den forhåndsbestemte intervjuguiden en slags pekepinn for relevante temaer som jeg ønsket informasjon om. På den måten hadde jeg en viss struktur på samtalen, og de temaene som ble tatt opp underveis i intervjuet (Postholm & Jacobsen, 2011).

4.6.3 Gjennomføring av individuelle dybdeintervju

Ved gjennomføringen av individuelle intervjuer skulle jeg fortolke informasjonen som kom frem i intervjuene. Det var derfor nødvendig at jeg tok stilling til den situasjonen informanten befant seg i under selve intervjuet. Her var det viktig at jeg var bevisst på hvilket sted og tidspunkt intervjuet befant seg på, slik at jeg kunne ta høyde for objekter som kunne påvirke intervjukonteksten, og samspillet mellom meg og informanten (Kvale et al., 2015).

Intervjuene ble gjennomført på informantenes arbeidsplass etter deres eget ønske. Dette gjorde intervjuet mer dagligdags og mindre formelt for informantene, samtidig som at vi kunne ta oss god tid i intervjuene. Jeg valgte å holde intervjuene ved fysisk oppmøte slik at jeg kunne observere den som ble intervjuet, og på den måten få en dypere forståelse for opplevelsen informanten hadde ved å observere dens kroppsspråk og ansiktsuttrykk (Kvale et al., 2015).

Ved starten av intervjuet ble det informert om lydopptaker og at lydfil ville slettes etter transkribering. Ved å benytte lydopptaker kunne jeg som intervjuer aktivt lytte uten å tenke på notater, noe som også ga meg mulighet til å fungere som en samtalepartner for informantene (Kvale et al., 2015). Selve intervjuene ble satt til å vare i rundt 1 time, en tidsramme som kunne overskrides av informanten om det var ønskelig. Likevel varte intervjuene innenfor den satte tidsrammen.

Underveis i intervjuene forekom det at enkelte spørsmål jeg hadde forberedt, ikke ble stilt. Dette fordi informantene selv kom inn på temaet, og besvarte spørsmålene på eget initiativ. I disse tilfellene stilte jeg relevante oppfølgingsspørsmål for å fange opp, og samtidig gå dypere inn på enkelte fenomener som informantene fortalte om. Dette gjorde at jeg fikk et godt utgangspunkt for å sammenlikne informasjonen de ulike informantene serverte. Det kom også frem overraskende informasjon underveis i intervjuene som jeg ikke var forberedt på. Tema som var knyttet til stengte kjøkken under pandemien ble et gjentakende og viktig tema for mine informanter, og ga meg helt nye perspektiver på problemstillingen. Avslutningsvis fortalte jeg videre om hvem de skulle kontakte ved eventuelle spørsmål til oppgaven.

4.7 Analyse og behandling av data

Det finnes ingen faste prosedyrer for hvordan man analyserer kvalitative data. Likevel er det ulike fremgangsmåten som kan følges for å få en helhetsforståelse av innholdet (Kvale et al., 2015). Dette handler om en dekontekstualisering, hvor notater, transkripsjon og lydopptak tas ut av feltet, og rekontekstualiseres for å fremme en helhetsforståelse av meningsinnholdet (Kvale et al., 2015). Altså å ta materialet ut av sammenheng for å analysere det, og til slutt sette det sammen igjen.

Kvale et al. (2015) påpeker at det ikke finnes noen objektiv oversettelse fra muntlig til skriftlig form, og at det dermed er fordelaktig å vurdere hvordan man gjennomfører transkripsjon ut ifra den konkrete situasjonen (Kvale et al., 2015). Det ble her viktig for meg å skrive detaljerte transkripsjoner av materialet, siden jeg på det gitte tidspunktet ikke hadde noen oppfatning av hvilken informasjon som ville bli viktig senere i forskningen (Kvale et al., 2015). Her benyttet jeg NVivo som verktøy for å analysere materialet, slik at jeg fikk bedre innsikt i rådataene jeg satt med etter intervjuene (Alfasoft, 2023). For å skape struktur på et stort og omfattende datamateriale valgte jeg å benytte Braun og Clarke sine trinn i tematisk analyse. Analysemetoden egner seg godt for nybegynnere, og består av 6 trinn i analyseprosessen (Braun & Clarke, 2006).

I det første steget måtte jeg bli kjent med mitt datamateriale. Ved hjelp av lydopptakeren som jeg benyttet, kunne jeg her transkribere alt materialet til tekst. Her startet jeg med ordrett transkribering av muntlig tale direkte over til tekst. Ved å selv transkribere lydopptaket fikk

jeg bedre kjennskap til materialet jeg hadde å jobbe med, og samtidig belyst gjentatte ord og setninger det ble lagt ekstra vekt på i intervjuet (Kvale et al., 2015) . Jeg sørget for å transkribere like etter gjennomføringen av intervjuene, slik at jeg kunne ta med meg opplevelsen av intervjuet inn i transkriberingen. Pauser, non-verbale tegn og ord som uttrykket betenkningstid ble også notert.

Det neste steget som Braun og Clarke viser til handler om koding (Braun & Clarke, 2006). Den kvalitative analysen har som mål å skape et system med mening i de store mengdene usammenhengende data (Postholm & Jacobsen, 2011). Utfordringen er å få noe fornuftig ut av disse dataene. Det ble derfor viktig for meg og reduserer informasjonsmengden som kom, slik at den ble håndterlig og oversiktlig. Dette gjorde jeg gjennom å kode og kategorisere materialet (Postholm & Jacobsen, 2011). Jeg skrev samtidig en logg like etter hvert intervju hvor jeg noterte inntrykk som oppsto underveis i intervjuet. Dette for å ta med meg opplevelser fra intervjuene som jeg anså som spesielt viktig inn i det transkriberte materialet. Her valgte jeg også å notere ned viktige perspektiver som strekte seg utenfor intervjuguiden, slik at jeg hadde perspektivene friskt i minne inn i dekodningen og kategoriseringen av materialet (Braun & Clarke, 2006) .

Den tredje fasen var å gjenkjenne tema, hvor målet var å sitte igjen med overordnede tema med undertema (Braun & Clarke, 2006) . Her klippte og limte jeg materialet for å få en oversikt over tema jeg antok ville bli viktige videre i analysen. Jeg satt til slutt igjen med to overordnede temaer, hvor det første dreide seg om implementeringen av tiltak, og det andre om barnas sosiale helse. Slik fikk jeg oversikt over hvordan jeg skulle plassere de følgende undertemaene. Innen implementeringen av tiltak fikk jeg undertemaer som kohorter og trafikklysmodellen, mens under sosial helse kom undertemaer som vennskap, tilhørighet, og nervøsitet.

Det neste stadiet handler om å kritisk vurdere de inndelte kodene, og om disse kodene kan representere helheten av datamaterialet. Med disse kritiske brillene fikk jeg nye undertema som jeg anså som viktige, og ble ytterligere kjent med materialet mitt. Dette gjorde steget over til den femte fasen enklere, hvor jeg skulle finne treffende navn på tema som kunne presentere mine funn. Overskriftene skulle si noe om innholdet i hvert punkt, og gi en helhetlig sammenheng til materialet (Braun & Clarke, 2006) .

I den siste fasen skulle jeg skrive resultatkapittelet. Her skulle analysen og funnene beskrives, og datamaterialet blitt til en overbevisende historie (Braun & Clarke, 2006).

4.8 Ethiske overveielser

I dette prosjektet har jeg forholdt meg til Sikt (Kunnskapssektorens tjenesteleverandør, 2022) og FEK (De nasjonale forsknings etiske komiteene), hvor jeg meldte inn prosjektet, og fikk det godkjent. Bakgrunnen for at prosjektet måtte meldes til Sikt og FEK er at jeg under hele forskningen måtte forholde meg til informantenes rettigheter når det gjelder deres deltakelse i prosjektet (Sikt, 2022).

Mine informanter skulle selv ønske å delta i forskningen, og det var svært viktig at de var klare over sine rettigheter til kunne trekke seg fra prosjektet når som helst. Dette helt uten begrunnelse. Som nevnt sende jeg ut informasjon om deres rettigheter i forkant av intervjuene. Dette i tillegg til en forklaring om hvordan den innhentede informasjonen skulle brukes i starten av intervjuet (Kvale et al., 2015). Her forklarte jeg også formålet med å benytte lydopptaker under intervjuene. Utvalget er også blitt informert om at materiale vil bli slettet ved oppgavens slutt, og at deres deltakelse var helt anonymt.

Alle informantene var voksne personer over 18 år, som skriftlig samtykket til å delta i prosjektet før intervjuet ble satt i gang.

For å ivareta deltakernes anonymitet har jeg benyttet fiktive navn under presentasjon av resultatene. Informantene mine går derfor under navnene *Tina*, *Kristine*, *Lise*, *Amalie* og *lederen*. «Lederen» er informanten som satte føringer i sin barnehage for implementering, og skiller seg derfor ut i fiktivt navn for å sette et tydelig skille i delkapittelet med opplevelser av implementering. *Tina* og *Lise* kommer fra samme barnehage i offentlig sektor, mens *Kristine* og *Amalie* er kollegaer i privat barnehage. Jeg har valgt å sette funn og drøfting sammen i egne hoved overskrifter. Dette for å organisere funnene og drøftingen på en måte som skaper struktur og sammenheng for leseren.

4.9 Validitet og reliabilitet

Kvale et al. (2015) peker på ulike etiske krav når det kommer til vitenskapelig kvalitet i arbeidet. Disse kravene handler blant annet om forskerens rolle, hvor god forskningspraksis og forskerens egen forforståelse for fenomenet blir viktig å ta stilling til. Kvale et al. (2015) viser her til at forskerens personlighet og integritet er avgjørende for kvaliteten på forskningen. Dette gjelder også de etiske overveielserne forskeren møter i sin tilnærming til forskningen. Da restriksjoner i barnehagen ble debattert i mediebildet ble jeg umiddelbart engasjert. Min interesse for politikk og helse gjorde at jeg ønsket å gå dypere inn i hvordan politikk i møte med pandemien kunne påvirke folkehelsen. Det ble derfor viktig at jeg som forsker reflekterte over hvordan jeg opptrådte i mitt arbeid, og hele tiden reflekterte over min forforståelse, empati og engasjement i møte med oppgaven. Dette handler om god forskningspraksis, og det er derfor sentralt at jeg som forsker har validitet og reliabilitet inn i mitt materiale. Kvaliteten på forskningen vektlegger viktigheten av at funnene er så nøyaktige og representative som mulig. Dette for at forskningen kan etterprøves med likest mulig resultat senere (Kvale et al., 2015) .

Validitet og reliabilitet kan omformuleres til ord som pålitelighet og gyldighet, og er godt egnet til å beskrive forskning med kvalitativ metode (Kvale et al., 2015). Reliabiliteten handler om påliteligheten, og sier noe om sannheten og riktigheten i forskningsarbeidet. Her blir det viktig at en skal kunne stole på forskerens arbeid gjennom hele forskningsprosessen, og at forskeren vurderer dataens kvalitet (Kvale et al., 2015). For å få mest pålitelige funn i mitt arbeid var intervjuguiden utarbeidet på forhånd for å sikre at informantene svarte på de samme spørsmålene. Oppfølgingsspørsmålene varierte, men hovedtemaene var de samme for alle informantene. I situasjoner der beskrivelsene var uklare støttet jeg meg på loggførte notater fra intervjuet, hvor non-verbale ord bidro til tydelighet i det informantene fortalte.

Begrepet reliabilitet handler også om spørsmål knyttet til hvorvidt et resultat kan reproduseres på andre tidspunkt og av andre forskere (Kvale et al., 2015). Dette var hovedgrunnen til at jeg valgte tematisk analyse i mitt arbeid. Ved å ha en synlig og gjennomiktig prosess fra rådata til funn, ville jeg gi leseren mulighet til å følge alle sporene i prosessen. Jeg foretok selvstendige valg i inndelingen av temaer, og kodingen av mitt materiale bærer derfor preg av min tilstedeværelse i intervjuene. En måte å styrket reliabiliteten ville derfor kunne vært å engasjere en ekstra forsker, slik at man var to til å gjennomføre og kvalitetssikre funnene i oppgaven. Dette fordi en annen forsker kanskje hadde kodet materialet på en annen måte enn meg (Kvale et al., 2015). Reliabiliteten kan også utfordres ved at jeg har inkludert et lite antall

informanter til oppgaven, som oppga sine personlige erfaringen. Likevel mener jeg at det unike møtet mellom mennesker, med dets mulighet for refleksjon og tilstedeværelse i forskningen være en styrke i vurderingen av reliabilitet.

Validitet handler om datamaterialets gyldighet, og om hvorvidt en metode egner seg til å undersøke det som skal undersøkes. I denne studien var målet å belyse informantenes virkelighetsopplevelse av koronapandemiens restriksjoner. Med et fenomenologisk tilsnitt var formålet å belyse erfaringer fra informantenes livsverden ved hjelp av det semistrukturerte intervjuet. Her var det også viktig at jeg som forsker var bevisst validiteten når jeg selv va instrumentet som samlet inn data, og vurderte og tolket materialet. Informantene mine var selv veldig engasjerte i fenomenet, og hadde stor interesse av å dele sine erfaringer med restriksjoner i barnehagen. Det kan derfor tenkes at jeg var heldig med informantene, og at materialet kanskje ville sett annerledes ut om jeg hadde engasjert andre informanter i forskningen. Funnene kan også her være utfordrende å generalisere når det kun er et fåtall intervjuobjekter (Kvale et al., 2015). Likevel påpeker Kvale et al. (2015) at validiteten i forskningen styrkes ved at ulike studier bekrefter hverandre. Under delkapittelet «tidligere forskning på feltet» har jeg hentet ut tidligere forskning fra feltet, som er med på å belyse problemstillingen og funnene i min oppgave. På samme måte vil min kvalitative forskning kunne være med på å underbygge andre forskeres kvalitative funn.

5 Analyse av empiri og diskusjon ut fra teoretisk rammeverk

I dette kapitlet vil jeg presentere analyser av empiri og funn fra intervjuene, som bidrar til å svare på problemstillingen: «*Hvordan ble implementering av politiske restriksjoner i tilknytning til Covid-19 pandemien gjennomført i barnehage, og hvordan har disse påvirket barnas sosiale helse?*». For å skape tydelighet og fremlegge en ryddig presentasjon av empiri presenterer jeg resultatene i kursiv.

Første del av kapitlet tar for seg implementeringen av politiske restriksjoner i barnehagene som jeg har tatt utgangspunkt i. Her vil jeg trekke frem de viktigste tiltakene fra beredskapsplanen, og se til hvordan barnehagene valgte å implementere disse på sin arbeidsplass. Implementeringen av tiltak vil i denne delen også drøftes opp mot det teoretiske rammeverket.

Andre del vil sette lys på hvordan informantene opplevde at disse tiltakene påvirket barns sosiale helse under pandemien. Her vil jeg drøfte funnene opp mot barnekonvensjonen, norske lover, beredskapsplanen, og det teoretiske rammeverket som oppgaven tar utgangspunkt i. Denne delen vil også sammenlikne mine funn med tidligere forskning på Covid-19 pandemiens påvirkning på barns sosiale helse.

5.1 Analyse og drøfting i lys av implementeringsteori

Dette delkapitlet skal belyse variasjonen i implementeringen av koronarestriksjoner i barnehagene. I drøftingsdelen vil jeg benytte Matland (1995) sin konflikt og tvetydighetsmodell for å analysere tvetydighet og konfliktnivået i implementeringsprosessen av restriksjoner. Ved å se til tvetydighet og konfliktnivå vil jeg kunne si noe om implementeringsprosessen er administrativ-, politisk, - eksperimentell- eller symbolsk (Matland, 1995). Når jeg ser på hva som preger implementeringsprosessen i barnehagen vil jeg også kunne få innsikt i hvordan koronarestriksjoner ble tolket og implementert i de ulike barnehagene jeg har tatt utgangspunkt i. Måten barnehagene implementerte restriksjonene gir også uttrykk for hvilken grad barnehagene ivaretok barnas sosiale helse under pandemien.

5.1.1 Gjenåpning av barnehagen etter 39 dager med nedstegning

I oppstartsfasen av den nye barnehagehverdagen forteller informantene om klare og tydelige mål og retningslinjer for hvordan barnehagen skulle driftes ut ifra beredskapsplanen. Som jeg har forklart tidligere skulle barnehagene deles inn i kohorter, begrense kontakt med hverandre, vaske hender kontinuerlig, og vaske leker og barnehages fasiliteter gjennom dagen. Foresatte måtte levere barna på gitte områder utenfor barnehagen, og kjøkken ble stengt for bruk. Barnehagestyrer forteller at de satte seg raskt inn i de nye tiltakene, og kommuniserte tydelig hvordan de ansatte skulle håndtere gjenåpning av barnehagedriften etter 39 dager med fullstendig «lock down».

Tina fra den offentlige barnehagen forteller:

«Da vi fikk presentert beredskapsplanen etter pressekonferansen om gjenåpningen av barnehagene, var jeg veldig positivt overrasket over hvor tydelige retningslinjene og tiltakene vi skulle praktisere var. Vi hadde jo aldri stått ovenfor noe liknende før, men politikerne og styret i barnehagen fortalte grundig hva vi skulle forholde oss til, og gjorde tiltakene veldig klare og ryddige. Det var liksom aldri noe tvil om hva vi skulle gjøre, til tross for at det hele opplevdes som skremmende i starten». (Tina).

Ut fra det Tina forteller kan dette fortolkes som lav grad av tvetydighet i hva målene med tiltakene var, og hvordan de skulle innføres i barnehagen (Matland, 1995). Gjenåpningen av barnehagene med dens nye retningslinjer i form av kohorter, vasking og henting/levering i barnehagene var tydelig formidlet og det var en felles forståelse av hvordan dette skulle gjennomføres hos informantene.

Videre forteller Lise fra den offentlige barnehagen om mangel på tid og ressurser til å gjennomføre målene i praksis:

«I forberedningsfasen til at barna skulle komme tilbake til barnehagen, var det mye motstand og frykt som preget implementeringen av tiltak. Da barna kom i barnehagen, la vi raskt merke til mangel på ressurser og kapasitet i barnehagen. Styret organiserte det slik at vi skulle være to voksne per kohort, hvor en av oss skulle passe på vasking og begrensnings nærkontakter. De ulike kohortene fikk ulike oppmøtetider til barnehagen, og begrenset klokkeslett de kunne være i barnehagen. Noe som også skulle begrense møte mellom foreldre under levering og henting av barna. Dette var i utgangspunktet en god plan, trodde styret. Men det viste seg raskt at vi hadde ikke nok arbeidskraft til å håndtere alle de nye oppgavene vi fikk tildelt på en gang». (Lisa)

Samtlige av informantene forteller om mangel på ressurser til å gjennomføre tiltakene de var gitt av beredskapsplanen (Utdanningsdirektoratet, 2020). Det kan se ut til at bemanningen i barnehagen ikke samsvarte med alle arbeidsoppgavene som beredskapsplanen påla barnehageansatte. Mangel på ressurser og tid førte til uenigheter og konflikt mellom de ansatte, og med styret i barnehagen. Disse funnene kan fortolkes til at beredskapsplanen og dens restriksjoner ga omfattende oppgaver som ikke samsvarte med kapasiteten barnehagene besatt under pandemien. Og at det ble utfordrende å overholde smittevern samtidig som barna skulle ivaretas. Dette på grunn av ressursbruken som implementeringen krevde. I den politiske implementeringen er det tydelige retningslinjer for hva som skal implementeres av tiltak, men at det oppstår et høyt konfliktnivå på grunn av mangel på ressurser. Funnene fortolkes derfor inn som politisk implementering jamfør Matlands modell, hvor politikken måtte gjennomføres for å opprettholde barnehagedriften. Dette til tross for manglende ressurser i form av kapasitet til å overholde alle tiltakene (Matland, 1996).

Informantene i den private barnehagen forteller videre om mangel på areal og rom til å begrense nærkontakt mellom kohortene som et problem. Her forteller Kristine om konflikter som oppsto på bakgrunn av mangelen på arbeidskapasitet og rom til å innføre beredskapsplanens retningslinjer.

«Vi brukte mye tid og ressurser på å flytte oss rundt fra rom til rom uten å støte på en annen kohort. Vi måtte vaske hender, skifte bleier og gå på do i gitte tidsrom. Det er vanskelig å ha kapasitet til å følge opp alt dette, og samtidig fortelle barna at de ikke kunne gå på do når de måtte. Små barn er jo ikke i stand til å forstå endringer i vante mønstre så raskt». (Kristine).

Ut ifra intervjuene kommer det frem at barnehageansatte opplevde liten forståelse fra myndighetene og barnehagesyret for hvor omfattende tiltakene var. Informantene fra den private barnehagen uttrykker frustrasjon over at myndighetenes beredskapsplan tydelig var tilpasset de store barnehagene i samfunnet, og ikke de små barnehagene med mindre ressurser i form av rom og uteplass.

Målet med beredskapsplanen var å opprettholde barnehagedriften under strenge restriksjoner for å sikre barns tilgang på barnehagetilbud (Utdanningsdirektoratet, 2020). Myndighetene

innførte klare retningslinjer for hvordan barnehagen skulle organiseres, men funnene i studien viser at konfliktnivået oppsto når politikken skulle gjennomføres i praksis. Mangelen på arbeidskraft, tid og ressurser i implementeringen bidrar til økt konfliktnivå innad i barnehagen. Dette kan fortolkes mot en politisk iverksetting jamfør Matlands konflikt og tvetydighetsmodell (Matland, 1995). Hvor formidlingen av mål i beredskapsplanen oppfattes som konkrete, men at ressursene barnehagen besitter ikke er tilstrekkelige til å holde konfliktnivået nede i implementeringsprosessen (Matland, 1995). Dette gjorde det utfordrende for barnehageansatte å drifte barnehagen etter beredskapsplanens retningslinjer under pandemien.

5.1.2 Trafikklysmodellen

«Kort tid etter at vi hadde fått organisert barnehagen ut ifra myndighetenes retningslinjer, ble vi presentert for trafikklysmodellen. Og der startet det ekstremt mye forvirring. Det var uklare beskjeder med retningslinjer det var veldig vanskelig å gjennomføre i praksis. Enkelte dager gikk vi fra gult nivå til rødt nivå over natten, noe vi absolutt ikke hadde tid og kapasitet til. Enkelte dager hadde vi ikke sjans til å rekke å omstille oss til rødt nivå på så kort tid slik at barnehagen ble drevet ut ifra gult nivå selv om det egentlig var rødt nivå i kommunen». (Lise).

Like etter gjenåpningen av barnehagene ble informantene kjent med innføringen av trafikklysmodellen i beredskapsplanen. Lise fra den offentlige barnehagen forteller åpent om forvirringen som oppsto knyttet til trafikklysmodellens mål og retningslinjer. De samme opplevelsene forteller Amalie fra privat barnehage om:

«Trafikklysmodellen var ekstremt tvetydig, og tiltakene forandret seg nesten fra dag til dag. Styrer klarte ikke henge med selv, og hver dag fikk vi nye mails med «se bort ifra gårsdagens mail, dette gjelder nå!». Noe som resulterte i at vi rett og slett måtte kjøre vårt eget løp for hvordan vi skulle praktisere restriksjonene». (Amalie).

Informantene tegner her et tydelig bilde av at retningslinjene barnehagene måtte forholde seg til ble mer utydelige i implementeringen av trafikklysmodellen. De stadige endringene i nivået på smittetrykk, og nivå i trafikklysmodellen gjorde restriksjonene tvetydige og uklare for de ansatte i barnehagene. Grad av tiltak som skulle praktiseres i barnehagen ble bestemt ut ifra smittetrykket i den enkelte kommunen. Dette for å opprettholde tilnærmet normal drift i kommuner med lite smitte. Dette førte videre til at informasjonen om tiltak som skulle

praktiseres ikke lengre gikk direkte fra myndighetene til barnehagen (Utdanningsdirektoratet, 2020). Mine funn viser til at skiftet i beslutningstaker resulterte i tvetydighet i hva som var gjeldende mål og restriksjoner. Informantene forteller at kommunikasjonen mellom barnehagene og kommunen var dårlig, og at informasjonen om gjeldende trafikklysnivå ikke nådde frem til barnehagene. Barnehagestyret hadde i tillegg hjemmekontor, noe som førte til at kommunikasjonen rundt gjeldende retningslinjer ble formidlet over mail, og dermed førte til enda mer forvirring hos de ansatte. Dette kan fortolkes til en symbolsk implementering av trafikklysmodellen i følge Matlands teori (Matland, 1995). Informantene forteller at barnehagene ble nødt til å «ta saken i egne hender» for å overholde mål om å unngå smitte i barnehagen. Hver barnehage måtte selv avgjøre hvilken politikk som ble «mest riktig» for sin barnehage, og ble nødt til å praktisere tiltak tilpasset sine egne tilgjengelige ressurser. Den private barnehagen fant løsninger som å dele av de største rommene, hvor hver kohort hadde sin del av rommet til å oppholde seg i. Denne inndelingen valgte de å forholde seg til under hele pandemien for å unngå konflikt blant barn og ansatte, og unnværrelse av tvetydighet om når de kunne være sammen i større kohorter. Symbolsk implementering har et høyt konfliktnivå, hvor vi ser ansattes streben etter enighet i gjeldende tiltak og ressurser (Matland, 1995). Samtidig har symbolsk implementering høy grad av tvetydighet, noe som kan ses i dårlig kommunikasjon om gjeldende tiltak som barnehagen skulle praktisere. Koalisjonen på mikronivå måtte her finne egne løsninger som var mer tilpasset den enkelte barnehages ressurser (Matland, 1995).

Den offentlige barnehagen hadde større arealområde å benytte seg av, men de intervjuende ansatte forteller at konfliktnivået var størst når det kom til henting og levering i barnehagen. Flere barn, flere foreldre og større rushtid i henting og levering gjorde at den offentlige barnehagen innkjørte egne klokkeslett der hver enkelt forelder kunne hente og levere barna i barnehagen. Dette tiltaket valgte den offentlige barnehagen å forholde seg til uavhengig av trafikklysmodellen. På den måten fortolkes funnene i en retning av symbolsk implementering hvor barnehagene gikk bort fra trafikklysmodellen, og praktiserte egne tiltak tilpasset den enkelte barnehages kapasitet (Matland, 1995).

Funnene viser et bilde av at myndighetenes mål med trafikklysmodellen var å lette på strenge restriksjoner i barnehagedriften. Dette ved å legge grad av gjeldende tiltak over på det generelle smittetrykket i kommunene. Beredskapsplanen satte videre tydelige retningslinjer for hvordan trafikklysmodellen skulle praktiseres, men at den dårlige kommunikasjonen

mellom kommunene og barnehagene gjorde målene tvetydige og høynet konfliktnivået. Barnehageansatte ble dermed i større grad involvert i beslutningsprosessen, og praktiserte den politikken som ble «mest riktig» for deres barnehage på mikronivå. Det kan dermed se ut til at beredskapsplanen skapte store forvirringer for barnehagene. Det samme gjelder tvetydigheten som fulgte trafikklysmodellen.

Til tross for tvetydige mål og stadig skiftende retningslinjer forteller alle informantene om holdepunkter i beredskapsplanen som fungerte for barnehagene. Implementeringen av kohortinndeling var et viktig og stort tiltak for å begrense smitten i barnehagen (Utdanningsdirektoratet, 2020). Erfaringene informantene viser til med dette tiltaket gjorde beredskapsplanen noe enklere å forholde seg til.

5.1.3 Kohortinndeling

Informantene forteller at ordningen med kohortinndelingen var rasjonell i forhold til barnehagens ressurser, og at implementeringen av kohortene var tydelige og enkle å gjennomføre.

Lise fra offentlig barnehage forteller:

«Kohortene ble innført på et blunk. Vi delegerte ansatte og barn på ulike kohorter, og gjennomførte det uten noe problem. Kohortene ble vi introdusert for i gjenåpningen i starten av pandemien, og vi holdte de samme kohortene frem til pandemien var over. Det var enkelt å forholde seg til, både for oss og barna, og prosessen rundt innføringen var lekende lett».
(Lise).

I samtaler rundt implementering av kohorter forteller Kristine fra privat barnehage:

«Vi lagde kohorter ut ifra søsken i barnehagen. Vi har mye søsken, så det var bare å putte søskenparene inn i samme kohort. Et ekstremt greit og overkommelig tiltak å forholde seg til. Det var heller aldri noen problemer knyttet til implementeringen av disse kohortene. Vi var to ansatte som var ansvarlig for vår lille kohort vi heletiden skulle forholde oss til, og barna forsto raskt hvilken kohort de tilhørte. Det var ikke i implementeringen av kohorter vi kjente på mangler på kapasitet». (Kristine).

Alle mine informanter forteller om gode dialoger og god flyt i innføringen av kohorter i barnehagen. Her viser erfaringene til at innkjøringsfasen av kohorter opplevdes dette som et

overkommelig mål uten konflikter i tvetydighet eller målsetting. Barnehagestyrer i barnehagen forteller om godt samarbeid mellom ansatte og styret til å velge ut barn til de ulike kohortene. Samtidig etterstrebet de å sette sammen kohorter med en pedagogisk leder og en barnehageansatt per kohort, for å gi barna og ansatte samme forutsetninger innad i kohorten. Kohortinndelingen kan fortolkes til en administrativ iverksetting av restriksjoner. Her viser informantene til rasjonelle beslutningsprosesser med tydelig formulert målsetting og et lavt konfliktnivå (Matland, 1995). En administrativ implementering er ifølge Matland i overenstemmelse med barnehagens tilgjengelige ressurser, noe som kan sees i kohortinndelingens overenstemmelse med barnehagens tilgang på tid, arbeidskraft og tiltakets visjon (Matland, 1995).

Funnene i studien viser at stadige oppdateringer i beredskapsplanen gjorde tilværelsen mer tid-og ressurskrevende for barnehagedriften (Utdanningsdirektoratet, 2020). Barnehageansatte brukte stor arbeidskapasitet på å oppdatere seg på tiltak som stadig ble endret, noe som resulterte i mindre tid og ressurser til barna i barnehagen. Funnene fortolkes til at de store endringene som beredskapsplanen påla barnehagekonstruksjonen, sammen med frykten for smitte i barnehagen, tvang barnehageansattes fokus vekk fra barnekonvensjonens mål om «barnets beste» for å strebe etter å overholde beredskapsplanens retningslinjer (Barnekonvensjon, 1991).

Formidlingen av tiltak som var gjeldene ble forverret ved å la smittetrykket i kommunen bestemme grad av restriksjoner (Utdanningsdirektoratet, 2020). Barnehagene ser derfor ut til å være underinformerte om hvordan barnehagen skulle driftes, noe som resulterte i konflikter og halvveis implementerte tiltak. Studien viser videre til at koronatiltak som var faste og lite ressurskrevende, med en administrativ implementeringsprosess var tiltak som ble praktisert i høyest grad i barnehagene (Matland, 1995). Videre tyder studiens funn på at trafikklysmodellen ikke ble praktisert ordrett, på grunn av forvirringen og tvetydigheten i hvilke tiltak som var gjeldende (Utdanningsdirektoratet, 2020). Grad av smittetrykk i kommunen ble ikke godt nok kommunisert, og gjorde implementeringsprosessen tvetydig. Dermed valgte barnehagene å praktisere egne løsninger fremfor å forholde seg til en stadig skiftende beredskapsplan. Kohortinndelingen var et fast holdepunkt for barnehageansatte, og ble dermed det tiltaket som mine informanter hadde best erfaringer med å opprettholde under pandemien (Utdanningsdirektoratet, 2020).

Eide et al. (2017) påpeker at barnehagens konstruksjon er med på å avgjøre i hvilken grad barnehagen er i stand til å ivareta barnas sosiale helse og «well being». Den største utfordringen knyttet til kohortinndelingen omhandlet ikke selve iverksettingen av tiltaket, men den innvirkningen kohorten hadde på barnas sosiale helse. Jeg vil i det følgende ta for meg problemstillingens andre spørsmål videre i oppgaven, og se til informantenes erfaringer om hvordan restriksjonene påvirket barnas sosiale helse.

5.2 Analyse og drøfting i lys av den sosiale helsemodellen

Som jeg har vist til tidligere er dagens barnehagekonstruksjon bygget for å tilrettelegge for fellesskap og sosial utvikling hos barna. Under koronapandemien ble det satt krav til store endringer i denne barnehagekonstruksjonen. Min oppgave ønsker derfor å søke kunnskap om hvordan barnehagedriften under pandemien påvirket barnas fellesskap og sosiale helse.

Styreleder forteller:

«Vi burde møtt barna på deres behov istedenfor å hele tiden tenke på vasking og begrensning i nærkontakt. Barnas behov for sosiale stimuli og utvikling ble glemt i streben etter å unngå smitte i barnehagen. Skammen og frykten for å eventuelt bli DEN barnehagen med smitte, ble viktigere enn barnas behov for å bli sett av oss og hverandre. DET er skam det». (Styrer).

Videre i oppgaven skal jeg analysere og diskutere erfaringer og tanker barnehageansatte sitter igjen med rundt ivaretagelse av barnas sosiale helse under pandemien.

5.2.1 Vennskapsbånd på tvers av kohorter

Et viktig element som informantene forteller om under implementeringen av kohorter er barnas relasjoner med hverandre på tvers av kohorter. Inndelingen av kohorter bydde på ulike utfordringer knyttet til ivaretagelse av barnas relasjoner med hverandre. Her ble barnas sosiale helse utfordret og ivaretatt på ulike måter, avhengig av hvordan barnehagen valgte å implementere kohortene i sin barnehage.

Amalie fra den private barnehagen forteller:

«Vi er en liten barnehage med mye søskenpar. For å unngå for mange forskjellige nærkontakter ble det derfor naturlig å sette søsknene sammen inn i mindre korter. Dette gjorde jo til at kohortene ble inndelt på tvers av de store barna og de små barna. Vi prøvde å sørge for at hvert barn hadde minst en venn fra sin avdeling inn i kohorten, slik at de hadde jevn gamle å interagere med. Selv om vi sørget for at alle hadde minst en venn i sin

kohort bydde det på utfordringer når det kom til at enkelte foreldre valgte å holde barna hjemme fra barnehagen. Da hadde vi plutselig kun et storbarn blant småbarna som ikke hadde noen å være med. I den alderen veier jo barna vennskap ulikt, og de minste barna har ikke like store behov for sosiale stimuli som de eldre barna. Dermed ble det utfordrende for barnet fra storbarn avdelingen når ingen andre i kohorten hadde behov for lek».
(Amalie).

Fra den offentlige barnehagen forteller Tina om organisering av kohorter ut ifra et annet formål:

«Styrer og vi pedagogiske lederne delte kohortene inn etter barnas venner innad i avdelingen. Vi forsøkte å sørge for at barna hadde minst to av sine nærmeste venner i kohorten, slik at det var noe trygghet innad i kohorten. Dette var selvfølgelig ganske utfordrende fordi enkelte barn har kommet lengre enn andre i sosial utvikling, og dermed varierer størrelse på barnas vennekrets veldig. Dette fører jo igjen til at enkelte barn hadde mange venner i sin kohort, mens andre barn nesten ikke hadde noen». (Tina).

Informantene fra både privat og offentlig barnehage forteller at de forsøkte å ta utgangspunkt i barnas venneforhold når de skulle sette sammen kohorter. Den private barnehagen delte kohortene på tvers av avdelinger, og dermed opplevde de at enkelte store barn ble sittende uten venner å leke med når enkelte foresatte valgte å holde barna sine hjemme. Kristine forteller hjerteskjærende om en opplevelse i den private barnehagen:

«Det var et storbarn som var alene i en kohort med kun småbarn på grunn av foreldres valg om å holde det andre storbarnet hjemme. Barnet var alene hele tiden, gråt og kviet seg for å komme i barnehagen». (Krisine).

Erfaringene fra den private barnehagen viser til at enkelte barn under pandemien ble sittende alene, uten jevnaldrende barn å leke med på grunn av kohortinndelingen. Barn erfarte utenforskap, og ble fratatt mulighet til å delta i leken hos de andre kohortene. Informantene viser her til at ensomhet ble en gjenganger, og at barn dermed mistet fellesskapsfølelsen som barnehagen skal legge til rette for. Dette uten at barnehageansatte kunne gripe inn og inkludere barnet, som følger av beredskapsplanens krav til å kun interagere med sine kohorter (Utdanningsdirektoratet, 2020).

Thoits viser til inkludering i et fellesskap som en sentral helsebringende faktor (Thoits, 2011). Dette fellesskapet skal barnehagen tilrettelegge for gjennom barnehageloven §42, hvor ansatte

i barnehagen er pliktig til å gripe inn om barna føler seg utenfor fellesskapet (Barnehageloven, 1995). I beredskapsplanen mistet ansatte mulighet til å gripe inn, og barna ble dermed sittende utenfor fellesskapet (Utdanningsdirektoratet, 2020) .

Funnene mine viser til at enkelte barn mistet samholdsfølelsen i kohortinndelingen, og at barna opplevde utenforskap i form av å ikke være en del av leken hos andre kohorter. Disse erfaringene kan fortolkes til den sosiale helsemodellens sosiale støtte og nettverk som viktige helsedeterminanter for helse (Whitehead og Dahlgren, 2021). Følelsen av å ikke ha noen venner, og utenforskap går på barnets opplevelse av tilhørighet og anerkjennelse i møte med jevnaldrende barn. Helsedeterminanter som tilhørighet vil kunne bidra til individets aksept av seg selv og mestring av barnehagehverdagen (Whitehead og Dahlgren, 2021). Ser vi til Eide et al. om barnas «well being» blir dette sett på som kritiske faktorer for barnets opplevelse av subjektiv helse og «well being» i barnehagesammenheng (Eide et al., 2017).

Informantene fra den offentlige barnehagen forteller om erfaringer knyttet til savn hos barna:

«Vi hører sjeldent barna snakke om savn til andre barn over lengre perioder. Savnet barna har erfart tidligere er knyttet til deres foreldre. I kohortene savnet barna vennene sine fra de andre kohortene. Enkelte dager var savnet etter andre venner ekstremt stort, spesielt for de barna som strevde med å finne seg til rette i sin kohort». (Lise).

Den offentlige barnehagen forteller at enkelte barn hadde problemer med å finne venner i sin kohort. Sammenliknet med den private barnehagen, opplevde også den offentlige barnehagen at det oppsto savn etter barna i de andre kohortene. Informantene forteller her at det å finne sin plass i kohorten var vanskelig å håndtere for barna, og enkelte barn opplevde å bli holdt utenfor leken innad i kohortene. Dette fordi barn i enkelte tilfeller, på grunn av antallsbegrensning, ble plassert i kohorter uten sine nære venner.

Den sosiale helsemodellen viser til at grunnleggende helsedeterminanter for sosial helse hos barn er gode relasjoner og samhold i barnehagehverdagen (Whitehead og Dahlgren, 2021). Ser vi til erfaringene mine informanter viser til kan det se ut til at enkelte barn mistet vennsksrelasjoner ved inndelingen av kohorter i barnehagedriften. Dette til tross for at barnehageloven §41 trekker frem barnehagens viktige rolle i å aktivt forebygge utestenging og mobbing, og samtidig legge til rette for fellesskap, vennskap og lek som fremmer

helse-determinanter for sosial utvikling (Whitehead og Dahlgren, 1991; Barnehageloven, 1995).

Informantenes erfaringer fortolkes i retning av at barneansatte ikke hadde mulighet til å tilrettelegge for sosial utvikling og samhandling med jevnaldrende barn, grunnet beredskapsplanens begrensninger i nærkontakter. Informantene ble nødt til å drifte barnehagen ut fra kohortinndelinger jamfør beredskapsplanen, som i enkelte tilfeller kan se ut til å ha splittet barnas sosiale omgangskrets (Utdanningsdirektoratet, 2020). Mine funn fortolkes til at restriksjonene gjorde barnehagekonstruksjonen mindre helsefremmende ut ifra helsefordelene relasjoner til jevnaldrende barn vil kunne gi barnet. Fokuset på barnas vennskap innad i avdelingen ble tilsidesatt til fordel for kohortinndelingen, og i streben etter å begrense smitten i samfunnet (Utdanningsdirektoratet, 2020).

Den sosiale helsemodellen viser til at menneskets medvirkning i fellesskap, og sosiale støtte er viktige helse-determinanter, som dagens barnehagestruktur skal legge til rette for (Whitehead og Dahlgren, 1991, Helsedirektoratet, 2020). Ved å gi barna et fellesskap og forutsetninger for å akseptere seg selv og andre, legges grunnlaget for barnas sosiale kompetanse nå og senere i livet (Thoits, 2011). Ved å splitte barnet fra sine nære venns-kapsrelasjoner, vil denne fellesskapsfølelsen og sosiale støtten bli utfordret hos barnet. Barnehageloven §42 påpeker at det ikke finnes noen garanti for positive relasjoner i barnehagen, og at det derfor er viktig at barnehagen tilrettelegger for at barna skal skape relasjoner for sosial og personlig utvikling, nettopp ved å omgås jevnaldrende barn (Barnehageloven, 1995). Dette er helsefremmende interaksjon som beredskapsplanen ikke tok høyde for i sine retningslinjer (Utdanningsdirektoratet, 2020).

5.2.2 Vennskap i kohortene

Et annet viktig element som informantene forteller om, er vennskap innad i kohortene. Erfaringene viser til at barna brukte mye tid på å tilpasse seg nye relasjoner i kohortene. Likevel viser informantene også til at kohortene la til rette for nye og gode venns-kapsrelasjoner. Mindre antall barn og voksenpersoner ser ut til å gi barna en opplevelse av mer nærhet i barnehagen.

Tina fra den offentlige barnehagen forteller her:

«Mange barn fant nye venner i kohortene. De ble tvunget inn i små grupper sammen med barn som de nødvendigvis ikke hadde foretrukket å leke med. Dette gjorde til at barna fikk større forståelse for hverandres ulikheter, og dermed en større åpenhet. Det virket som at enkelte barn fant sider ved seg selv som de ikke hadde sett tidligere, og at de dermed fikk en ny måte å interagere med andre barn på. Kanskje var det litt gøy å leke med dukker likevel, liksom». (Tina)

Funnene peker i retning av at miljøskiftet åpnet enkelte barns sosiale forståelse, og beriket enkeltbarns sosiale nettverk og aksept for ulikheter. Aksept og sosial støtte i ulikheter blant barna kan, ifølge Thoits bidra til at barna opplever større mestringsfølelse i barnehagemiljøet til å være seg selv, og akseptere seg selv og sine ulikheter i sosiale settinger (Thoits, 2011). Ser man til den sosiale helsemodellen om barnets miljø som helsedeterminant, kan dette fortolkes til at miljøskiftet innad i avdelingene hadde en positiv påvirkning på enkeltbarns sosiale utvikling (Whitehead og Dahlgren, 1991).

Lise, fra samme barnehage forteller at kohorter ga ansatte muligheten til å skille barn fra hverandre:

«Barn som hadde negativ innvirkning på hverandre ble skilt i ulike kohorter. Dette førte til at enkelte barn «skiftet personlighet» og fant sider ved seg selv de ikke hadde sett tidligere. Noen av barna som tidligere håndterte sosialt samvær med å være fysisk utagerende, ble omtensomme og tok hensyn i møte med barn de ikke hadde lekt med tidligere». (Lise).

Gjentakende blant informantene er søkelyset på at mange barn blomstret i mindre kohorter. Barn som tidligere var sjenerte og angstfulle, fikk tryggere rammer med mindre antall voksenpersoner og barn å forholde seg til. Dette førte til at flere barn turte å ta mer plass i kohorten sin. Erfaringene med et mindre antall barn, og mer tilgjengelige voksenpersoner kan se ut til å gi barna en større rolle i fellesskapet. Dette er ifølge Eidsvåg og Rosell (2021) faktorer som vil kunne bidra til bedre sosial helse hos barnet. Barna utviklet et tettere forhold til voksenpersonene i sin kohort, noe som kan se ut til å resultere i at ansatte kunne møte barna på et annet nivå enn det barnehagedriften vanligvis har kapasitet til. Eide et al. (2017) viser til at gode relasjoner og trygghet til voksenpersoner gir barn bedre robusthet og økt «well being» hos barna. Dette samholdet vil dermed kunne forsterke barnets opplevelse av

trygge rammer, og økt opplevelse av subjektiv- og sosial helse hos barna i barnehagen (Eide et al, 2017).

Kristine fra privat barnehage forteller:

«Barna fikk tette bånd med hverandre innad i kohorten. Vi merket at relasjonen mellom barna ble sterkere i mindre kohorter enn i de er på de store avdelingene. Det åpnet for at vi kunne ha en felles aktivitet for alle i kohorten, noe som fremmet en slags følelse av å være en del av fellesskapet hos barna. Samspillet mellom enkelte barn var noe helt annet under pandemien enn det var før og etter innføringen av kohorter». (Kristine).

Mine funn kan vise til at barnas sosiale horisont ble utvidet i grupper med barn de tidligere ikke hadde vært sammen med. Det å dele barna inn i mindre grupper virket positivt for enkelte av barnas sosiale utvikling, hvor felles aktiviteter og færre individer å forholde seg til, var noe barna vokste på. Det kan se ut til at samspillet mellom enkelte barn ble utviklet ved å tvinge relasjoner sammen, og barna fikk en større aksept for ulikheter og økt tilhørighet ved mer tilstedeværende voksenpersoner. Dette kan sees i sammenheng med den sosiale helsemodellens helsedeterminanter om mestring og sosial støtte (Dahlgren & Whitehead, 2021). Barnas opplevelse av økt sosial støtte ga barna mer aksept til å være seg selv i fellesskapet, og samtidig akseptere hverandres ulikheter (Dahlgren & Whitehead, 2021).

Kohortinndelingen gjorde barnehageansatte mer tilgjengelige for barna i barnehagen, og dermed tilrettela kohortene for barnets opplevelse av økt sosial støtte. Thoits (2011) hevder at opplevelsen av å ha trygge og nære relasjoner direkte og indirekte er helsefremmende for barn. Følelsesmessig og bekræftende støtte fra jevnaldrende barn og voksenpersoner i barnehagen er viktig for barnas livskvalitet og mestringsfølelse, og funnene peker derfor i retning av positiv opplevelse av helse for barna som i utgangspunktet var usikre (Løkken, 1996). Informantene i mitt prosjekt forteller at mindre kohorter med faste barnehageansatte åpnet for at ansatte kunne gi barna den økte sosiale støtten og tryggheten i kohorten. Erfaringen viste at det nye nærværet av voksenpersoner resulterte i at enkelte barn turte å ta mer plass i aktiviteter, og samtidig turte å være seg selv i større grad enn tidligere. Whitehead og Dahlgrens sosiale helsemodell trekker her frem sosial støtte og nettverk som viktige helsedeterminanter hos menneskers sosiale helse (Whitehead og Dahlgren, 1991).

Til tross for at restriksjonene ga ansatte flere arbeidsoppgaver å forholde seg til, er det gjentakende blant mine informanter at kohortinndelingen åpnet muligheten til å se hvert barn i større grad enn tidligere (Utdanningsdirektoratet, 2020). Små kohorter åpnet også for mulighet til felles aktivitet i mindre grupper, noe som ga sjenerte barna en sterkere følelse av tilhørighet og samhold. Disse barna opplevde tryggere rammer til å være seg selv, og å ta større plass i fellesskapet. Barna opplevde også mer tilgjengelige voksenpersoner, noe som ga barna økt sosial støtte til å knytte gode relasjoner med andre barn i kohorten. Til tross for at kohortinndelingen i enkelte tilfeller splittet vennsrelasjoner, ser det ut til at kohortinndelingen også var en positiv opplevelse for de mer sjenerte og usikre barna.

5.2.3 Småbarn og frustrasjon

Informantene forteller om frustrasjon og fortvilelse knyttet til den nye barnehagekonstruksjonen hos småbarnsavdelingen i barnehagene.

Amalie fra den private barnehagen sitter igjen med vonde følelser knyttet til strenge restriksjoner hos de yngste barna. Hun forteller:

«De minste barna har ofte stort behov for at foresatte blir med inn i barnehagen og trygger omgivelsene på starten av dagen. Dette går også på at foreldre trygger barna på at vi ansatte i barnehagen er trygge, og at barnehagen er en trygg arena for barnet å være i alene. Når foreldre ikke kunne være med barnet inn i barnehagen, og at de i tillegg brukte munnbind ved levering, ble de minste barna veldig urolige». (Amalie).

Kristine fra samme barnehage har samme opplevelse av restriksjonene blant småbarn:

«Barna fikk en urolig start på barnehagedagen, og fant aldri helt roen i barnehagen. Mindre barn har ofte større behov for trygge og faste rammer. Det kunne ikke vi tilby under korona. Restriksjonene endret seg stadig, og barnas hverdag ble derfor forandret altfor ofte. Dette førte til mye fortvilelse og utrygge barn». (Kristine).

Erfaringene informantene forteller om knyttet til restriksjoner hos de yngste barna, viser at koronatiltak som ble implementert, og stadig endret, gjorde de yngste barna i barnehagene utrygge. Disse funnene er i likhet med Pisano et al. (2020) sine funn om utrygghet og usikkerhet blant de yngste barna under pandemien. Beredskapsplanen satte retningslinjer til at foresatte ikke fikk være med inn i barnehagen, og er et tiltak som samtlige informanter problematiserer (Utdanningsdirektoratet, 2020). Mine funn fortolkes til at de yngstes

opplevelse av utrygghet rundt restriksjonene i beredskapsplanen ble forsterket ved at deres foresatte ikke fikk være en del av barnehagen. Levering ved porten kan se ut til å minske barnas følelse av trygge rammer og sosial støtte, som ifølge den sosiale helsemodellen er en viktig helsedeterminant i barnas sosiale utvikling (Whitehead og Dahlgren, 1991).

Barnekonvensjonen art. 3 nr.1 forteller at alle handlinger og avgjørelser som tas i og rundt barnehagedrift skal ha barnets beste som grunnleggende hensyn (Barnekonvensjonen, 1991). Barnets beste handler blant annet om respekt for barnets opplevelsesverden, og imøtekomme denne opplevelsen på en tilfredsstillende måte (Barnekonvensjonen, 1991). Mine funn fortolkes til at beredskapsplanen ikke tok hensyn til barnas opplevelse av mer utilgjengelige foresatte i barnehagehverdagen.

Fra den offentlige barnehagen forteller informantene om de samme opplevelsene rundt levering ved porten. Likevel er deres erfaringer også knyttet til økt trygghet med mindre antall ansatte å forholde seg til:

«Vi sørget for at det var samme ansatt som hentet de samme barna hver dag innad i kohorten. Dette gjorde det litt tryggere for de yngste barna å forlate mor eller far ved porten. Vi var jo få voksne på få barn innad i kohorten, som igjen gjorde til at vi kunne forholde oss til «våre egne barn». På den måten merket vi at de yngste barna ble tryggere på den nye ordningen. De yngste barna hadde i tillegg stor glede av at det var færre andre småbarn å forholde seg til». (Lise).

Disse funnene tegner et bilde av at barnehagene selv måtte implementere egne tiltak for å øke tryggheten hos de yngste barna under restriksjonene. Små grupper med faste voksenpersoner per barn ga barna noe trygghet i den utryggheten de opplevde med mindre medvirkning fra foresatte, og ukjent konstruksjon av barnehagedagen. Whitehead og Dahlgren viser i den sosiale helsemodellen til helsedeterminant om sosial støtte, hvor de ansatte likevel klarte å gi barna en form for trygghet til å håndtere barnehagehverdagen (Whitehead og Dahlgren, 2021). Eide et al. viser til at barns følelse av å ha et fang å gå til vil styrke barnets «well being» i barnehagen, noe som er en helsebringende faktor i barnas liv (Eide et al., 2017). Den sosiale støtten barna savnet i foresattes deltakelse i barnehagen ble forsøkt dekket av faste ansatte som forholdte seg til enkeltbarn.

Videre trekker informantene frem implementeringen av trafikklysmodellen hos de yngste barna i barnehagen. De vektlegger at de stadige endringene i modellen førte til at barnehagen ikke kunne gi barna den tryggheten som de har behov for (Utdanningsdirektoratet, 2020). Et eksempel som trekkes frem av samtlige informanter, er bruken av munnbind blant foreldre. Beredskapsplanen vektla at barnehageansatte ikke skulle bruke munnbind i barnehagen, nettopp fordi barns opplevelse av støtte og følelse av å mestre situasjonen er avhengig av barnets mulighet til å lese ansiktsmimikk (Utdanningsdirektoratet, 2020).

Informantene beskriver en utrygghet som oppsto i barna når foresatte leverte med munnbind.

«De yngste barna har ofte et behov for kos, gode ord og trygge smil fra foreldre ved levering i barnehagen. Vi merket tidlig i pandemien at munnbindbruken blant foreldre gjorde de yngste barna utrygge. Noe som forså vidt ikke er så rart. Man blir liksom litt passiv i mimikken når munnbindet er på». (Kristine).

Det kan se ut til at de yngste barnas behov for trygghet i levering i barnehagen ble utfordret med innkjøringen av munnbind under henting og levering i barnehagen. Ser vi til Løkken forklares dette med at barn speiler seg gjennom voksenpersoners respons, og utviklingen av sosial kompetanse og forståelse av emosjoner utvikles gjennom kroppsspråk og ansiktsmimikk (Løkken, 1996). Funnene fortolkes derfor til at barns manglende mulighet til å lese foreldres emosjoner knyttet til levering i barnehagen, gjorde barna utrygge og mindre rustet til å håndtere barnehagehverdagen. Sosial støtte og trygge omgivelser er grunnleggende helsedeterminanter som de yngste barna har behov for i sin opplevelse av «well being» (Whitehead og Dahlgren, 1991; Eide et al., 2017). Dette ble begrenset i beredskapsplanen til tross for at barnehageloven og barnekonvensjonen vektlegger disse faktorene som viktige i streben etter å tilby barn trygge rammer (Barnehageloven, 1995; Barnekonvensjonen 1991). Barnehageansatte implementerte egne tiltak i et forsøk på å bedre situasjonen rundt de utrygge småbarna i barnehagen, men funnene kan likevel tydes til at de strenge restriksjonene som barnehagen ble pålagt gjorde det utfordrende å skape trygge rammer for de yngste barna i barnehagen.

Oppsummert viser funnene knyttet til småbarnsavdelingen i barnehagen til utrygge barn som følge av mangel på sosial støtte. Beredskapsplanens begrensninger i foreldresamarbeid førte til en utrygg start på barnehagedagen hos barnet. Stadige endringer i barnehagestrukturen

forsterket de yngste barnas utrygghet, og behovet for trygge og faste rammer ble synlig for denne gruppen (Utdanningsdirektoratet, 2020). Kohortinndelingen med færre voksenpersoner per barn la likevel til rette for at barnet fikk mer sosial støtte fra barnehageansatte. Ifølge mine funn kan denne trygghetspersonen vært en brannslukker i barnas mangel på sosial støtte fra foresatte. Trygghetspersonen kan også se ut til å forsterke barnets opplevelse av å mestre den nye barnehagehverdagen og økt følelse av «well being» (Eide et al., 2017).

5.2.4 Storbarnas felles tilhørighet: «Vi er sammen om det»

«Sett i ettertid var det både fint og litt komisk hvordan enkelte av de eldste barna håndterte restriksjonene. Det er spesielt en opplevelse jeg må fortelle om som var veldig søt. Kohorten min sto og vasket hender for hundrede gang, når et av barna uttrykket stor irritasjon over vasking av hender. Da svarte et annet barn i kohorten: «Vi vasker og vasker, men vi er sammen om det». Haha, den observasjonen synes jeg beviser hvordan de eldste barna opplevde samhold og fellesskap i restriksjonene under pandemien» (Lise)

Informantene forteller alle om storbarnas forståelse for koronarestriksjonene i barnehagen. De viser til at barna opplevde tilhørighet og fellesskap ved å stå sammen i strenge restriksjoner, og at dette gjorde tilhørigheten i kohorten sterkere. Os et al. (2020) viser i sin forskning til samme funn knyttet til barnas forståelse av omstendighetene. Dette kan sees i sammenheng med det Professor Gunvor Løkken (1996) forteller. Barn er meningsskapende og relasjonsorienterte helt fra de kommer til verden. Gjennom samspill med hverandre og en fellesskapsfølelse gir dette barna godt grunnlag for å føle tilhørighet og mening i det de gjør (Løkken, 1996). Uten sosial støtte og følelsen av tilhørighet, er det vanskeligere å oppleve mestringsfølelse i handlingene vi gjør. Den sosiale helsemodellen viser til mestring som en viktig helsedeterminant for den sosiale helsa, noe omsorg for hverandre og mestring av tiltak i mitt tilfelle kan se ut til å bidra til (Whitehead og Dahlgren, 1991). Rammeplanen for barnehagen legger vekt på at barn gjennom fellesskap skal ha mulighet til å utvikle forståelse for samfunnet og den verden de er en del av i barnehagen (Kunnskapsdepartementet, 2017). Endringer i samfunnskonstruksjonen og barnehagekonstruksjonen kan dermed se ut til å ha gitt barna en enda sterkere opplevelse av tilhørighet og fellesskap.

Amalie fra den private barnehagen forteller:

«Vi snakket mye om korona med barna, og hvorfor vi gjorde som vi gjorde. De eldste barna forsto mye av det, noe som førte til at de tok litt eierskap over restriksjonene. De fortalte hverandre hvorfor de ikke kunne leke med

andre kohorter, og hvorfor barnehagen hadde blitt strengere. For de eldste barna ga dette veldig tilhørighet og et felles mål om å overholde tiltakene i barnehagen». (Amalie).

Tina forteller om samme tema:

«De eldste barna fikk et ekstra lag med omsorg. Enkelte barn synes det var skummelt og utfordrende å skulle tilpasse seg en helt ny hverdag. I tillegg legger barna merke til frykten som sprer seg i samfunnet. Barna får med seg mye av nyhetsbildet, og var veldig klar over at Covid-19 var en verdenskrise. I starten krevde det at vi ansatte ga ekstra betryggende ord og omsorg, men etter hvert viste de omsorg og trøst til hverandre. Var noen redde og lei seg så trøstet de hverandre og ga hverandre betryggende ord. Det var veldig fint og rørende å se på». (Tina)

I møte med koronarestriksjoner og et samfunn i krise, tegner informantene her et bilde av at barna utviklet sterk omsorg for hverandre og en følelse av samhold. Pandemiens restriksjoner kan se ut til å gi barna et hopp i utviklingen av egne omsorgshandlinger, og ikke bare i behovet for å være mottakere av omsorg. Behovet for støtte og omsorg er ifølge Whitehead og Dahlgren (1991) en viktig helsedeterminant som påvirker menneskers helse.

Gjennom å forstå og å bli mer observante på samfunnets utfordring fikk barna oppleve viktighet av å støtte hverandre, og samhold i kampen mot pandemien. De fikk mulighet til å utvise sosial støtte til hverandre, noe som er helsebringende faktorer i barnas liv (Thoits, 2011). Barna opplevde mening i sine handlinger gjennom trøst, og samtidig forstå meningen i hvorfor barnehagestrukturen ble endret. Antonovsky (1996) påpeker gjennom «sense of coherence» at det å se mening i de handlingene vi mennesker gjør bidrar til bedre helse hos individet. Barnets opplevelse av mening blir også vektlagt som viktige i barnets «well being», og som forsterker barnets følelse av å mestre hverdagen (Eide et al., 2017). Samfunnets endring i møte med pandemien kan dermed se ut til å kunne forsterket de eldste barnas samhold og opplevelse av mestring. Frykten for disse endringene og krisen med smittespredning i samfunnet ser videre ut til å ha beriket barna med «et ekstra lag med omsorg» for hverandre. Dette samsvarer med Mortensen et al. (2020) sine funn, og er ifølge informantene erfaringer som barnehagebarn ikke nødvendigvis erfarer i en «normal» barnehagehverdag.

Storbarna opplevde samhold på et nytt nivå i møte med pandemien. Barnas forståelse for krisen i samfunnet ga barna «et ekstra lag med omsorg» for hverandre. Barn som tidligere hadde vært utagerende fant omsorgsfulle sider av seg selv, og fikk mulighet til å utvise emosjonell og sosial støtte til jevnaldrende barn. Barna erfarte fellesskap og mening i kampen mot pandemien, og dermed kan det se ut til at storbarnas omsorgsutvikling fikk et hopp i fellesskapsfølelsen med hverandre. Likevel kan det se ut til at fellesskapsfølelsen forsvant i barnets overgang til skole.

5.2.5 Storbarnas overgang til skole

«Jeg synes det verste var overgangen til skole for de eldste barna. Besøksdagene på skolen forsvant jo. Ved overgang til skole har vi alltid besøksdager for at barna skal bli kjent med skolemiljøet, sin nye klasse og lærerne på skolen. På disse dagene er vi med som trygghetspersoner for barna, og de får mulighet til å gjøre seg kjent med klassekamerater og nye voksenpersoner. Dette er ganske viktige dager for å trygge barna i overgang til skole. Under korona forsvant denne tilvenningen helt. Det var hjerteskjærende å sende barna ut i en helt fremmed arena med ukjente voksne og barn». (Kristine).

Den sosiale helsemodellen tar for seg både helsedeterminanter om mestring, sosial støtte og nettverk som viktige påvirkningsfaktorer for individets sosiale helse (Whitehead og Dahlgren, 1991). Mestringsperspektivet handler blant annet om å mestre de utfordringene som barnet støter på. For at barnet skal oppleve mestringsfølelse er det nødvendig med trygge rammer, sosial støtte og anerkjennelse i store milepæler i livet (Thoits, 2011). Ved overgangen til skole kan det se ut til at disse trygge rammene og sosiale støtten uteble i at trygghetspersoner ikke fikk ta del i denne overgangen. Funnene fortolkes i retning av at barnehagebarna ble sendt ut i en ny hverdag uten noen forberedelse i form av trygge rammer. Et nytt og helt fremmed miljø møtte derfor barna i overgangen til skole under pandemien.

Opplevelse av sammenheng er ifølge Antonovsky viktig i barnets opplevelse av å mestre de utfordringene livet byr på, og dermed avgjørende for barnets opplevelse av helse (Antonovsky, 1996). Ser vi til barnehageloven har barna rett på trygg overgang til skole (Barnehageloven, 1995). Barnehage og skole skal i samarbeid med hverandre legge til rette for at barna får en trygg og god overgang. Ifølge forskriften for rammeplanen skal dette gjennomføres ved at barna er klar over hva som venter de på skolen, og at de opplever sammenheng mellom barnehagen og skolen (Kunnskapsdepartementet, 2017) .

Barna gikk over til store klasser, med medelever de ikke kjente fra før. De fikk også nye lærere å forholde seg til som de ikke hadde blitt kjent med på forhånd. Skolemiljøet og fasilitetene på barneskolen var også en helt fremmed arena for barna ved første skoledag, grunnet uteblitte besøksdager på skolen. Den sosiale støtten barna får i samholdet seg imellom, og med kjente voksenpersoner er viktige for mestringsfølelsen i overgangen til skole. I beredskapsplanen uteble det derfor viktige elementer for å trygge barna i overgangsfasen til det nye miljøet (Utdanningsdirektoratet, 2020). Her ser det ut til at viktige helsedeterminanter ble begrenset, og at grunnleggende behov for barnas opplevelse mestring ble fraværende (Whitehead og Dahlgren, 2021). Dette er faktorer som ikke vil være helsefremmende for barnas opplevelse av helse (Thoits, 2011). De små kohortene som barna var tildelt i barnehagen hadde begrenset barnas nettverk, noe som gjorde de fleste medelevene til ukjente. Her viser forskriften for rammeplanen til barnehager til at barna skal ha med seg erfaringer, kunnskap og ferdigheter om skolen, slik at de kan avslutte barnehagetiden på en god måte. Det legges også vekt på at barna skal få muligheten til å bli kjent med skolen, slik at overgangen oppleves trygg for barnet (Kunnskapsdepartementet, 2017). Mine funn viser til at disse retningslinjene og målene ikke ble fulgt opp under pandemien, og at barna ble stående på utrygg grunn i overgangen til skole. Folkehelselovens formål om trygg overgang til skole frafalte dermed i beredskapsplanens begrensninger (Folkehelseloven, 2011; Utdanningsdirektoratet, 2020). Sosial støtte og nettverk var uteblitte helsedeterminanter for at barnet skulle mestre den nye skolehverdagen (Dahlgren & Whitehead, 2021). Dette førte, ifølge mine informanter, til utrygge barn som opplevde lite mestring og sosial støtte ved overgangen til skole.

5.2.6 «Kommunikasjon gjennom barnas matpakker»

Et gjentakende tema som jeg ikke var forberedt på, tar for seg begrensning av matservering under pandemien. Informantene forteller uoppfordret om problemer knyttet til stengte kjøkken, og behovet for egne matpakker i barnehagen. Jeg ønsker å trekke frem viktige erfaringer mine informanter forteller om knyttet til temaet:

«Veldig mange av barna hadde med seg for lite mat til en hel dag i barnehagen, i tillegg var denne maten veldig næringsfattig hos enkelte barn. Vi hadde heller ikke tilgang til kjøkkenet under pandemien, så vi fikk ikke gitt disse barna den maten de trengte. Det resulterte i at enkelte barn

hadde mye mat og mye energi, mens andre barn ble slitne og trøtte i løpet av barnehagedagen» (Styrer i offentlig barnehage).

«Jeg tror det var mange foreldre som hadde mye å tenke på under koronapandemien. I hvert fall vitnet matpakken til enkelte barn om det. Noen barn hadde med seg for lite mat, og det var tydelig at foreldrene ikke la ned en innsats for å gi barna en god og næringsrik lunsjpakke. I og med at det var så stor forskjell på innholdet i matpakken til barna måtte vi gå igjennom alles matpakke og legge til brødsiver eller frukt, slik at barna faktisk hadde mat gjennom dagen». (Tina, offentlig barnehage).

«To år uten noen foreldrekontakt gjorde at vi ikke hadde peiling på hvordan barna hadde det hjemme. Likevel kunne vi forstå det hvor det var noe som skurret gjennom å se på barnas matpakker. Ved å se til maten barna hadde med var ingen tvil om at mange husholdninger sleit med økonomi, skilsmisser og andre livskriser under pandemien. Jeg følte vi kommuniserte med foreldre gjennom barnas matpakker». (Amalie, privat barnehage).

Ordningen med servering av mat i barnehagen bidrar til at barna stiller likt i hvilken næring de mottar, og dermed er likestilte når det kommer til energi, tilgang på næringsrik mat og overskudd til utvikling. Informantene forteller her at det under pandemien oppsto et tydelig skille blant barna når det kom til maten de fikk i matpakken. Enkelte barn var utslitte og sultne store deler av barnehagedagen, på grunn av mangel på mat fra hjemmet. Dette mens andre barn hadde overskudd til lek, sosial interaksjon og utvikling gjennom hele pandemien. Under beredskapsplanens restriksjoner uteble likestillelsen av tilgang til mat i barnehagen, og barna ble avhengig av foresattes kapasitet til å gi næringsrik mat i løpet av barnehagedagen (Utdanningsdirektoratet, 2020).

Whitehead og Dahlgren (2021) peker i sin modell på individuelle livsstilsfaktorer som en viktig helsedeterminant. Livsstilsfaktorer tar blant annet for seg individets tilgang på næringsrik mat. Mine funn kan fortolkes til at barna ble mindre likestilte i ernæring og overskudd til sosial interaksjon under beredskapsplanens restriksjoner (Utdanningsdirektoratet, 2020). Sosiale ulikheter i ernæring er et stort folkehelseproblem i dagens samfunn, hvor folkehelselovens formål er å utjevne sosiale ulikheter, slik at mennesker i samfunnet er likestilte, uavhengig av sosial og økonomisk bakgrunn (Folkehelseloven, 2011). Her viser folkehelseloven til viktigheten av tidlig innsats for å forebygge disse forskjellene, og dermed er barnehagen i utgangspunktet en arena som skal være med på å utjevne ulikhetene (Folkehelseloven, 2011).

Funnene fortolkes til at store forskjeller i ernæring ga barna ulikt overskudd og forutsetning til å ta del i fellesskapet i barnehagen. Dette kan være en indikator på at barn fra familier med høyere økonomisk og psykisk kapasitet hadde bedre forutsetninger for lek og utvikling, sammenliknet med barn fra lavere sosioøkonomiske husstander. Dermed ser det ut til at folkehelsemålet om forebygging av sosiale ulikheter ble glemt i innføringen av stengte kjøkken i barnehagen. Det tyder på at sosiale ulikheter og barnas boforhold kom til uttrykk gjennom barnas matpakker, og den nye barnehagekonstruksjonen la til rette for ulik forutsetning for utvikling av god sosial helse hos barna i barnehagen.

6. Konklusjon

For å skape kunnskap om hvordan restriksjonene under koronapandemien har påvirket samfunnet, er vi avhengig av å se til ulike samfunnsytteres erfaringer for å danne et helhetlig bilde av situasjonen. Med denne oppgaven ønsket jeg å få innsikt og forståelse for hvordan pandemiens restriksjoner påvirket barnehagebarnas sosiale helse under pandemien. Ved hjelp av problemstillingen har jeg søkt forståelse for hvordan tiltakene ble implementert i barnehagedriften, og om tiltakene påvirket barnas sosiale helse. Barns vennskap og relasjoner er avgjørende for barnets opplevelse av helse, og blir i dag høyt prioritert i den daglige barnehagedriften for å skape trygge barn, og samtidig legge grunnlaget for god helse hos barnet videre i livet. Studien er basert på barnehageansattes erfaringer med ivaretagelse av sosial helse fra sin arbeidsplass under pandemien. Gjennom analyse og drøfting av funn har jeg forsøkt å svare på problemstillingen med bakgrunn i relevant forskning, beredskapsplan, teori og lovverk.

Med søkelys på endringer i barnehagestrukturen har jeg først undersøkt hvordan barnehageansatte implementerte beredskapsplanens restriksjoner i barnehagen under pandemien. Ut ifra Matlands konflikt og tvetydighetsmodell ønsket jeg å belyse hvordan de ulike tiltakene fungerte i praksis. Funnene viser til at de stadige endringene i trafikklysmodellen ikke samsvarte med barnehagens kapasitet til å ivareta barna, og samtidig praktisere restriksjonene de ble pålagt. Ved hjelp av Matlands modell forklares dette med en symbolsk implementering av tiltak. Det vil si at det var stor tvetydighet i hvilke tiltak som gjaldt når, og tiltakene samsvarte ikke med barnehagens tid og ressurser til å opprettholde omfattende tiltak. Gjentakende er opplevelsen av at beredskapsplanen var tilpasset de store barnehagenes ressurser og arbeidskraft. Derimot viser funnene til kohortinndelingen som en administrativ implementering der barnehagens ressurser ikke var like avgjørende for gjennomføringen. Kohortene var ifølge mine funn det tiltaket som fungerte best i praksis, men at kohortene påvirket barnas sosiale helse i større grad.

Ifølge mine funn er erfaringene knyttet til kohortinndelingens påvirkning på barns sosiale helse todelt. Kohortene splittet vennskspsrelasjoner, og barnas fellesskapsfølelse ble utfordret i de begrensningene kohorten hadde på barnas interaksjon med jevnaldrende barn. Dermed begrenset beredskapsplanen barnas fellesskapsfølelse og sosiale nettverk, som blir sett på som helsefremmende faktorer som barnehagen skal tilrettelegge for. Kohortene ser ut til å aktivt

holde barn utenfor leken på grunn av manglende mulighet til å interagere med hvem man vil og hvor man vil. Dette resulterte i at enkelte barn opplevde utenforskap og ensomhet i kohortinndelingen, og som ikke samsvarer med barnehageloven §41 om inkludering i barnehagen.

For barn som var sjenerte og usikre i utgangspunktet, ble kohortinndelingen derimot en positiv opplevelse. Færre barn og voksenpersoner å forholde seg til ga disse barna økt sosial støtte, som ved hjelp av Whitehead og Dahlgrens modell viser til helsefremmende faktorer for barnet. Storbarnas forståelse av pandemien, og de ulike følelsene som oppsto knyttet til samfunnsendringene ga også barna mulighet til å trøste hverandre, og opptre som omsorgsfulle ovenfor hverandre. Dermed ga pandemien barna mulighet til å være hverandres sosiale støtte, noe som ser ut til å stimulere til økt fellesskapsfølelse og dermed bedre sosial helse hos enkelte av de eldste barna.

De yngste barna ser ifølge mine funn ut til å oppleve økt usikkerhet i barnehagehverdagen. Fravær fra foreldre inn i barnehagerommet, mangel på mulighet til å kommunisere gjennom ansiktsmimikk, og stadige endringer i de faste rammene, resulterte i usikre småbarn. Sosial støtte og trygghet er viktige faktorer i barns opplevelse av egen helse. Denne sosiale støtten og tryggheten uteble i beredskapsplanens tiltak, noe som ikke samsvarer med barnekonvensjonens mål om barnets beste. Det ser heller ikke ut til at barnets beste og folkehelseloven ble tatt i betraktning når beredskapsplanen stengte ned matserveringen i barnehagen. På grunn av ulik tilgang på mat hadde barna ulikt utgangspunkt for sosial utvikling under restriksjonene. Enkelte barn hadde mye energi på grunn av næringsrik mat i matpakken, mens andre barn hadde lite overskudd til lek og sosial utvikling på grunn av for lite næring til å holde ut barnehagedagen. Barnas utvikling av sosial helse ble i større grad avgjort av barnets sosioøkonomiske bakgrunn under pandemien. Disse funnene samsvarer ikke med folkehelselovens mål å utjevne sosiale ulikheter i helse i samfunnet, og heller ikke med barnekonvensjonens mål om barnets beste. Sultne og slitne barn påvirker også barnets mulighet til utvikling, læring, prestasjonsevne og sosiale-og fysiske helse.

Videre viser funn i oppgaven til at barnehagelovens mål om trygg overgang til skole ble utfordret i beredskapsplanens restriksjoner. Innskrenkninger av barnas sosiale omgangskrets som følger av kohortinndelingen gjorde at barna ikke hadde like mange nære relasjoner å støtte seg på inn i skoleovergangen. Funnene viser at overgangen til skole ble mindre preget

av sosial støtte og trygghet for barna under pandemien, sammenliknet med hvordan strukturen var før og etter beredskapsplanens restriksjoner. Studien viser dermed til store begrensninger i barns mulighet til å oppleve av god sosial helse under pandemien. De politiske restriksjonene satte begrensninger for barnas sosiale helse og omgangskrets, og samsvarer ikke med barnekonvensjonens mål om barnets beste og barnets rett til å bli hørt.

6.1 Forslag til videre forskning

En interessant tilnærming i videre forskning på feltet vil kunne være å se om konsekvensene av restriksjonene har hatt senvirkninger for barna som benyttet barnehagen under pandemiens restriksjoner. Det ville vært interessant å undersøke om usikkerheten de yngste barna i barnehagen opplevde under restriksjonene vedvarte, eller om denne usikkerheten var forbeholdt restriksjonene. Jeg tenker også det ville vært interessant å kartlegge om begrensninger i vennsrelasjoner som følger av kohortene har farget barnas vennekretser og sosiale helse i dag. Spesielt ved å se til barna som startet på skolen under pandemien. Dette er forskning som ville kunne bidratt til utarbeidelse av folkehelsestrategier, og samtidig skapt et bedre rustet system i eventuelle nye kriser som kan ramme samfunnet.

6. Litteraturliste

- Abbott, L., & Langston, A. (2005). *Ethical research with vety young children*. Open Univeristy Press.
- Alfasoft. (2023). NVivo. <https://alfasoft.com/no/programvare/statistikk-og-dataanalyse/qda-kvalitativ-dataanalyse/nvivo/>
- Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health promotion international*, 11(1), 11-18.
- Bakken, A. R. B., & Flaten, K. (2018). Korleis kan barnehagelærarar fremme god psykisk helse? *Psykologi i kommunen*(5).
- Lov om barnehager, (1995). <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-06-17-64?q=barnehageloven>
- Barnekonvensjon, F. (1991). *FNs konvensjon om barnets rettigheter*. Barne-og Familiedepartementet. https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/bfd/bro/2004/0004/ddd/pdf/v/178931-fns_barnekonvensjon.pdf
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101.
- Dahlgren, G., & Whitehead, M. (2021). The Dahlgren-Whitehead model of health determinants: 30 years on and still chasing rainbows. *Public health*, 199, 20-24.
- Dæhlen, M. (2020). Slik var barnehagene i gamle dager. <https://forskning.no/arbeid-barn-og-ungdom-historie/slik-var-barnehagene-i-gamle-dager/1761771>
- Eide, B. J., Winger, N., Wolf, K. D., & Dahle, H. F. (2017). «Ei linerle vet at hun er ei linerle». *Norsk senter for barneforskning*, nr. 1(0800-1669), 23-40. <https://oda.oslomet.no/oda-xmlui/handle/10642/6406>
- Eidsvåg, G. M., & Rosell, Y. (2021, 2021/04/01). The Power of Belonging: Interactions and Values in Children's Group Play in Early Childhood Programs. *International Journal of Early Childhood*, 53(1), 83-99. <https://doi.org/10.1007/s13158-021-00284-w>
- Folkehelseinsitutttet. (2014). *Sammenhenger mellom barnehagekvalitet og barns fungering ved 5 år (1503-1403)*. <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2014/Sammenhenger-mellom-barnehagekvalitet-og-barns-fungering-ved-5-aar.pdf>
- Lov om folkehelsearbeid, (2011). <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29>

- Fosse, E. (2006). Sosial ulikhet i helse som tema i helsekonsekvensutredningen. *Sosial-og helsedirektoratet*(1305). https://www.helsedirektoratet.no/tema/sosial-ulikhet-i-helse/sosial-ulikhet-pavirker-helse-tiltak-og-rad/Sosial%20ulikhet%20i%20helse%20som%20tema%20i%20helsekonsekvensutredninger.pdf/_attachment/inline/6cd2f46a-887c-4d68-a049-aa3ffd4d1113:6605013f595b71b72cef2b99f1f90338950ecf85/Sosial%20ulikhet%20i%20helse%20som%20tema%20i%20helsekonsekvensutredninger.pdf
- Gardsjø, O. (2018). *Forebyggende og helsefremmende arbeid: Fra individ-til systemorientert tenkning og praksis*. Gyldendal.
- Grund, J. (1991). *Helsepolitikk 1990 årene: Effektivisering, spill eller utvikling*. Tano.
- Høgberg, B. M. (2020). Lockdown og kriseregulering i Norge. *SvJT*(1139).
- Jacobsen, D. I. (2015). *Hvordan gjennomføre undersøkelser?* (3. ed.). Cappelen Damm Akademisk.
- Forskrift om rammeplan for barnehagens innhold og oppgaver, (2017). https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2017-04-24-487/KAPITTEL_1
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M., & Rygge, J. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg. ed.). Gyldendal akademisk.
- Kvam, M. (2021, 03.02.2021). *Hva er pandemi?* NHI. <https://nhi.no/sykdommer/infeksjoner/diverse/hva-er-en-pandemi/>
- Langeland, E. (2009). Betydningen av en salutogen tilnærming for å fremme psykisk helse. *Sykepleien forskning*, 4(4), 288-296.
- Løkken, G. (1996). *Når små barn møtes*. Cappelen Akademisk Forlag.
- Matland, R. E. (1995). Synthesizing the implementation literature: The ambiguity-conflict model of policy implementation. *Journal of public administration research and theory*, 5(2), 145-174.
- Mortensen, N., Nøhr, K., & Lindeberg, H. (2020). Genåbning af børnehaver efter coronavirus/COVID19. *Resultater af spørgeskemaundersøgelse til børnehaveledere om erfaringer fra genåbning*. København: VIVE Det, 80.
- Mæland, J. G. (2021). *Forebyggende helsearbeid* (5.utg, Ed.). Universitetsforlaget.
- NHO. (2020). *Beredskapsplaner for krisesituasjoner*. Næringslivets hovedorganisasjon. <https://arbinn.nho.no/hms/sikkerhet-og-beredskap/beredskap-og-industrivern/artikler/beredskapsplaner/>

- Nøkleby H., B. R., Muller A., Ames H.,. (2021). *Konsekvenser av covid-19 på barn og unges liv og helse* (978-82-8406-149-8).
<https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2021/konsekvenser-av-covid-19-pa-barn-og-unges-liv-og-helse-rapport-2021.pdf>
- Offerdal, A. (1992). *Den politiske kommunen*. Samlaget.
- Offerdal, J. A. (2005). *Iverksettingsteori- resultatene blir sjelden som planlagt, og det kan være en fordel?* (Vol. 2). Fagbokforlaget.
- Os, E., Myrvold, T., Danielsen, O. A., Hernes, L., & Winger, N. (2020). Håndtering og konsekvenser av koronautbruddet for barn og barnehager.
- Pisano, L., Galimi, D., & Cerniglia, L. (2020). A qualitative report on exploratory data on the possible emotional/behavioral correlates of Covid-19 lockdown in 4-10 years children in Italy.
- Postholm, M. B., & Jacobsen, D. I. (2011). *Læreren med forskerblick*. Cappelen Damm Akademiske.
- Regjeringen. (2020a, 12.03.2020). Omfattende tiltak for å bekjempe koronaviruset [Pressemelding]. Article Nr: 38/20.
<https://www.regjeringen.no/no/dokumentarkiv/regjeringen-solberg/aktuelt-regjeringen-solberg/smk/pressemeldinger/2020/nye-tiltak/id2693327/>
- Regjeringen. (2020b, 2022). *Tidslinje: myndighetenes håndtering av koronasituasjonen*. Regjeringen.no. <https://www.regjeringen.no/no/tema/Koronasituasjonen/tidslinje-koronaviruset/id2692402/>
- Sikt. (2022, 2023). *personvern for forskning*. Sikt.
<https://sikt.no/tjenester/personverntjenester-forskning>
- Skjervheim, H. (1996). *Deltakar og tilskodar og andre essays*. Aschehoug.
- Thoits, P. A. (2011). Mechanisms linking social ties and support to physical and mental health. *Journal of health and social behavior*, 52(2), 145-161.
- Utdanningsdirektoratet. (2020). Beredskap: veileder om smittevern for barnehage.
- Whitehead, M., & Dahlgren, G. (1991). What can be done about inequalities in health? *The lancet*, 338(8774), 1059-1063.
- WHO. (2020, 31 Desember 2020). *Coronavirus disease (Covid-19): Herd immunity, lockdowns and covid-19*. World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/herd-immunity-lockdowns-and-covid-19>

World Health Organization. (2015). *Health in all policies* (V. Stone, Ed.). World health organization.

Østrem, S. (2012). *Barnet som subjekt: etikk, demokari og pedagogisk ansvar*. Cappelen Damm Akademisk.

Øvregård, M. O. (2016). Hva er implementering? *utdanningsforskning.no*.
<https://utdanningsforskning.no/artikler/2016/hva-er-implementering/>

Utdanningsdirektoratet (2020). *Beredskapsplan: veileder om smittevern for barnehage*. Utdanningsdirektoratet: <https://www.udir.no/kvalitet-og-kompetanse/sikkerhet-og-beredskap/informasjon-om-koronaviruset/smittevernveileder/veileder-om-smittevern-for-barnehager/innledning/>

Os, E., Myrvold, T. M, Danielsen, O. A, Hernes, L, Winger, N. (2021) Håndtering og konsekvenser av koronautbruddet for barn og barnehager. Institutt for barnehagelærerutdanning blu by-og regionsforskningsinsituttet NIBR.
<http://tidliginnsats.forebygging.no/globalassets/rapport-koronabarnehage.pdf>

Nøkleby H, Berg RC, Muller AE, Ames HMR. *Konsekvenser av covid-19 på barn og unges liv og helse: en hurtigoversikt*. 2021. Oslo: Folkehelseinstituttet

Øvergård, M. O (2016) Hva er implementering? *Læringsmiljøsenderet*.
<https://utdanningsforskning.no/artikler/2016/hva-er-implementering/>



Vil du delta i forskningsprosjektet «Sosial helse hos barnehagebarn i en pandemi med politiske restriksjoner»?

Formål

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å se hvordan politiske restriksjoner ble innført i barnehager, samt se til barns sosiale helse i forbindelse med Covid-19. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Prosjektet er en del av masterstudiet folkehelsevitenskap ved Universitetet i Agder. Førsteamanuensis Migle Helmersen ved UiA, samt førsteamanuensis Laila Nordstrand Berg ved Høgskolen på Vestlandet er mine veiledere og er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du får spørsmål om å delta i dette prosjektet på grunnlag av ditt yrke som barnehageansatt. Prosjektet ønsker barnehageansattes perspektiver på implementering av restriksjoner, samt barns sosiale helse under pandemien. Grunnen til valget av informanter er barnehageansattes nærhet til barna under pandemien, samt egenopplevde erfaringer med implementering av restriksjoner i barnehage.

Hva innebærer det for deg å delta?

Som informant i dette prosjektet vil det være individuelle samtaler med enkelte spørsmål knyttet til problemstillingen. Intervjuet er tiltenkt å vare i ca 1 time, men kan avbrytes når som helst om det er ønskelig. Føler du ikke at du har fått delt dine tanker innen gitt tid, vil det selvfølgelig være åpent for at intervjuet varer lengre.

Intervjuene vil være anonyme. Jeg ønsker likevel å informere om at det vil bli benyttet en lydopptaker under intervjuet. Dette for at opplysningene du kommer med ikke skal bli glemt.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg om du ikke ønsker å delta eller senere velger å

trekke deg. Intervjuet til ikke påvirke forholdene på din arbeidsplass, og du vil ikke måtte stå til rette for dine opplysninger.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Opplysningene fra deg vil bare bli brukt til formålene som er har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

- Det er kun jeg som student og mine veiledere som vil ha tilgang til opplysningene som kommer.
- Intervjuet vil oppholdes på en datamaskin med passord som bare forfatter har tilgang til. Opptakene av intervjuet vil slettes etter at prosjektet ferdigstilles.
- Du som deltaker i dette prosjektet vil ikke kunne gjenkjennes i masteroppgaven. Lyd transkriberes til tekst, og informanter anonymiseres..

Hva skjer med personopplysningene dine når forskningsprosjektet avsluttes?

Prosjektet vil etter planen avsluttes 15.mai 2023. Etter prosjektslutt vil datamaterialet slettes.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysningene du kommer med basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Universitetet i Agder har Personverntjenester vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
- å få slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

Hvis du har spørsmål knyttet til Personverntjenester sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- Personverntjenester på epost (personverntjenester@sikt.no) eller på telefon: 53 21 15 00.
- Forfatter for prosjektet på epost: Julie.Ramlo1@hotmail.com tlf: 99229809
- Veileder for prosjektet på epost: migle.helmersen@uia.no tlf: 38142031
- Personvernombud på UiA på epost: personvernombud@uia.no

Med vennlig hilsen

Student: Julie Ramlo

Veileder: Migle Helmersen

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «sosial helse hos barnehagebarn i en langvarig pandemi med politiske restriksjoner», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

• å delta i intervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

----- (Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 2: Intervjuguide



Covid-19 restriksjoner og sosial helse i barnehage

Introduksjon

Tusen takk for din deltakelse til dette prosjektet.

Mitt navn er Julie Ramlo. Jeg studerer master i folkehelsevitenskap ved Universitetet i Agder, og intervjuer deg i dag som en del av mitt masterprosjekt om implementering av covid-19 restriksjoner og sosial helse i barnehage.

Intervjuet vil inneholde spørsmål knyttet til implementeringen av restriksjoner på din arbeidsplass, og hvordan dette opplevdes for deg og barna.

Intervjuet er anonymt, og dine ytringer vil ikke ha noen konsekvens for deg, eller kunne spores tilbake til deg.

Det vil bli benyttet en lydopptaker, slik at informasjon som kommer frem ikke går tapt. Dette lydopptaket vil oppbevares på PC med passord som kun jeg har tilgang til. Lydopptaket vil slettes etter prosjektslutt. Ønsker du å trekke deg fra prosjektet underveis vil lydopptaket slettes med en gang.

Det er satt av 1 time til intervjuet, men du kan avslutte akkurat når du måtte ønske. Ønsket med intervjuet er en åpen samtale om egne tanker og meninger om temaet sosial helse. Med sosial helse mener jeg kontakt og interaksjon med jevnaldrende barn, samt kontakt med ansatte i barnehagen. Videre hvordan utvikling, lek og aktivitet fungerte under restriksjoner.

Spørsmål til intervjuet

1. Dersom du tenkte tilbake til den første fasen av Covid-pandemien, kan du huske noen endringer som ble innført og gi meg en beskrivelse av disse?
 - Hvem var det som initierte disse endringene?
 - Kan du huske hva som var argumentet for endringene?
2. Som beskrevet i informasjonsskrivet, så vil jeg undersøke endringen i barnehagen og hvordan dette påvirket barnas sosiale helse.
 - Forstår du begrepet «sosial helse»? Om ikke vil jeg forklare hva oppgaven legger i begrepet.
 - Hvordan forstår du det?

3. Implementering av tiltak i barnehage
 - Hvordan opplevde du kommunikasjonen mellom politikere, ledere og ansatte var ved innkjøring av restriksjoner? (retningslinjer for barnehager)
 - Hvordan gjennomførte dere implementeringen i barnehagene?
 - Hvordan opplevdes dette for deg?
 - Har du noen tanker om hvordan dette opplevdes for barna?

4. Hvordan synes du trafikklysmodellen fungerte for barna i barnehagen?
 - Hvordan håndterte dere trafikklysmodellen?
 - Hvilke tanker gjorde du deg om tiltakene som fulgte i de forskjellige stadiene i trafikklysmodellen med hensyn til barna?

5. Det ble etablert små kohortgrupper under pandemien. Hvordan fungerte dette i din barnehage?
 - Merket du noen forskjell hos barna i overgangen fra store kohorter til små?
 - Hvordan opplevde du samspillet mellom barna?
 - Hvordan var barnas samspill med de ansatte?

6. Har du noen tanker rundt barnas opplevelse av tiltakene?
 - Henting og levering i barnehage
 - Munnbindbruk
 - Vasking av hender
 - Færre venner i lek
 - Kortere åpningstider i barnehage

7. Har du noen tanker om hvordan barna opplevde en «normal» hverdag etter tiltakene?
 - Forholde seg til store kohorter
 - Mindre fokus på smittefare

8. Hva opplevde du som positivt i forhold til barnas sosiale helse under koronapandemien?

- Har du noen negative opplevelser?

Til slutt

Hvilke opplevelser og tanker sitter du igjen med når du ser tilbake på to år med restriksjoner? Er det noe mer du ønsker å si eller legge til før vi avslutter?

Vedlegg 3: NSD/Sikt- godkjenning

Vurdering av behandling av personopplysninger

Referansenummer

533827

Vurderingstype

Standard

Dato

14.12.2022

Prosjekttittel

Sosial helse hos barnehagebarn i en langvarig pandemi med politiske restriksjoner.

Behandlingsansvarlig institusjon

Universitetet i Agder / Fakultet for helse- og idrettsvitenskap / Institutt for ernæring og folkehelse

Prosjektansvarlig

Migle Helmersen

Student

Julie Ramlo

Prosjektperiode

01.11.2022- 15.05.2023

Kategorier personopplysninger

Alminnelige

Lovlig grunnlag

Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)

Behandlingen av personopplysningene er lovlig så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det lovlige grunnlaget gjelder til 15.05.2023.

Kommentar**OM VURDERINGEN**

Personverntjenester har en avtale med institusjonen du forsker eller studerer ved. Denne avtalen innebærer at vi skal gi deg råd slik at behandlingen av personopplysninger i prosjektet ditt er lovlig etter personvernregelverket. Personverntjenester har nå vurdert den planlagte behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at behandlingen er lovlig, hvis den gjennomføres slik den er beskrevet i meldeskjemaet med dialog og vedlegg.

VIKTIG INFORMASJON TIL DEG

Du må lagre, sende og sikre dataene i tråd med retningslinjene til din institusjon. Dette betyr at du må bruke leverandører for spørreskjema, skylagring, videosamtale o.l. som institusjonen din har avtale med. Vi gir generelle råd rundt dette, men det er institusjonens egne retningslinjer for informasjonssikkerhet som gjelder.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 15.05.2023.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

PERSONVERNPRINSIPPER

Personverntjenester vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet DE

REGISTRERTES RETTIGHETER

Personverntjenester vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13. Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18) og dataportabilitet (art. 20). Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

Personverntjenester legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32). Ved bruk av databehandler (spørreskjemaleverandør, skylagring,

videosamtale o.l.) må behandlingen oppfylle kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29. Bruk leverandører som din institusjon har avtale med. For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og eventuelt rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til oss ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde: <https://www.nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-enderinger-i-meldeskjema> Du må vente på svar fra oss før endringen gjennomføres.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

Personverntjenester vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Kontaktperson hos oss: Simon Gogl

Lykke til med prosjektet!

Vedlegg 4: FEK- Godkjenning



Julie Ramlo

Ref: [object Object]

Tidspunkt for godkjenning: 03/01/2023

Besøksadresse: Universitetsveien 25 Kristiansand

Søknad om etisk godkjenning av forskningsprosjekt - Sosial helse hos barnehagebarn i en langvarig pandemi med politiske restriksjoner - RITM0194490

Vi informerer om at din søknad er ferdig behandlet og godkjent.

Kommentar fra godkjenner:

FEK godkjenner søknaden under forutsetning om at prosjektet gjennomføres som beskrevet i søknaden. FEK kommenterer at det skal stå Ja i pkt. 2.2.3.

Hilsen

Forskningsetisk komite

Fakultet for helse - og idrettsvitenskap Universitetet i Agder

Vedlegg 5: Tematisk analyse- steg for steg

Identify and familiarize with data	Read the data and get familiar with the data type and content Check any mistakes in data recording or any loophole in data collection Check the overall credibility of data
Identify codes	Identify interesting elements in data Document anything that seems interesting Keep a documented trail of each step Document the main codes that you find in your data
Find themes in data	Look for themes in the data Document these themes Look for data that is relevant to each theme Keep record of each and every step
Finalize themes	Finalize your themes and their names Look for the data that can be analyzed under each theme
Review each theme	Review each theme for its credibility Check that no data is missing from being sorted in some theme Check that each theme should have a specific identity
Document analysis	Analyze the resultant themes and draw inferences Document data electronically or manually Make sure that no data that is important related to your research question is left unanalyzed.

Figur hentet fra: (Braun & Clarke, 2006)