

Tittel: Kunnskap om psykiske lidelser og stigma av Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning. Hva mener lærere og helsesykepleiere i Norge om nytten?

Engelsk: Knowledge about mental disorder and stigma by Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning.  
What do teachers and health nurses from Norway feel about the benefits?



Det helsevitenskapelige fakultet

Master i Rus og Psykisk helsearbeid

Masteroppgave (40 studiepoeng)

Student: Mary Darko Wersland

Veileder: Olav Thorsen

Dato: 01.06.21

Kandidat nr: 8546

Antall ord: 20959

## Forord

Arbeidet med masteroppgaven har vært en prosess som har gitt meg mye lærdom om hvordan forskning utvikles. Hvordan det er menneskeskapt og hvilke påvirkninger som kan ha betydning for den teorien som utvikles. Utover det kan det sies at selve forskningsprosessen til tider har vært utfordrende, men også inspirerende. I anledningen vil jeg takke de som har støttet meg på veien.

Jeg vil begynne med å takke informantene, fagpersoner, medlemmene i Psyk Opp, lærere og helsesykepleiere med deres bidrag, tid og åpenhet.

Jeg vil også takke veilederen min for, støtten, motivasjonen, og rådene som han har gitt. Det har vært til god hjelp, og hjulpet meg til å fullføre studiet. Jeg hadde ikke klart meg uten den støtten!

Jeg vil takke familien min, mann, mor, søsken, og venner for å ha stilt opp med barnepass etc i perioden. Jeg hadde ikke klart meg uten deres støtter.

Jeg vil også takke for min mann Erlend Wersland og Gazmend Berisha som har korrekturlest oppgaven min. Tusen hjertelig takk!

Sandnes 01.06.21

Mary Darko Wersland.

## Innhold

Forord.....	2
Sammendrag .....	6
1 Innledning.....	7
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	7
1.2 Problemstilling.....	9
1.3 Studiens hensikt .....	9
1.4 Avgrensinger.....	9
1.5 Litteratursøk .....	10
1.6 Oppgavens oppbygning.....	11
1.7 Begrepsforklaringer .....	13
1.7.1 Psykisk lidelse .....	13
1.7.2 Psykisk helse .....	13
1.7.3 Psykososialt .....	13
2 Teoridel.....	14
2.1 Psykiske lidelser hos barn og unge.....	14
2.2 Stiftelsen Psykiatrisk opplysningsarbeid om psykiske lidelser og redusere stigma. ....	15
2.2.1 Opplysningsarbeid .....	16
2.3 Offentlig stigma og selvstigma .....	17
2.3.1 Offentlig stigma. ....	17
2.3.2 Selvstigma.....	18
2.4 Stigma knyttet til HIV, demens og kreft. ....	19
2.4.1 HIV .....	19
2.4.2 Kreft .....	19
2.4.3 Demens.....	20
2.5 Skolen som arena for å forebygge psykisk lidelse.....	21
2.6 "Psykisk helse i skolen".....	22
2.7 "Hva er det med Monica" .....	23
2.8 "Alle har en Psykisk helse" .....	23
2.9 "Psykisk helsepedagogikk" .....	24
2.10 "Folkehelse og livsmestring i skolen" .....	24
2.11 Psykisk helsefremmende programmer i andre nordiske land.....	25
2.12 Forskning om opplæring og implementering av psykisk helse programmer.....	27
2.13 Lærer, helsesykepleiere rollen, og implikasjoner ved implementering av Psykisk helse i skolen.28	
2.13.1 Lærer rollen opp mot ungdommer.....	28

2.13.2	Helsesykepleierens rolle.....	29
2.13.3	Implikasjoner av implementering av "Psykisk helse i skolen".....	30
3	Metode.....	31
3.1	Bakgrunn for valg av metode.....	31
3.2	Vitenskapsteori- fenomenologi og hermeneutisk tradisjon.....	32
3.3	Utvalg.....	33
3.3.1	Rekruttering av informanter.....	34
3.3.2	Utvalgsriterier:.....	35
3.4	Datainnsamling.....	36
3.4.1	Intervjuguide.....	37
3.4.2	Fokusgruppeintervju.....	39
3.5	Transkribering.....	40
3.6	Analyse.....	41
3.7	Forskningsetiske overveielser.....	43
3.8	Kritisk refleksjon.....	44
3.8.1	Refleksivitet.....	45
3.8.2	Relevans.....	46
3.8.3	Validitet.....	47
4	Resultatene.....	50
4.1	Bakgrunnsopplysninger av informantene.....	50
4.2	Presentasjon av funnene.....	50
4.2.1	Undervisningsprogrammene, skriftlig materiale, sosiale medier og ved skolens arena. 50	
4.2.2	Strategier for å formidle kunnskap om psykiske lidelser og redusere stigma.....	51
4.2.3	Temaer i undervisningen er rettet mot lærernes behov.....	52
4.3	Hensikten med kompetansehevingen er tidligoppdagelse og å bryte ned stigma.....	53
4.4	Psyk Opp har nådd mål med «Psykisk helsepedagogikk», «Hva er det med Monica», «Alle har psykisk helse», «Skoledagene» og «Folkehelse og livsmestring i skolen».....	54
4.5	Funn hos lærere og helsesykepleiere.....	55
4.5.1	Bakgrunnsopplysninger hos lærere og helsesykepleiere.....	56
4.6	Kunnskap om psykiske lidelser styrker forståelsen slik at det tas på alvor og gir trygghet. Ungdommer med psykiske lidelser blir ivaretatt.....	58
4.6.1	Ungdomshistoriene tas på alvor.....	58
4.6.2	Kunnskap styrker trygghet i møte med ungdommer.....	59
4.6.3	Ungdommer med psykiske lidelser blir ivaretatt.....	60
4.7	Være tilgjengelig og normalisere psykiske lidelser.....	61
4.7.1	Tilgjengelighet.....	61

4.7.2	Normalisering .....	62
4.8	Psyk Opp har nådd mål for kompetanseheving, men har forsvunnet fra scenen.....	63
4.8.1	Oppdatert kunnskap har vært nyttig.....	64
4.8.2	Lenge siden kurs med Psyk Opp .....	65
4.8.3	Psykisk helse er noe for alle lærere.....	66
4.8.4	Undervisningspermene .....	67
5	Diskusjon .....	68
6	Konklusjon .....	77
7	Referanser .....	80
8	Vedlegg.....	84
8.1	Vedlegg 1: Svar fra NSD.....	84
8.2	Vedlegg 2: Invitasjonsbrev .....	86
8.3	Vedlegg 3: Intervjuguide .....	90
8.4	Vedlegg 4: Eksempel fra analysen.....	98

## Sammendrag

Hensikten med studien var å undersøke hvordan Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning (Psyk Opp) mener de har påvirket kunnskap om psykiske lidelser og redusert stigma blant lærere og helsesykepleiere i Norge. Videre hvordan mener lærere og helsesykepleiere at kompetansehevingen har påvirket deres kunnskap i møte med ungdommer med psykiske lidelser. For sammenligning ville vi også finne ut hvordan andre nordiske land arbeider med kompetanseheving om psykiske lidelser hos lærere og helsesykepleiere. Vi ville se på likhetstrekk mellom kunnskap og stigma relatert til HIV, demens og kreft.

Teoretisk perspektiv bygges på begreper utledet fra problemstillingen og tolkning av datamaterialet.

Kvalitative forskningsmetode, med semistrukturert intervju og fokusgruppeintervju er blitt benyttet for datainnsamling.

Systematisk tekstkondensering av Malterud. K er blitt anvendt for analysen av datamaterialet.

Målet med oppgaven var å tilføre kvalitetsforbedring.

Funnene i studien viser at Psyk Opp påvirker kunnskap om psykiske lidelser og reduserer stigma gjennom undervisningsprogrammet «Hva er det med Monica», «Alle har en Psykisk helse», «Psykisk helsepedagogikk», Folkehelse og livsmestring i skolen, og «kurs», «skriftlige materialer» samt undervisningsmapper. Hos lærerne og helsesykepleiere viser funnene at kompetanseheving om psykiske lidelser, påvirker slik at de har mindre stigma i møte med ungdommer som sliter psykisk. Lærerne mener at Psyk Opp må være tydeligere på at psykisk helse er noe for alle lærere. Helsesykepleierne mener at det er lenge siden de var på kurs med Psyk Opp, og det er funnet indikasjoner på at helsesykepleiere har behov for mer kompetanseheving. Undervisningsmappene brukes i liten grad.

## 1 Innledning

Innledningsvis redegjøres forekomsten av psykiske lidelser blant unge og barn i Norge, for å gi et bilde av relevansen til Stiftelsen Psykiatrisk Opplysnings arbeidet.

### 1.1 Bakgrunn for valg av tema.

Det er antatt at cirka 7% av barn i førskolen og skolealderen har symptomer som ligner psykiske lidelser. 5 % av barn og ungdom i alderen 0-17 år har behov for behandling i psykisk helsevern. Gutter har høyest sannsynlighet for å utvikle atferdsforstyrrelse slik som ADHD, autisme og Tourettes syndrom. Fra ungdomstiden og videre i det voksenlivet er det flere som utvikler depresjoner, angstlidelser, tilpasningsforstyrrelser og spiseforstyrrelser hos jenter. Utviklingen av hvor mange som får diagnoser i BUP fra 2011 til 2016, viser at jenter mellom 15-17 år har steget med 5- 7 prosent hvert år. Det vil si at psykiske lidelser øker (A Reneflot et al.).

I Norge er satsningen på å fremme psykisk helse hos barn og unge til å kjenne i mange nasjonale føringer og lovverk. For eksempel i Stortingsmelding Nr.16 (2002-2003) beskrives det strategier for et sunnere Norge ved å forebygge snarere enn å reparere. Et av satsningsområdene er psykisk helse hos barn og ungdom (Helse- og omsorgsdepartementet, 2002). Ifølge opptrappingsplanen (2019-2024) beskrives det at skolens ansatte skal øke sin kompetanse for å kunne iverksettes tidlig tiltak og at de unge skal bli møtt med faglig tjenester. Videre at å investere i barn og unges psykiske helse tjener den enkelte, men også samfunnets, og ikke minst bidrar til å gi barnet et godt grunnlag for voksenlivet. Dette i samarbeid med blant annet Helse -og omsorgsdepartementet og Kommunal og moderniseringsdepartementet (Helse -og omsorgsdepartementet, 2019). Opplæringsloven beskriver at skolen skal bidra til et trygt og godt psykososialt miljø for å fremme trivsel og læring hos barn og unge (Opplæringslova,1998). Som et ledd av dette er det mange psykisk helsefremmende undervisningsprogrammer i Norge.

I Norge er det mange undervisningsprogrammer som får støtte fra tilskuddsordningen, ved å innføre Psykisk helse i skolen, hvor denne ordningen styres av Helsedirektoratet. Psykisk helse i skolen har som målsetting å styrke elevens psykiske helse, læringsmiljø, økt

kompetanse, tidlig innsats, og tjenester for barn og unge. Målgruppen til disse programmene er alle elever, elever med psykiske lidelser, lærere og skoleledelsen (Gjerustad, Smedsrud & Federici, 2019).

Stiftelsen Psykiatrisk opplysning administrerer undervisningsprogrammet «Hva er det med Monica» og målgruppen er lærere, rådgivere, sosiallærere, helsesykepleiere, PPT- tjenesten og alle faggrupper i skolen som arbeider med elever og videregående skole (Andersson et al., 2009; Skogen, Pedersen, Mikalsen & Haga, 2014). Hva er det med Monica kurset har som målsetting å hjelpe lærere til tidlig oppdagelse av sykdomstegn hos de unge, samt gi dem trygghet og kunnskap til å håndtere elever som sliter med angst, depresjon, spiseforstyrrelse og andre former for psykiske lidelser (Skogen et al., 2014). Gjennom dette programmet skal lærerne får økt kunnskap om psykiske utfordringer, og mestre rådgivning til elever med psykiske lidelser. Kunnskapen om psykiske lidelser, skal bidra til at lærere skal kunne tilrettelegge undervisningssituasjoner for elever, og bedre samarbeidet mellom skole og andre støtteapparater (Andersson et., al 2009). Videre at elever skal få kunnskap om hvor de kan henvende seg for å få hjelp, enten hos kontaktlæreren eller helsesykepleier (Helsedirektoratet, 2017).

Stiftelsen Psykiatrisk opplysning er programeier for «Alle har en psykisk helse», Psykisk helsepedagogikk og Skoledagene- beregnet for russen. De er pådriveren bak Folkehelse og livsmestring som nå er en del av læreplanen. Denne måten å drive opplysningsarbeid om psykiske lidelser på, er med på å redusere stigma og har dermed et antistigma perspektiv (Dybvig, Jensen, Johannessen & Psykiatrisk opplysning, 2009).

En studie i Norge viser at stigma finnes blant ungdom, ved oppsøking av hjelp for psykiske lidelser, og det etterspørres hvordan man kan redusere stigma-relaterte psykiske helseproblemer (Tharaldsen, Stallard, Cuijpers, Bru & Bjaastad, 2017). Kunnskapshullet som dette viser, gir anledningen til å utforske området, ved å henvende seg til Psyk Opps fagpersoner og medlemmer, og deres målgruppe for å finne svar.

Det videre arbeidet med denne Masteroppgaven er å finne ut hvordan andre nordiske land arbeider med å påvirke kunnskap og redusere stigma om psykisk lidelser hos helsesykepleiere og lærere, slik at man kan se likhetstrekk, eventuelt hva som gir mest hensiktsfulle utsikter. I tillegg vil vi se på likhetstrekk mellom kunnskap og stigma relatert til HIV, demens og kreft. Masteroppgavens funn tenkes å være av lokal interesse for Psyk Opp, som del av arbeidet med kvalitetsforbedring. Med dette som bakgrunn, utformes problemstillingen under.



## 1.2 Problemstilling

- Hvordan mener fagpersonene og medlemmene i Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning at Psyk Opp har påvirket kunnskap om psykiske lidelser og redusert stigma hos lærerne og helsesykepleiere?

- Hvordan mener lærere og helsesykepleiere at kompetansehevingen har påvirket deres kunnskap i møte med ungdommer med psykiske lidelser?

## 1.3 Studiens hensikt

Målet er for å få ny kunnskap som kan bidra til kvalitetsforbedring i Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning arbeid for å påvirke kunnskap om psykiske lidelser og redusere stigma hos målgruppen.

## 1.4 Avgrensinger

Avgrensing i oppgaven er begrenset til å handle om Stiftelsens Psykiatrisk Opplysninger og deres målgruppe. Målgruppen som deltok i denne oppgaven var rådgivere, sosiallærere og PPT- tjenester, helsesykepleiere og miljøarbeidere i Norge. I oppgaven skilles målgruppen i to, og omtales som helsesykepleiere og lærere. Miljøarbeideren inkluderes som lærere, for å gjøre fremstillingen enklere. I selve tolkningen og diskusjonen blir lærernes tilleggstittel, slik som sosiallærer eller PPT-tjenesten benyttet for å fremheve poenger. Studien vektlegges å presentere lærernes og helsesykepleiere rollen i møte med ungdommer med psykiske lidelser, fordi flertallet av målgruppen i denne studien har denne bakgrunnen. Valget med ulike profesjoner var for å se likheter og ulikheter i svarbesvarelsene deres. Når begrepet målgruppen brukes gjelder det informanter, som lærere og helsesykepleiere.

## 1.5 Litteratursøk

For å identifisere litteratur til oppgaven, er det blitt gjort søk i skolens databaser som for eksempel Akademisk Search Premier og Medline. Litteratur om hvordan lærerne og helsesykepleierenes mener kompetanse om psykiske lidelser påvirket dem i møte med ungdommer, har følgende søkeord blitt brukt: Sweden or Finland or Denmark or Norway or Scandinavia AND mental health in school AND teacher\* or health nurse\*. Når det gjelder kompetanseheving om psykiske lidelser i de andre nordiske landene: Sweden or Finland or Denmark or Scandinavia AND mental health promotion AND teacher\* or health nurse\* or student\*. Ved HIV, demens og kreft: HIV or dementia or cancer AND knowlegde or education or understanding or awarednes AND stigma AND Scandinavia or Norway or Sweden or Denmark. Søkene er ikke blitt begrenset etter noen gitte tidsrom, fordi vi ønsket å se hva som fantes av litteratur som kunne være relevant for studien. Likevel har nyere artikler blitt prioritert i utvelgelsen. "Snøballmetode" for å finne litteratur ble benyttet. Dette innebærer at man bruker den gjennomgåtte artikkelens referanser, for så å finne andre relevante referanser. For eksempel ble referanser av Tharaldsen et al. (2017) og Malterud (2017) benyttet på den måten. Google Scholar er blitt benyttet for å finne noen artikler.

## 1.6 Oppgavens oppbygning

I innledningen ble det presentert bakgrunn for valg av tema og problemstilling. For å gi forståelse av begrepet psykiske lidelser utledet fra problemstillingen, starter oppgaven med å redegjøre for definisjonen av dette samt psykisk helse og psykososialt. Disse begrepene brukes ofte i oppgaven, og definisjon tenkes å lette forståelsen.

I oppgavens andre del, gjøres rede for psykiske lidelser blant unge og barn. Dette for å forstå hvordan psykiske lidelser kan opptre hos dem. Det presenteres hvordan Psyk Opp arbeider med opplysning om psykisk lidelser og reduserer stigma. Videre hvorfor begrepet stigma må bekjempes. Vi lærer at stigma er forbundet med psykiske lidelser, HIV, demens og kreft. Videre at manglene kunnskap kan føre til at folk ikke oppsøke hjelp. Vi presenterer hvorfor skolen regnes som arena for å forebygge psykiske lidelser blant ungdommer, og Psykisk helse i skolen. En presentasjon av hvordan de andre nordiske landene arbeider med psykisk helsearbeid blir redegjort. Forventninger om lærernes og helsesykepleieres roller i møte ungdommer med psykiske lidelser redegjøres. Hvordan lykkes med implementering av psykisk helse i skolen beskrives.

I oppgavens tredje del beskrives grunn for valg av kvalitative metoder med forberedelser. Vitenskapsteori, datasamlingen, analyse og forskningsetiske overveielser. I tillegg presenteres refleksivitet, validitet og relevans. Hvor hele metoddelen er ment å gi leseren et grunnlag, for selv å vurdere oppgavens gyldighet.

I oppgavens fjerde del, presenteres oppgavens funn fra fagpersoner, lærere, og helsesykepleiere. Hvor funnene samsvarer med intervjuguidens temaer.

I oppgavens femte del diskuteres funnene, oppimot teori og intensjonen er rettet mot å besvare oppgavens to problemstillinger. Diskusjonen begynner med å sammenligne undervisningsprogrammer i Norden med Norge (Psyk Opp).

I oppgavens sjette del blir konklusjonen gjort, her trekkes trådene i oppgaven sammen for å svare på problemstillingen.

Oppgaven avsluttes med å presentere referanseliste og vedlegg knyttet til oppgaven.

Til informasjon: i oppgaven brukes elev og ungdom om hverandre siden mye av tidligere forskning er gjort mot elever i ungdomsalder. Men i denne oppgaven er ungdom brukt siden det omfavner en større gruppe.

## 1.7 Begrepsforklaringer

### 1.7.1 Psykisk lidelse

Betegnelsen psykisk lidelse brukes når det foreligger tegn som inngår i diagnostiske kriteriene (Helse -og omsorgsdepartementet, 2019). De mildere psykiske plagene omfatter fobier, angst og depresjoner, og de alvorligere er tilstander som schizofreni. Psykiske lidelsene påvirker tankene våre, følelsene, måten vi oppfører oss og samhandler med andre (Mykletun, Knudsen & Mathiesen, 2009).

### 1.7.2 Psykisk helse

WHO (2014) beskriver psykisk helse som en tilstand av velvære, hvor personen kan se hva den klarer i møte med normale utfordringer i livet. I tillegg å kunne være med å bidra som aktiv arbeidstaker i samfunnet. Med andre ord, har du psykisk lidelse vil det gi deg en form for belastning, og påvirker din psykiske helse.

### 1.7.3 Psykososialt

Psykososialt handler om å forstå de ytre sosiale erfaringene rundt individet, og i tillegg de sensitive indre opplevelsene (Froggett, Ramvi & Davies, 2014).

## 2 Teoridel

### 2.1 Psykiske lidelser hos barn og unge

Psykiske lidelser hos barn og unge handler ofte om angst, tristhet, tvangstanker, stressreaksjoner og kroppslige symptomer slik som hodepine, magesmerter og skolevegring. For eksempel er skolevegring ofte forbudet med mye fravær og det kan ha sammenheng med angst. I skolen er det slik at symptomene på psykiske lidelser ofte overses. Dette kan skyldes at de ansatte ikke har ressurser til å identifisere den spesifikke psykiske lidelsen. Som regel er det helsesykepleier alene som gjør dette, ved å sammenfatte informasjon fra ungdommen, lærere og ungdommens foreldre (Haugland & Misvær, 2009). Ifølge Helsedirektoratet (2015) bør fagområdet om psykisk helsevern sette søkelyset mot normale utviklingsvansker, normal omsorgsproblemer og normale livskrise eller livslidelser. Slik at man kan unngå å sykliggjøre friske barn og unge. Videre for at de rette personene skal bli henvist og få oppfølging for sin sykdom. I samtalen med ungdommen er det viktig å normalisere og generalisere det de uttrykker for å redusere skyld, skam og stigma knyttet til dette. Erfarer ungdommen stigma kan de slutte å snakke eller endre kurs for samtalen (Haugland & Misvær, 2009). Dette vil si at det er viktig med kompetanse om psykiske lidelser hos lærere, og særlig helsesykepleiere, for å kunne identifisere tegn på psykiske lidelser hos ungdommen for å hjelpe. Samt for å skille mellom friskt og sykt psykisk sykdom. Dette for å unngå å sykliggjøre den friske, og konsekvenser kan bli at den som ikke trenger behandling blir henvist til det. Det er også viktig å snakke normalt om psykiske lidelser i møte med ungdommen for å redusere stigma.

## 2.2 Stiftelsen Psykiatrisk opplysningsarbeid om psykiske lidelser og redusere stigma.

Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning (Psyk Opp) er en stiftelse som arbeider innen psykisk helse og psykiske lidelser - nasjonalt og internasjonalt. Med mål om åpenhet, informasjon og kunnskap om psykisk helse og psykiske lidelser. Stiftelsen har tre viktige områder; Forlag, kurs- og konferanse samt informasjonsarbeid (Psyk Opp, 2019). De utgir litteratur for å øke forståelse om psykiske helse og redusere stigma (Skogen et al., 2014). Psyk Opp driver også med kurs og konferanser, og regnes som Europas største innenfor det. Stiftelsen regnes også som den største forlagsvirksomhet innen bøker og hefter om psykiske lidelser i Norden (Skogen et al., 2014). De utgir fagbøker, skjønnlitteratur, og tilbyr forskjellige undervisningsopplegg (Dybvig, Jensen, Johannessen, et al., 2009). De som arbeider i Psyk Opp er styret og ansatte ved lokalet butikk. Hva er det med Monica kurset er gratis for skolene (Bjørknes, 2012). Referert i Bjørknes (2012) til Bjelland (2012) at Psyk Opp leier inn spesialister som kjenner faget sitt til å forelese i programmet Hva er det med Monica. Spesialistene er psykiatere, psykologer, sosiologer og pedagoger. Slik som målsettingen til Psyk Opp beskriver, påvirker de med kunnskap om psykiske lidelser og reduserer stigma gjennom forlagsvirksomhet, konferanser, undervisningsprogrammer og drives nasjonalt og internasjonalt. Med andre ord påvirker de bredt med kunnskap om psykiske lidelser og redusere stigma blant allmennheten og ved skolens arena.

### 2.2.1 Opplysningsarbeid

Ifølge Dybvig, Jensen, Johannessen, et al. (2009) er det å formidle kunnskap en viktig del av antistigma arbeidet. Folk kan få kunnskap om sine lidelser gjennom, informasjon, kurs, bøker og internett. Mangel på kunnskap om psykiske lidelser kan resultere i nedlatende holdning, knyttet til stigma i samfunnet. Økt kunnskap kan bidra til å redusere frykten for det ukjente. Arbeidet mot stigmatisering er viktig for å bekjempe diskrimineringen og likeverdsprinsippet, og trenger enormt med innsats. Det er mange land som arbeider mot stigmatisering.

Antistigma programmer har som mål å nå folk med kunnskap, slik at de forstår alvorlige lidelser, symptomer og kan søke hjelp tidlig. Stigmatisering resulterer i at folk ikke skaffer seg hjelp, på grunn av skamfølelse. Skamfølelsene kommer av at man betrakter seg selv, som de negative forestillinger med stigma. Åpenhet om psykiske lidelser gjennom antistigma opplysningsarbeid, kan hjelpe usatte grupper til å komme i kontakt med behandling. Dermed kan en hindre forverring av en sykdom (Dybvig, Jensen, Johannessen, et al., 2009). Det å formidle kunnskap om psykiske lidelser er viktig, for å skape åpenhet i samfunnet og mange land har målet om det. I tillegg slik at folk kan identifisere symptomer hos seg selv og andre og deretter søke hjelp. Mangel på kunnskap kan føre til stigma i samfunnet og en konsekvens av det er at den utsatte ikke søker hjelp. I tillegg ikke får sin rettferdighet som likestilt samfunnsborger.



## 2.3 Offentlig stigma og selvstigma

### 2.3.1 Offentlig stigma.

Stigma kan forklares med de negative egenskapene som vi forbinder med en person. Når vi tilegner personene egenskaper, plasserer vi dem som en gruppe som hører sammen, og kan ekskludere dem, fordi de er annerledes enn det vi er vant med (Dybvig, Jensen & Johannessen, 2009). En kan bruke uttrykket «vi og dem». Disse oppfatningene og kategoriseringene som vi gir disse menneskene forklares med begrepet stereotyper. Stigma og diskriminering er nært forbundet med hverandre. Fordi personene som blir stigmatisert assosierer seg med egenskapene knyttet til stigma, det er her skammen kommer til uttrykk. Samtidig som de kan bli usatt for diskriminering, altså urettferdig behandling i samfunnet. Dette betyr at samfunnet forbinder dem med de negative egenskapene til stigma. De blir sett ned på, inkluderes ikke i arbeidslivet eller sosiale sammenhenger (Dybvig, Jensen & Johannessen, 2009). Ifølge Corrigan (2004) betegnes dette som offentlig stigma. Offentlig stigma svekker personens mestringsfølelser, gir dårlig selvtillit og personen blir ikke likestilt i samfunnet (Corrigan, 2004; Dybvig, Jensen & Johannessen, 2009). Offentlig stigma er viktig å bekjempe for at de utsatte skal få sin rett, og for å ikke bryte ned individets selvbilde.

### 2.3.2 Selvstigma

Mennesker som lever med psykiske lidelser, kan noen ganger være vanskelig å se bare på det ytre. Men når lidelsen blir kjent kan det medføre stigmatisering. Opplevelsen av stigma, kan henge sammen med hva du blir utsatt for, og hvordan du selv er styrket til å håndtere de egenskapene hos deg selv som er forbundet med stigma. Dette handler om selvstigma. Selvstigma kan forstekes når du begynner å tro på de fordommene som folk tilegner egenskapene ved stigma (Dybvig, Jensen & Johannessen, 2009). Noe som kan resultere i negativt selvbilde og håpløshet (Corrigan, 2004). Igjen er det viktig å motarbeide stigma, slik at det ikke påvirker den utsatte. Men er den utsatte styrket på å mestre og håndtere disse negative egenskapene forbundet med stigma, kan det ha gevinster.

Ifølge Corrigan (2004) er det samspill mellom offentlig stigma og selvstigma. Påvirkes man av offentlig stigma, er man utsatt for å internalisere disse negative forestillingene og tenker jeg er slik. Skammen knyttet til stigma begrenser folk til å avsløre sin psykiske tilstand for å oppsøke hjelp. For å motvirke dette innebærer det å arbeide målrettet ved å gi folk kunnskap slik at de kan få troen på seg selv. Dette kan være ved kursing, informasjon til allmenheten, kunnskapsoppbygging, kontakt med folk som kan reflektere og være bevist om sine stereotype forestillinger om andre, og prøve å endre holdning (Dybvig, Jensen & Johannessen, 2009). Dette vil si at antistigma arbeid er viktig for kompetansebygging, samt å få troen på seg selv. Det å komme i kontakt med noen som setter ord på sine fordommer, kan hjelpe folk til å være bevisst om sine, og dermed endre holdning. Er det mindre stigma i samfunnet, kan det bli enklere for personen som er utsatt til å søke hjelp, og leve et verdig liv.

## 2.4 Stigma knyttet til HIV, demens og kreft.

### 2.4.1 HIV

En studie beskriver erfaringer til personer som lever med HIV, hvor det knyttes til selvstigma. Oppfattelsen av selvstigma opptrer ved tanke på hvordan disse personene tror samfunnets villet ha diskriminert dem, dersom de avslørte HIV- statusen sin. For eksempel forklarte en at han var redd for å avsløre sin HIV- status for partnere, på grunn av frykt for å bli diskriminert. Folk stakk av når de fant ut av det, sa han. Slike historier kommer frem i denne artikkelen. De var redde for å involvere mennesker i livet sitt, for da kunne de få kjentskap til sykdommen deres. I tillegg var de redde for å avsløre seg til helsepersonell. De har behov for å leve et normalt liv slik som andre med selvstendighet, respekt og verdighet, uten å bli sett på som annerledes på grunn av HIV- diagnosen (Mehdiyar, Andersson & Hjelm, 2020). En annen artikkel beskriver utvikling av kunnskap og holdninger til HIV positive fra 1987- 2011. Utviklingen viser at folk er blitt mer opplyst om hvordan HIV smitter og ikke. Frykt for å bli smittet er derfor blitt mindre takket være investeringer i HIV kampanjer. Folk er blitt mindre fordomsfulle mot HIV positive, det vil blant annet si at de inkluderer dem mer på arbeidsplasser enn tidligere. Samtidig er det fortsatt mye stigma knyttet til HIV positive, for eksempel i 2003 var det 29% som mente at HIV positive skjulte sin sykdom ved ny partner. I 2011 var det 40% som mente det samme (Plantin, Wallander & Mannheimer, 2017).

### 2.4.2 Kreft

En undersøkelse gjort blant minoritetskvinner i Norge, viste at kvinnes fordommer knyttet til kreft medførte at de ikke ønsket å oppsøke kontroll for livmorhalskreft. Disse kvinnene hadde flere barrierer som knyttet seg med skam for å oppsøke kontroll for livmorhalskreft. En barriere var fordi de var ugifte, regnes de i samfunnet for å være seksuell inaktive, dermed hadde de ikke grunn til å oppsøke tjenesten. Kvinnene manglet også kunnskap om sykdommen og fordelene med forebyggingen. For å nå de med informasjon, mente kvinnene selv at helsestasjoner eller fastleger kunne være gode informasjonskanaler (Gele, Qureshi, Kour, Kumar & Diaz, 2017)

### 2.4.3 Demens

Stigma hos en minoritets gruppe i Danmark, en studie beskriver at gruppen har manglende kunnskap om demens, noe som resulterte i at de ikke kunne identifisere symptomer på demens og dermed behov for behandling. I tillegg visste de ikke hvor de kunne søke hjelp, og om de gjorde og plasserte den rammende på et sykehjem, kunne kulturelle forutsetninger føre til reaksjon hos andre som blant annet hvorfor de ikke kunne ta hånd om sin syke mor. Stigma med demens var for eksempel knyttet til psykiske lidelser og galskap. På grunn av dette prøvde de å skjule symptomer til det siste. Videre på grunn av stigma knyttet til demens hadde familien omsorgen til den rammende uten faglig innsikt til å håndtere situasjonen. Likevel mente noen av deltakerne at de eldre hadde begynt å endre holdninger, på grunn av kunnskap som ble formidlet via TV om demens, og fra venner og familier som fortalte om familiemedlemmer som var diagnostisert med demens (Nielsen, Nielsen & Waldemar, 2020).

Samlet sett forteller dette at stigma er forbudt med andre typer sykdommer enn bare psykiske lidelser. En sentral ting som går igjennom hos disse sykdommene, er selvstigma. Hvor personen tenker hva offentligheten kan tenke hvis de for eksempel avslører sin sykdom, eller har behov for å oppsøke tjenester. De skjuler sykdommen for å unngå diskrimineringen. Manglende kunnskap kan føre til at man ikke søker hjelp, og med kunnskap til åpenhet og aksepterende holdning til den aktuelle sykdommen. Familien kan oppleve selvstigma på vegne av den rammende. Ulempene med dette kan hindre dem til å søke hjelp og behandling fra fagfolk, og sykdommen kan forverre seg. Når dette kan være så ødeleggende, kan det forstås hvorfor skolen regnes som arena for å forebygge psykiske lidelser og redusere stigma. Ifølge Adelman og Taylor (2009) er det viktig å innføre psykisk helse i skolen, fordi det bidrar til forbedringer, mulighet til å gripe inn, tidligoppdagelse, reduksjon av stigma og til bedre folkehelse (Adelman & Taylor, 2009).

## 2.5 Skolen som arena for å forebygge psykisk lidelse

Skolen er en viktig plass å forebygge psykiske lidelser, fordi mange ungdommer ferdes der og mulighetene for å nå de er derfor større. En annen årsak er, fordi mange ungdommer får de første symptomene på alvorlig lidelser i tenårene. Derfor er det viktig at de får informasjon for å søke tidlig hjelp. I andre rekke for å bekjempe stigma (Haugland & Misvær, 2009). Det faglige og sosiale forholdet på skolen er forbundet med ungdommenes psykiske helse. Derfor er det viktig at det er kompetente folk på skolen som har ressurser til å fange opp disse ungdommene med psykiske lidelser, og fremmer helse og miljø (Helland & Mathiesen, 2009). Ifølge Dalgard (2006) handler helsefremmende arbeid om å styrke helse i en positiv retning, ved å gi verktøy som kan bidra til at barn og unge kan møte livets utfordringer uten å bli syke. Å forebygge handler om å motvirke faktorer som kan føre til sykdom eller at lidelser oppstår (Dalgard, 2006).

## 2.6 "Psyisk helse i skolen"

"Psyisk helse i skolen" tilbyr lærere, helsesykepleiere og ungdommer undervisningsprogrammer som er utviklet på lettnivå for lærere og ta i bruk på barneskolen, ungdomskolen og i videregående skole. Programmene er utviklet i to deler, en til lærerne og de som arbeide med ungdommer og en til ungdommene selv. Disse programmene gir kunnskap slik at ungdommene får kjentskap til det lokale hjelpeapparatet, slik at de vet hvor de kan søke hjelp om psykiske lidelser. Programmet gir dem også informasjon om hvordan være venn for noen som har psykiske problemer. Lærere og andre i arbeid med ungdommer har ansvar for å henvise dem videre, til fastlegen for undersøkelse og behandling. Med hensikt om å få behandling raskt slik at en får muligheten til å fullføre skolen, i tillegg for å unngå rus. Det at skoleansatte er tilgjengelige signalisere for ungdommene at det ikke er stigmatiserende å ta kontakt (Haugland & Misvær, 2009). Programmene som er rettet mot skolen gir informasjon om symptomer, men også for å bygge opp kunnskap for å redusere stigma. I skolen regnes rådgivere som gruppen som har hovedansvaret for ungdommens psykiske helse (Dybvig, Jensen, Johannessen, et al., 2009). Dette vil si at innføringen av "Psyisk helse i skolen" retter seg mot å styrke ungdommen, lærere og andre som arbeider med ungdommer med kompetanse om psykiske lidelser slik at lærere kan hjelpe ungdommen, ungdommen seg selv og andre. Hovedsakelig så regnes rådgivere i skolen som ansvarlig for ungdommens psykiske helse.

I følge Helland og Mathiesen (2009) støtter de den nasjonale satsningen med «Psyisk helse i skolen» med tanke på at slike programmer kan hjelpe ungdommer med psykiske lidelser. Videre fordi ungdommene kan bli møtt med stigmatiserende atferd hos de skoleansatte. I en undersøkelse av Moses (2010) kommer det frem at ungdommer med psykiske lidelser opplever å bli møtt med stigmatiserende holdning av skoleansatte, hvor dette innebærer å bli urettferdig behandlet ved at de klandres og granskes for ting. I tillegg unngår skoleansatte disse ungdommene. Bedre forutsetting for ungdommer å søke hjelp er ifølge Chandra og Minkovitz (2007) når ungdommer opplever at skoleansatte er i stand til å hjelpe dem med de utfordringene de har, kan ungdommen få et positivt bilde av det søke hjelp. Hvilket har positivt virkning på andre ungdommer som hører om det. Dette kan bety at undervisningsprogrammer er viktige for at ungdommen kan få hjelp og motvirke stigma knyttet til psykiske lidelser hos de som arbeider med ungdommer. Når skoleansatte kan hjelpe, gir det positiv effekt hos ungdommen og andre til å søke hjelp.

## 2.7 "Hva er det med Monica"

Dette er et undervisningsprogram utviklet av Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning, og har et helsefremmende perspektiv med vekt på tiltak som kursing, kompetanseheving ved å øke kunnskap om psykisk helse hos lærere ved ungdomskolen og videregående skole. Hensikten er at lærere skal få større trygghet, og et grunnlag for å handle i møte med elever med psykiske problemer. Kurset er fordelt på to dager, og har vekt på temaer som angst, depresjoner, spiseforstyrrelser og ulike psykiske lidelser (Gjerustad et al., 2019).

## 2.8 "Alle har en Psykisk helse"

Stiftelsen Psykiatrisk Opplysninger eier og driver programmet «Alle har en Psykisk helse» hvor det har et helsefremmende perspektiv. Konseptet er utformet som en veiledning og undervisningsopplegg for lærere til å bruke i klassen, ved ungdomskolen.

Undervisningsopplegget baseres på prosjektoppgaver, hjemmeoppgaver og gruppearbeid hvor det arbeides med holdninger og fordommer knyttet til psykisk helse. Målet er å sette psykisk helse på dagsorden ved å øke kunnskap om begrepet psykiske lidelser og mestring. Videre har programmet intensjon om å tilføre de unge kunnskap, slik at de får kjentskap om hvor de kan søke hjelp for at de ikke skal utvikle psykiske problemer. Selv om lærere har ansvar for å undervise i programmet, forventes det ikke at de skal være en terapeut. De skal kunne lede prosjektet, være grensetter og tilrettelegger. Undervisningsopplegget er utformet i tre moduler, som går over 3 dager og beregnes til klassetrinn åttende, niende og tiende (Gjerustad et al., 2019).

## 2.9 "Psykisk helsepedagogikk"

"Psykisk helsepedagogikk" er et studietilbud utviklet av stiftelsen Psykiatrisk Opplysning for lærere i grunnskolen og videregående skolen, rådgivere, helsesykepleiere, miljøarbeidere og barnehagelærere som jobber med barn og ungdom. Med økningen av psykiske lidelser blant ungdommer i Norges samfunns, presenterer studien ulike kunnskap om psykiske lidelser, stigma og antistigma til målgruppen for å styrke kompetanse hos dem. Dette for at de kan møte og hjelpe ungdommer med psykiske utfordringer. Studien har søkelys på lærerrollen og hva hjelpeapparatet kan bestå med. Studiet gir innføring i tegn på psykiske lidelser, spiseforstyrrelse, depresjoner, angstlidelser, selvmordsforebygging og selvskading (Psyk Opp, 01.01.2020).

## 2.10 "Folkehelse og livsmestring i skolen"

Nytt tema inngår i den nye fagfornyelsen, nemlig "Folkehelse og livsmestring i skolen" (Gjerustad et al., 2019). Intensjonen i dette skal bidra til at barn og unge får kompetanse om psykisk og fysisk helse slik at de får det verktøyet som trengs for å kunne ta ansvarlige livsvalg, som handler om å mestre hverdagen og delta i samfunnets aktiviteter (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018). Når de kan mestre det, er det med på å opprette den gode psykiske helse og dermed folkehelsen. Gjennom "Folkehelse og livsmestring i skolen" skal elevene være rustet til å ta gode valg som er med på å gi psykisk velvære. Samtidig som de skal styrkes i å håndtere livets medgang og motgang og personlige utfordringer. "Folkehelse og livsmestring i skolen" gir kompetanse til læreren om temaet (Gjerustad et al., 2019).

Samlet sett viser disse programmene til å styrke lærere og elevens kompetanse om psykiske lidelser. Hvor læreren har et grunnlagt for å handle fra, samt eleven for å bedre sin psykiske helse.



## 2.11 Psykisk helsefremmende programmer i andre nordiske land.

Det ble søkt i forhold til lærere og helsesykepleiere om hvordan de andre nordiske landene arbeidet direkte mot denne gruppen, dessverre ga søket ingen treff. Derimot viser en rapport, Kolouh-Söderlund, Hertzberg, Hadnagy og Walke (2019) hvordan de nordiske land arbeider med å fremme elevens psykiske helse.

I Sverige satser en liten kommune på å innføre fysisk aktivitet i timen og friminuttene, for å styrke psykisk velvære hos elevene. For eksempel har de noe som heter "Friends at Break". Det er en ordnet aktivitet hvor det styres av lærere, og alle elever kan delta. Fordelen med det, er at elever som er alene i friminuttene kan delta. Videre har lærernes tilstedeværelse betydning for å oppdage hvordan elevene føler seg, og om det er noen som trenger oppfølging. Målet er å øke elevens trivsel og skolegang.

I Danmark innførte de et program som reduserte press på første års elever ved en videregående skole. Avlastningen innebar fjerning av karakter i hvert fag, og istedenfor gi en personlig vurdering. Dette ble en vellykket implementering, og skoleansatte sa at dette forbedret skolepresentasjoner og psykisk helse hos elevene. I utgangspunktet var dette en skole, hvor mange av elevene slet med stress, angst og spiseforstyrrelser. Innføringen førte til at fraværet sank og elevene som leverte inn skriftlige oppgaver økte. Elevene fikk bedre relasjon til lærere og stilte spørsmål, uten å måtte ta hensyn til at det påvirket karakteren. Dette ble så suksess at det i dag er ingen første års elev som får karakter, bortsett fra fag utenom studieplanen (Kolouh-Söderlund et al., 2019).

I Finland har de også iverksatt et obligatorisk psykisk fag i skolene fra år 2004. Faget underviser elever om å håndtere utfordringer som kommer med livet, for eksempel kronisk sykdom og unngår risikofylte aktiviteter. Faget regnes som første i Nordens skole (Kolouh-Söderlund et al., 2019).

På Island arbeider de etter en psykisk helsefremmende skole modell. Programmet baseres på å involvere hele samfunnet (ungdommer, lærere og foreldre og kommuner og helsetjenesten) til samarbeid for styrke helse, psykisk velvære og blant annet begrenser alkoholinntak hos ungdom. Programmet baserer seg på fysisk aktivitet og i timen blir det diskutert hvordan skolebarn har det. På den måte blir det synlig for skolebarn, at ikke de alene om å ha det dårlig (Kolouh-Söderlund et al., 2019). Samlet sett viser dette at de andre nordiske landene arbeider med å fremme psykisk helse i skolen, på lik linje som Norge- Psyk Opp. De har

gjere andre fremgangsmåter, men samme mål som Norge, fremme psykisk helse, trivsel og læring.

## 2.12 Forskning om opplæring og implementering av psykisk helse programmer.

Ifølge Andersson et al. (2009) om programmet «Hva er det med Monica», beskriver det at deltakelse har betydning for å identifisere elever med psykiske lidelser, underviser om det, gir trygghet i veiledning med elever og samarbeide med andre støttetjenester, for eksempel BUP. Videre at de som deltok i kurset var spesielt interessert i psykisk helse og var positive til å undervise (Andersson et al., 2009). Deltakelse har betydning for å kunne identifisere psykiske lidelser og samarbeide med andre, og kanskje de som deltar har spesielt interesse for faget.

En annen internasjonal forskning, viste resultatene fra et implementert opplæringsprogram om psykisk helse i flere skoler, til å gjøre lærerne mer oppmerksom på elever som var i risikozonen for å utvikle psykiske lidelser. Programmet ble anvendt i undervisning, og lærte elever om sine mulige sjanser for å ha psykiske lidelser. Dette bidro til at elever søkte hjelp fra lærere, relatert til deres bekymring om psykiske lidelser. Henvising av elever til vurdering av kvalifiserte helsepersonell økte betraktelig blant lærerne som underviste.

Implementeringen av psykisk helse i skolene bidro til at både lærere og elever fikk økt kunnskap om psykisk lidelser, noe som resulterte i holdningsendring hos elever i møte med andre som slet psykisk (Stanley Kutcher et al., 2017). Med andre ord så viser implementeringen til noe positivt med kunnskap og bevissthet om psykiske lidelser både hos lærere og elever. Man kan kjenne seg selv i beskrivelsene, søker hjelp og hjelper andre. Samtidig som den bidrar til holdningsendring, på grunnlag av at man forstår andre bedre.

En annen studie av Stan Kutcher et al. (2016) beskriver at kunnskap om psykisk helse er avgjørende for psykisk helsefremming, forebygging og redusering av stigma. Ved bruk av undervisningsprogram om psykisk helse i klassen, viste studien at lærere erfarte forbedringer i deres kunnskap om psykiske lidelser, hvor de kunne identifisere psykiske lidelser.

Kunnskapen bidro også til å øke trygghet ved gi råd til elever med psykiske lidelser. Videre bidro det til åpenhet, hvor mange elever søkte hjelp hos lærerne. I tillegg brukte lærerne kunnskapen til å hjelpe seg selv, andre og elever med psykiske lidelser. Lærerne fikk en forbedret holdning mot psykiske lidelser, og reduserte stigma. Dette forteller oss at undervisningsprogrammer i skolen er nyttige, fordi de gir kunnskap slik at forståelse om psykiske lidelser økes og reduserer stigma. Videre kan lærere og elever identifiserer tegn på psykiske lidelser, læreren hjelper eleven og seg selv, og eleven hjelper seg selv og andre. I tillegg gir det trygghet hos lærere til å veilede eleven med psykiske lidelser.

## 2.13 Lærer, helsesykepleiere rollen, og implikasjoner ved implementering av Psykisk helse i skolen.

### 2.13.1 Lærer rollen opp mot ungdommer

I følge Helland og Mathiesen (2009) har lærerne et ansvar for å fremme trivsel og forebygge psykiske lidelser blant ungdom. Lærere kan hjelpe til ved å oppfordre ungdommene til å søke hjelp hos helsesykepleiere eller noen andre med kompetanse på det området. Likevel vektlegges det at læreren også kan fange opp unge som har det psykisk vanskelig (Helsedirektoratet, 2017). Ifølge Helsedirektoratet (2018) bør barn og unge henvises når de har ett eller flere tegn på alvorlig psykiske lidelser. Dette kan for eksempel være hallusinasjoner eller vrangforestillinger. Det er viktig at læreren øker sin kunnskap om psykiske lidelser for å hjelpe og støtte elevene som har psykiske vansker. I tillegg forebygge stigmatiserende holdninger blant dem (Dybvig, Jensen, Johannessen, et al., 2009). Dette tyder på at det forventes ansvar hos lærere at de bør kunne ha kunnskap om psykiske lidelser for å fange opp ungdommer som sliter med psykiske lidelser. En opplevd situasjon av å stå imellom ansvaret for faglig og elevenes psykiske helse hos lærere, beskriver Ekornes (2017) at lærere opplevde «lærestress», med å ha ansvar for det faglig, og på toppen psykiske lidelser hos elevene. Det opplevdes som en byrde for noen av lærerne. Lærere som hadde tilleggsutdanning som spesialpedagogikk forstod sin del av kompetanse eller arbeidet, til å bidra til psykisk helsefremming. De hadde mindre negative følelser slik som bekymring og hjelpeløshet for elever med psykisk helseproblemer. Studien viste at opplevd kompetanse om psykiske lidelser var forbundet med deltakelse på psykisk helse programmer. Lærerne mente at de klarte å identifisere elever med psykiske lidelser, men noen hadde problemer med å komme inn på dem, på grunn av manglende kunnskap eller ressurser.

De fleste lærerne erkjente viktigheten av helsefremming av psykisk helse i skolen, men de hadde en konflikt med å fokusere på det faglige og ikke den akademiske oppgaven. Samlet sett, forteller dette oss dilemmaet som noen lærere kan stå ovenfor i skolen. Dette med forventet krav og manglende kunnskap, samt ressurser til å hjelpe ungdommen med psykiske lidelser. Lærere med tilleggsutdanning virker til å håndtere ungdommer med psykiske lidelser bedre. I tillegg har opplevd kompetanse en betydning for deltakelse av et undervisningsprogram.

### 2.13.2 Helsesykepleierens rolle

Hovedmålsettingen i det trivsel- og helsefremmende arbeidet i skolen er å øke kvaliteten på læring og legge til rette for at skolen blir en trygg arena som kan gi den enkelte ungdommen en opplevelse av å mestre hverdagen, i tillegg har det vært viktig for skolen å samarbeide med skolehelsetjenesten, herunder helsesykepleier for å være med i det helsefremmende arbeidet (Haugland & Misvær, 2009). Samarbeidet sikrer mulighetene til å fremme, forebygge og oppdage psykiske lidelser hos barn og unge, og tilby dem hjelp. Helsepersonell ved helsestasjonen og skoletjenesten har krav om kompetanse for å hjelpe barn og unge som har psykiske lidelser. De skal kunne vite hvor de skal melde ifra og hjelpe til å følge opp barn og unge i risikosonen (Helsedirektoratet, 2017). Ifølge Gjerustad et al. (2019) beregnes programmet VIP (veiledning og informasjon om psykiske helse i skolen), rettet mot helsepersonell og skoleansatte på kompetanseheving om faget, i forhold til elev.

Ifølge en norsk studie av Skundberg-Kletthagen og Moen (2017) regnes helsesykepleiere som fagpersoner på skolen, til å gi tidlig psykisk hjelp til ungdom. Det beskrives at 60 % av helsesykepleiere hadde en jobb forbundet med 50% psykiske helseproblemer.

Helsesykepleiere erkjente at de hadde en viktig funksjon i møte med ungdommene, og poengterte at det var viktig at de er tilgjengelig for dem. Tilgjengelighet i denne forstand betyr å ha en åpen dør slik at ungdommene vet at det er lav terskel for å oppsøke dem. I denne undersøkelsen hvor hensikten var å utforske helsesykepleierens erfaringer med unge mennesker med psykiske lidelser, beskrev helsesykepleiere at de manglet opplæring når det gjaldt psykiske problemer hos de unge. De behøvde et verktøy som de kunne bruke i møte med ungdom med psykiske lidelser. Helsesykepleierne manglet erfaring med å jobbe med psykiske problemer i forebygging og fremme psykiske helse.

### 2.13.3 Implikasjoner av implementering av "Psykisk helse i skolen"

Skolen som arena for å forebygge og fremme psykisk helse. Satsningen for å øke kunnskap er rettet mot programeierens bistand i det. Ifølge Gjerustad et al. (2019) beskriver det at programeieren går frem for å rekruttere skoler og lærere ved å informere dem om programmet, og at skolen i etterkant tar kontakt om de er interessert. Dessverre kan manglende ressurser hos de som tilbyr programmet, påvirker slik at ikke alle får deltatt.

Ifølge Gjerustad et al. (2019) beskriver de at det er skoleeieren, altså kommunen som er beslutningstaker om tiltak som investeres i skolen. Noen skoleeiere gir valgfrihet til noen skoleledelser til å valg av tiltak, slik som innføring av Psykisk helse i skolen. Måten implementeringen av programmene kan lykkes, har med involvering av kommunen, skoleledelsen og læreres deltakelse. Videre at alle forstår sammenhengen med at elevene får kunnskap om psykisk helse kan resultere i et trygt skolemiljø og psykisk helse. Det er viktig at kommunen og skolen har forståelsen for at undervisningsprogrammene samkjører med de forpliktelsene de har, for eksempel nasjonale føringene og lovverk, og å styrke kvaliteten. Dette forteller at manglende ressurser hos programeier, kan gi konsekvenser i form av at ikke alle får delta på kurs. Samtidig kan involvering av kommune, skoleledelsen og lærere innvirke på om Psykisk helse blir implementert i skolen. Det er viktig at de forstår hensikten med undervisningsprogrammene, i lys av de forpliktelsene de står overfor i henhold til nasjonale føringer og krav, og sette inn tiltak som kan hjelpe å løfte opp kvaliteten.

## 3 Metode

### 3.1 Bakgrunn for valg av metode.

Tema i denne oppgaven handler om hvordan Stiftelsen Psykiatrisk opplysning (Psyk Opp) mener de har påvirket kunnskap om psykiske lidelser og redusert stigma hos målgruppen. I tillegg hvordan målgruppen mener kompetansehevingen har påvirket i møte med ungdommer. Ifølge Kvale (2015) og Thargaard (2013) bestemmes metoden på bakgrunn av spørsmålet og temaet i forskningsspørsmålet. Temaet som denne problemstillingen handler, er det lite tidligere forskning om, noe som gjør studien eksplorerende (Thagaard, 2013). Med den bakgrunnen, var det naturlig å velge kvalitative forskningsdesign som kunne tillate og gå i dybden å utforske informantenes erfaringer, meninger og synspunkter for å få kunnskap om problemstillingen. Istedenfor å bruke kvantitativ metode med lite rom for fleksibilitet, hvor hensikten er å se på tall, effekter og utbredelser (Bjørndal & Hofoss, 2004; Christoffersen, Johannessen, Tufte & Utne, 2015). Med eksplorerende tilnærming har det ført til fleksibilitet i forhold til hva som har dukket opp underveis i forskningsprosessen. Hvilket som har vært med på å endre problemstillingen, og gitt rom til teoretiske perspektiv som denne oppgaven bygges på (Thagaard, 2013). Som metode for å hente inn data har det blitt benyttet dybdeintervju med lærere, helsesykepleiere og fagpersoner. Dybdeintervju ble brukt for å få detaljerte beskrivelser av informantens erfaringer, meninger og forståelser. Med medlemmene i Psyk Opp har fokusgruppeintervju blitt benyttet. Fokusgruppeintervju ble anvendt for å få utforsket de forskjellige sidene av medlemmenes synspunkter og erfaringer knyttet til Psyk Opp arbeidet (Christoffersen et al., 2015; Thagaard, 2013). Selve intervjuet er et godt grunnlag for å utvikle god kontakt, og dialog på det temaet som opptar de involverte. Samtidig som forskeren kan få muligheten til å undersøke forståelsen av erfaringene til informanten (Christoffersen et al., 2015).

### 3.2 Vitenskapsteori- fenomenologi og hermeneutisk tradisjon

Denne oppgaven bygges på den vitenskapsteoretiske tradisjonen, fenomenologi og hermeneutikk. Fenomenologien siden studien søker dypere forståelse og mening om informantenes beskrivelser av problemstillingen. Hermeneutikk siden fortolkning er en sentral del av kvalitative metode, legges det vekt på å fortolke hvordan konteksten rundt intervjusituasjonen kan ha betydning for datamaterialets tekster (Dalland, 2017; Thagaard, 2013). Ved å ta utgangspunkt i den fenomenologiske tradisjonen, har det blitt forsøkt å stille åpne spørsmål til informantene, slik at de fritt kunne fortelle om deres erfaringer. I tillegg har vi benyttet oppfølgingsspørsmål for å få mer detaljerte beskrivelser. For å kunne beskrive informantenes historier så korrekt som det kan gå an, har det under intervjurunden blitt formulert spørsmål på bakgrunn av det de sier, og gitt tilbake til dem slik at de kan bekrefte at det er som har blitt sagt, er blitt oppfattet riktig. Oppgaven er hermeneutisk, fordi intervjuteksten tolkes oppimot fagpersoner, medlemmene og lærere og helsesykepleierenes bakgrunnsopplysninger. Ved å gjøre dette kan man få forståelsen av helheten der datamaterialet ble utviklet fra (Dalland, 2017; Kvale et al., 2015; Thagaard, 2013). For eksempel hvorfor informanten svarte slik, kan tolkes oppimot bakgrunnsopplysninger om de har deltatt på kurs med Psyk Opp. Hvor dette kan gi en forklaring på svaret som de gir. Med denne beskriver Thagaard (2013) at hermeneutikken søker dypere meningsinnholdet enn det som umiddelbart er innlysende. Tolkning baseres ikke på at det kun finnes en sannhet, men at det avhenges av flere forståelses grunnlag. Med dette refererer Thagaard (2013) til Geertz hvor det sies at tolkning vil avhenge av forskerens teoretisk bakgrunn, altså forforståelse. Med andre ord kan datamaterialet blir påvirket av flere elementer, som for eksempel hvorfor intervjupersonens svarer som den gjør, og hvordan forskeren selv med sin erfaringsbakgrunn kan påvirke hva som kan komme frem som utviklet kunnskap. Derfor er det viktig at forskeren deler sine forforståelser med leseren slik at de kan forstå hvordan man har kommet frem til konklusjonene i studien. Dette gjøres ved under punkt 4.3.



### 3.3 Utvalg

På bakgrunn av forskningsspørsmålet ble det gjort et strategisk utvalg. Deltakerne ble valgt, fordi de var i målgruppen til Psyk Opp, da det tenktes at de hadde de egenskapene til å svare på problemstillingen. På tilsvarende måte med fagpersoner og medlemmer til Psyk Opp (Thagaard, 2013). Utvalget bestod av fem helsesykepleiere, fem lærere, tre fagpersoner og seks av Psyk Opps medlemmer. Det var variasjoner i alder og arbeidserfaringer.

Utvalgsstørrelsen i kvalitativ metode tar ikke sikte på hvor mange som deltar, men at de som deltar har egenskapene til å svare på problemstillingen. Overførbarhet i kvalitative metode har som mål at den kunnskapen som utvikles kan brukes i andre kontekster enn hvor det opprinnelig ble utviklet (Malterud, 2017). Dette til forskjell fra kvantitativ metode, der målet er å ha et representativt utvalg. Jo, flere som deltar jo mer styrket blir kunnskapens troverdighet og dermed dens generaliseringsmuligheter (Christoffersen et al., 2015; Malterud, 2017).

### 3.3.1 Rekruttering av informanter

Fagpersoner ble rekruttert ved hjelp av min veileder. Dette er det Christoffersen et al., (2015) kaller snøballmetoden. Snøballmetoden kan beskrives som at en henvender seg til en personen som igjen anbefaler noen andre som kan være potensielle deltakere (Thagaard, 2013).

Helsesykepleiere ble også rekruttert gjennom snøballmetoden, først gjennom tilgjengelighetsutvalg, hvor forskjellige skoler ble ringt til uten aning om noen av dem kunne ha kjentskap til Psyk Opp. Men da en helsesykepleiere viste interesse og hadde kjentskap til Psyk ble hun inkludert i studien. Før dette ble studiens hensikt presentert og informasjonsskriv ble sendt til administrasjonen, hvorav de videreformidlet budskapet til helsesykepleiere som kunne tenke seg å delta. En helsesykepleier som takket ja til deltakelsen ble spurt om hun kjente andre helsesykepleiere som kunne være aktuelle kandidater for undersøkelsen. Hun forsikret seg først om det var greit for de andre deltakerne å delta, før de ble kontaktet. Ifølge Thagaard (2013), er det viktig at det foreligger samtykke mellom kontaktperson til potensielle deltakere, før en forsker kontakter dem. Dette i henhold til prinsippet om samtykke til ethvert forskningsprosjekt, og at de mulige deltakerne ikke skal ha konflikt med hvorfor akkurat de ble foreslått. Til sammen ble det rekruttert helsesykepleiere fra to forskjellige skoler. Dette var et ønske fra før, siden det kan være problematisk når deltakerne er fra samme skole, kan være påvirket av samme kultur og nettverk (Thagaard, 2013). Det var et ønske med variert syn på problemstillingen. Når det er sagt, kan individuelle forskjeller av erfaringer innen samme krets også forekomme.

Lærerne kom fra fire forskjellige skoler og ble rekruttert personlig ved schizofrenidagene arrangert av Psyk Opp (Christoffersen et al., 2015). En lærer ble rekruttert via snøballmetoden.

Valget på fokusgruppeintervju ble diskutert sammen med min veileder, hvor det var ønskelig å foreta et slik intervju for oppgaven. Det ble tatt kontakt med medlemmene av Psyk Opp, hvor det ble ytret et ønske om fokusgruppeintervju. Alle informanter fikk informasjonsskriv og intervjuguiden ble sendt til hvert enkelt av dem. Det samme med fagpersonene og målgruppen til Psyk Opp.

### 3.3.2 Utvalgskriterier:

#### **Inklusjonskriterier:**

Deltakerne måtte være i målgruppen til Psyk Opp, og arbeide med ungdommer.

Fagpersoner og medlemmer i Psyk Opps arbeidet.

#### **Eksklusjonskriterier:**

Lærere uten kjennskap til Psyk Opp arbeidet. Det ble utført intervjuet med tre lærere som ble ekskludert fra studien, fordi de ikke hadde kjennskap til Psyk Opp.

### 3.4 Datainnsamling

Datainnsamling startet fra 2019 til 2020. Dybdeintervju ble valgt for å få fyldig informasjon. Fokusgruppeintervju for å få de forskjellige synspunktene til medlemmene av Psyk Opp. På grunn av Covid 19 pandemien som brøt ut i mars 2020, har seks av dybdeintervjuene blitt gjennomført via videomøte (teams). Det ble meldt endring om dette til Norsk senter for forskningsdata (NSD) med godkjenning. Intervjuene hadde varighet på cirka 40 minutter i gjennomsnittet. Fokusgruppeintervju presenteres i punkt 3.4.2.

Før intervjuet fant sted ble et prøveintervju gjennomført med oppgavens intervjuguide. Dette ga muligheter til å bli kjent med egen intervjustil, samtidig som noen av spørsmålene ble justert på (Thagaard, 2013).

### 3.4.1 Intervjuguide

Det ble benyttet semistrukturerte intervju, tilknyttet til en intervjuguide under datainnsamlingen. Intervjuguiden var formet i tre deler siden informantene bestod av tre grupper. En intervjuguide gikk til lærere og helsesykepleierne, en til fagpersoner og en til fokusgruppeintervju. Semistrukturerte intervju, kan forklares som delvis strukturerte intervjuform (Thagaard, 2013). Den består av fastlagte temaer og spørsmål om problemstillingen, samtidig som den gir rom for at informantene fritt kan fortelle deres historier (Kvale et al., 2015). Intervjuguiden ble utviklet etter denne, hvor temaene for lærere og helsesykepleiere var: kompetanseheving om psykisk helse, stigma og holdninger til psykisk helse og målsetningen til Psyk Opp. Til fagpersonene: På hvilke måter bidrar Psyk Opp med å påvirke kunnskap om psykiske helse og redusere stigma blant lærere og helsesykepleiere?

Til slutt fokusgruppeintervju: På hvilke måte bidrar dere til å øke kunnskap om psykiske lidelser og redusere stigma, målene for Psyk Opp og hvordan blir Psyk Opp finansiert til opplysningsarbeidet? I intervjusituasjonen ble interessante utsagn fulgt opp med oppfølgingsspørsmål (Christoffersen et al., 2015; Kvale et al., 2015; Malterud, 2017). Forberedte oppfølgingsspørsmål og de som ble brukt var av type «du sa det» kan du fortelle mer om det, kan du utdype mer, kan du presisere og hva mener du? Spørsmålene som var brukt var inspirert av litteraturen. I semistrukturert intervju trenger ikke forskere følge fastlagte temaene slavisk, men bruke dem der det passer seg (Kvale et al., 2015). Dette for å gi fritt rom slik at informantene kan fortelle om historier sine, men samtidig sørge for at temaer blir diskutert (Thagaard, 2013). For eksempel, hvis det var et spørsmål som informantene hadde snakket om, hoppet vi over, samtidig som det ble passet på at alle temaene ble berørt. Det var et interessant tema som dukket opp under intervjuene med målgruppen, nemlig undervisningspakkene. Det ble fulgt opp med spørsmål om dette til alle informanter i etterkant, men det var dessverre ikke alle som svarte på disse oppfølgingsspørsmålene.

Ifølge Kvale (2015), beskriver han at det ikke er likevekt mellom intervjupersonen og intervjueren. Intervjueren har mer makt fordi det er den som har lagt opp tema, stiller spørsmål og styrer samtalen. Intervjupersonen påvirkes av omgivelsene og atmosfæren den er satt i for å utføre intervjuet. Dette kan blant annet ha negative innvirkninger på kunnskapen som produseres. Av hensyn til det var det viktig at deltakerne fikk velge intervjustedet selv. Hvor de var vant med omgivelsene rundt og kunne føle seg trygge og slappe av. Fire av

deltakerne hadde jeg truffet før. Sju av dybdeintervjuene foregikk på deltakernes kontor. Resten ved video intervju. Video intervju var ikke ønsket som fremgangsmåte for datainnsamling. Men på grunn av Covid 19 pandemien og tiltak om begrenset kontakt ble det tatt hensyn til det. Deltakerne ble spurt om videointervju hvor de aksepterte forespørselen.

Før intervjuet startet, presenterte jeg meg selv, formålet med oppgaven, samt krav om frivillig samtykke, konfidensialitet og anonymisering. En slik måte å begynne intervjuet på er med på å skape en tillitsfull atmosfære til informantene (Thagaard, 2013). Hvilket er en sentral del av kvalitative forskning å tilrettelegge. Intervjuene fysisk og digitalt gikk forholdsvis greit, bare to avbrytelser ved video intervju. Dette fikk ikke ingen betydning for datamaterialets innhold.

Etter intervjuene ble det stilt spørsmål til informantene om de hadde noe å tilføye. På den måten, kunne de få anledning til å stille spørsmål som de satt med under intervjuet (Christoffersen et al., 2015). Det ble også fortalt at det var interessant å høre på dem, for å vise takknemlighet for bidraget deres. Tilbakemeldinger som kom, var om litt generelle ting, for eksempel ville en helsesykepleiere gjerne lese sluttproduktet av oppgaven.

Lydopptak ble benyttet under intervjuene. De som ble intervjuet ble informert om det på forhånd og ga muntlig samtykke til det. Lydopptak ga muligheten til å dokumentere det informantene sa for det videre analysearbeidet. Samtidig som man ikke behøvde å ta notater, og dermed kunne være til stede og rette oppmerksomheten på samtalen. Intervjupersonens personopplysninger ble ikke tatt opp på bånd, men innhentet skriftlig.

### 3.4.2 Fokusgruppeintervju

Det var noen utsettelse før fokusgruppeintervju fant sted. Da det først fant sted, ble vi møtt av informantene som viste oss hvor intervjuet skulle holdes. En observatør, var med for å kartlegge stemningen under intervjuet og skrive opp hvem som snakket i de forskjellige anledningene, fordi det lettet analyseprosessen (Malterud, 2017). Det var undertegnede som styrte samtalen. Gruppen bestod av Psyk Opps medlemmer, hvor alle hadde forskjellige fagbakgrunn, men jobbet mot Psyk Opps mål. Undertegnede hadde møtt fire av informantene flere ganger før, noe som kanskje bidrog til at vi slappet mer av under intervjuet. Før vi startet, presenterte vi oss, oppgavens tema og at vi ønsket en diskusjon rundt dette. De fikk informasjon om frivillig deltakelse og personvern. Informantene fikk noen minutter på seg til å presentere seg selv før vi startet for å løsne opp stemningene i forkant. Det var god flyt i diskusjonen. Vi fikk inntrykk av at de forskjellige informantene kom med utsagn når det var behov. Noen spørsmål berørte dem mer enn andre. Vi opplevde ikke avbrytelser imellom dem, heller avbryt vi dem ikke. En avbrytelse var da lokalets ringeklokke ringte, noe som førte til skurring i den delen av opptaket. Ifølge Christoffersen et al. (2015) beskriver de at det er viktig å oppsummere avslutningsvis, for å få med hovedmomentene. Dette ble gjort, mens oppsummeringen pågikk fulgte de med, tilføyet og nikket med bekreftelser på at de var enige. Vi takket for oss og intervjueteamet diskuterte våre felles inntrykk av intervjuet i etterkant.

Det er også blitt skrevet logg etter hvert intervju der hovedinntrykkene ble nedskrevet og ble tatt frem i forbindelser med analysen.

### 3.5 Transkribering

Transkriberingen av intervjuene ble utført fortløpende, hvor muntlig språk ble omgjort til skriftlig. Transkribering var ordrett, og pauser og følelser som latter ble tatt med. Dette ble gjort fordi en ønsket å få med detaljene som kunne ha betydning for å belyse problemstillingen, samtidig gir det en mer muntlig og lettlest tekst. Under transkriberingen ble dialekter bearbeidet om til bokmål. For å være så tekstnære så mulig, ble lydopptaket lyttet på igjen etter transkriberingen.



### 3.6 Analyse

Det ble valgt å bruke en anerkjent analysemetode, systematisk tekstkondensering (STC) av Malterud.K. I STC følger man fire detaljerte trinn for å komme til resultatet:

Trinn 1:

Startet med å lese gjennom datamaterialet til fagpersoner og medlemmene av Psyk opp, flere ganger for å danne et helhets bilde. Deretter lærere og helsesykepleiere hver for seg. Mens lesingen pågikk ble aktuelle temaer som kunne belyse problemstillingen vurdert. Samtidig som en prøvde å se «gjennom linjene» for hva som kan dukke opp, og relevant for oppgaven. Helhetsbildene gav åtte foreløpige temaer. Tilsvarende for målgruppen av Psyk Opp. Undertegnende leste og analyserte lærerne og helsesykepleiere hver for seg selv, og slo dem sammen etterpå. Et eksempel fra tema for lærere og helsesykepleiere var: betydning av kunnskap.

Trinn 2:

Alle meningsbærende enhetene ble sorterte ut og lagt under foreløpige temaene. Dette kalles for koding. I dette trinnet gjaldt det også å ta hensyn til tekst i meningsbærende enhet som belyste problemstillingen. Det vil si å skille ut irrelevante tekst og beholde de relevante. På den måten komprimerte datamaterialet seg. Samtidig under dette arbeidet så ble det oppdaget at noen meningsbærende tekster tilhørte en annen kodegrupper. Noen ganger var det to kodegrupper som var tilnærmet like. Hvor det ble valgt å slå dem sammen. Ved å jobbe på dette viset ble noen av navnene som var gitt som temaer endret på, fordi de ga en annen type mening ved sammenslåingen. Etter dette trinnet gikk det fra å ha åtte foreløpige temaer til fire - fem. For eksempel ble betydningen av kunnskap, endret til: betydning av kunnskap om psykiske lidelser.

Trinn: 3

Ved dette trinnet ble det utarbeidet 4-5 kodegrupper for hver av intervjugruppene. Meningsbærende enhet ble lest under hver av kodegruppene, hvor det ble trukket 2-3 subgrupper. Subgruppen hadde som mening å representere hovedaspektet til den meningsbærende enhet, med vekt på å besvare problemstillingen. Videre på dette trinnet ble det brukt subgrupper til å lage et gunstig sitat- kondensat. Kondensatet ble redigert i en logisk narrativ stil, med hensikt på å representere deltakernes stemmer på problemstillingen. Kondensatet fungerte også som et arbeidsnotat eller hjelpemiddel til å representere

resultatpresentasjon. På dette trinnet velges det «Gullsitatet» som best representerer kondensatet.

Trinn: 4

I dette trinnet ble kategoriseringene av meningsbærende enheter i hver av kodegrupper og subgruppene satt sammen, til nye beskrivelser og begreper som analytisk tekst. De nye beskrivelsene gir grunnlag for å danne nye begrepene, med andre ord så er begrepene summen av beskrivelsene. Begrepene gir leserne forståelse og mening i hvordan kunnskapen ble utviklet på en troverdig måte. Det videre arbeidet med de nye beskrivelsene ble fortolket (Malterud, 2001). Gullsitatet som ble hentet ut ble sjekket om det gjenspeilte de nye beskrivelsene. På tilsvarende måte om de opprinnelige rådata ble gjenkjent i de nye beskrivelsene.

Sluttproduktet av temaet som vi begynte med, er nå: Kunnskap om psykiske lidelser styrker forståelse slik at det tas på alvor og gir trygghet. Ungdommer med psykiske lidelser blir ivaretatt.

Ifølge Kvale et al. (2015) finnes det ikke en standard måte å presentere resultater i kvalitative studier, derimot i kvantitative studier. Resultatene blir ofte presentert i tabell og med tall. I kvalitative studier er den vanligste formen å presentere resultatene ved bruk av sitater. Her velges de beste sitatene med tanke på at de kan gi leseren et inntrykk for den virkeligheten den ble hentet fra (Kvale et al., 2015). Ifølge Malterud (2017) består datamaterialet av mengde med informasjon. Med dette, hevder Sandelowski (1998) at i kvalitative forskning må en velge hvilke historier av de mange tilgjengelige til overskriftene i resultatdelen. En velger ikke bare historier, men også hvordan den skal fortelles. Det er viktig at forskeren er seg selv bevisst ved å tydelig skille sine fortolkninger fra informantens historie. På den måten vet leseren hvilken som hører til hvem. Med andre ord, presenteres et snitt av datamaterialet, det som anses viktigst for å belyse problemstillingen. Videre formidles det med sitat som forskeren selv synes presenterer beskrivelsene godt. Det er viktig å presentere historiene slik at de som leser forstår hva som er fra informantene og forskerens. I tillegg er det viktig å tenke på hvordan beskrivelsene fremstilles for informantene. Med tanke på det er sitatene blitt bearbeidet med redigering og justering for at det ikke skal oppleves som en forvirrende tale for informantene (Kvale et al., 2015). Videre for å unngå gjenkjenning.

### 3.7 Forskningsetiske overveielser

Masteroppgaven ble utført i tråd med anbefalingene knyttet til forskningsretningslinjer. Før rekrutteringen av informanter ble det utarbeidet informasjonsskriv som ble godkjent av veileder som var ansvarlig for prosjektet. Deretter ble informasjonsskrivet sendt til NSD, hvor prosjektet ble godkjent. Dette ga trygghet i å vite at forskningen var innenfor krav for å ivareta informantenes rettigheter, samtidig som det påfølgende ansvaret ligger hos forsker. Nemlig hvordan en på en forsvarlig måte kan gjøre de trygge på og følge opp hva som er lovet i skrivet.

Deltakeren har fått informasjonsskrivet tilsendt (se vedlegg 3) og muntlig informasjon om studiens tema, hensikten og målgruppen for undersøkelsen. De er blitt opplyst i hvem som er ansvarlig for forskningsprosjektet (veileder), og at forskningen har blitt godkjent av NSD. Informantene har fått informasjon om frivillig deltakelse og at de kan trekke seg fra intervjuet når som helst, uten at det ville føre til noen negative konsekvenser for dem (Malterud 2017; NESH 2019). Hensikten med dette var at de skulle få den nødvendige informasjon om prosjektet, slik at de visste hva prosjektet dreide seg om. På dette grunnlaget gi samtykke uten ytre press. Alle informanter samtykket før intervjuet fant sted. Ved videointervju, har informantene gitt muntlig samtykke på grunn av omstendighetene. Ifølge Christoffersen et al. (2015) kan samtykke også skje muntlig.

I informasjonsskrivet ble deltakerne opplyst om hvordan konfidensialitet og anonymisering skal sikres for å unngå gjenkjenning. Informasjon om dette skaper trygghet og økt deltakelse hos deltakerne. Når det gjaldt personopplysninger, skulle dette være anonymt i oppgavens fremstilling. Fortrolighet ble sikret ved laste ned krypteringsprogrammet Veracrypt, hvor datamaterialet ble lagret og ingen andre hadde passordet for innlogging. Under transkriberingen ble navn som kunne identifisere informantene tatt bort. Slik at informantene fikk navn etter informant 1, 2 også videre. Siden fagpersoner og medlemmer i Psyk Opp virker til å tilhøre et lite fagmiljø, er det blitt tatt hensyn til, og sitatene er blitt bearbeidet for å unngå gjenkjenning. Likevel tenkes det at de som har gitt dem, muligens vil kjenne seg selv igjen siden meningsinnholdet er blitt beholdt. Videre for å sikre konfidensialitet og anonymisering av fagpersonenes og medlemmene av Psyk Opps, er arbeidstittlen skjult siden det er store variasjoner i dem, og gjenkjenning kan forekomme (Thagaard, 2013). Lydopptakene og transkripsjonene ble plassert utilgjengelig for andre.

### 3.8 Kritisk refleksjon

Ifølge Malterud (2017) er det viktig å reflektere kritisk over de forutsetningene som forskningsprosessen har blitt påvirket av, og informerer leserne om det. Dette kalles intersubjektivitet. På denne måten kan leserne få tillitt og innsikt om kunnskapen er blitt utviklet i tråd med krav om vitenskapelig kunnskap. Det er tre områder som representerer at vitenskapelig kunnskap ifølge Malterud (2017). Disse områdene er, refleksivitet, relevans og validitet. Denne studien vil ta utgangspunkt i disse.

### 3.8.1 Refleksivitet

«Refleksivitet handler om forskerens forutsetninger og tolkningsrammer» (Malterud, 2017, s. 18). Det er viktig å dele sin forforståelse med leserne, slik at de kan vurdere hvordan man kom frem til konklusjonene i studien (Malterud, 2017). Forskerens bakgrunn som sykepleier har nok hatt en påvirkningskraft på hvorfor dette temaet ble valgt til masteroppgaven. Gjennom praksis og erfaringer har undertegnede møtt mange mennesker med psykiske lidelser som har gjort det interessant å se hvordan Psyk Opp arbeider mot dette. Psyk Opp var imidlertid en ukjent Stiftelsen før studien ble påbegynt. Studien ble derfor startet på med et åpent sinn, men samtidig var det noen fordommer om stiftelsen, slik som hvordan de ble finansiert og om de klarte å nå ut til alle i målgruppen. Fordommer mot målgruppen var at kanskje ikke alle var så interessert i det psykiske helsearbeidet. Etter hvert som en ble mer kjent med Psyk Opp arbeidet, gjennom litteraturen, deltakelse på schizofrenidagene og styremøtene, ble det innsett hvor stort dette var, og hvor målrettet arbeid de gjorde. Kombinasjon av disse gav en forståelse av det viktige bidraget med antistigma arbeidet og engasjementet rundt det. Forskerens teoretiske bakgrunn og erfaring, har så klart innvirkning på hvordan dataene om Psyk Opps arbeidet ble tolket.

Skoleungdommer hadde heller ikke forskeren arbeidet med tidligere, men på grunn av temaets fleksibilitet, ga det rom for å sette søkelyset på hvordan målgruppen arbeidet med ungdommer for å svare på problemstillingen. Som sykepleier som intervjuer andre med sykepleiefaglig bakgrunn kan være en påvirkningsfaktor, fordi det er lettere å relatere til dem enn kanskje andre fagpersoner.

Gjennom arbeid med masteroppgaven, har det blitt gitt tett oppfølging av veileder og deltakelse på oppgaveseminar knyttet til masteroppgaven. Deltakelse på oppgaveseminalet innebar å presentere oppgaven og begrunne valgene som en har tatt, samtidig kan en komme med innspill til andres oppgaver. Kombinasjonen med veiledning og oppgaveseminar har gjort at en må reflektere gjennom valgene som en tar, noe som er med på å løfte opp kvaliteten av arbeidet.

### 3.8.2 Relevans

«Relevans handler om hva kunnskapen kan brukes til» (Malterud, 2017, s.18). Tema for studien er ønsket fra Psyk Opp, hvor de behøver informasjon om arbeidet deres. Studien har som hensikt å komme med kunnskap som kan være med å løfte opp kvaliteten med arbeidet deres. Samtidig vil kvalitetsforbedringen ha fordeler for målgruppen til Psyk Opp, fordi det jobbes mot disse. I tillegg, i forhold til ungdommene som møter lærere og helsesykepleiere i deres hverdag. Videre vil det være et supplement i forhold til de nasjonale føringene og lovverkene for barn og unges trivsel.

### 3.8.3 Validitet

«Validitet handler om gyldighet, hva forskere egentlig har funnet ut om noe» (Malterud, 2017, s. 18). I den betydningen, handler det om forskeren kan forklare hva som har vært gyldig med metoden, datamaterialet, og dens tolkningsramme til resultatene. Videre ut ifra sammenhengen det ble forsket på, om resultatene kan overføres til andre situasjoner (Malterud, 2017).

Det å bruke kvalitative intervju kan innebære flere feilkilder, der intervjusituasjonen foregår direkte mellom to subjekter med utveksling av meningsbærende ord for undersøkelsens mål. I denne sammenheng kan man påvirke hverandre, for eksempel type spørsmål som stilles, og hvordan man opptrer, hvilket kan påvirke kvaliteten på datainnsamlingen (Thagaard, 2013). Dessuten kan misforståelse av kommunikasjonsformen forekomme. Derfor har man i denne studien forsøkt å bruke de teknikkene som egner seg for å gjennomføre et intervju, ved bruk av kontrollspørsmål og oppfølgingsspørsmål. Det kan likevel innrømmes at studien kunne ha fulgt opp med enda flere oppfølgingsmål da intervjuene ble utført. Dessuten var noen av spørsmålene i intervjuguiden noe generelle og lukkede, som kan ha påvirket besvarelser. En annen svakhet med studien er at ikke alle svarte ved oppfølgingsspørsmål om undervisningspakkene, i etterkant av at intervjusituasjonen fant sted. I tillegg har begrepet «psykisk helse» blitt benyttet i store deler i studiens intervjuguide. Likevel oppfattes det som at de fleste har svart i retning av psykiske lidelser.

Etter transkriberingen, ble lydopptaket lyttet på igjen, for å sjekke om det som var skrevet samsvarte med det informantene sa. Dette for å være så tekstnære som mulig og holde kvaliteten på datamaterialet (Malterud, 2017). Gjennom analysen har tekst som er blitt plukket ut tilbakeført til den til opprinnelige sammenhengen. Dette for å holde gyldigheten av hva som ble representert av historiene (Malterud, 2017).

Gyldigheten handler også om andre forskere kan følge oppgavens metodikk for å oppnå like resultater. Dette kalles for «Repeterbarhet» (Malterud, 2017, s. 24). Det er blitt forklart gjennom de forskjellige metodedelene hvorfor og hvordan ting er ble gjort. Slik at lesere kan se grunnlaget for hvordan resultatene har oppstått. Videre er sitatene blitt vurdert oppimot intervjubeskrivelsene for å holde deres gyldighet.

I følge Polit og Beck (2017) kan det å være bevisst sine forforståelse være med på å styrke studiens kvalitet. Med dette som bakteppe, ble hypoteser om prosjektet nedskrevet før prosjektet startet. Dette har gjort at forsker er blitt mer bevisst sine forutinntatte meninger, og

prøve å sette det til side. Ved å være åpen og konsentrere seg om informantens forståelser av problemstillingen.

Arbeidet masteroppgaven er blitt utført av en person. I følge Malterud (2017) beskrives det at desto flere forskere som er med på et prosjekt, desto mer nyansert funn og tolkning av datamaterialet kan det bli. Slik kan gyldigheten av prosjektets konklusjon styrkes (Malterud, 2017). Likevel kan det å være en person på prosjektet være en fordel, da det med flere kan oppstå kulturelle fordommer, på den måten blir prosjektet mer lukket enn åpent (Malterud, 2017).

For å ivareta oppgavens interne validitet har den henvendt seg til primærkilden, nemlig målgruppen som har deltatt på kurs med Psyk Opp, og fagpersoner og medlemmer som kjenner til Psyk Opps arbeid. Tre lærere har blitt ekskludert, fordi de ikke kjente til Psyk Opp. Med ekstern validitet ønsker vi å vite om andre sammenhenger studien kan nyttiggjøres i (Malterud, 2001, 2003). Intervjueutsagnene består av intervjuedes subjektive ståsted og formes av den konteksten den er omgitt, den er vanskelig å la seg måles og sammenlignes med andre intervjusituasjoner. Dessuten er antallet i studien for få til å konkludere med at resultatene som fremkom av studien er dekkende for alle lærere, helsesykepleiere eller fagpersoner og medlemmene i Psyk Opp. Samtidig ifølge Thagaard (2013) nevnes det at deltakere ikke bør være større enn det en har ressurser og tid til, med tanke på at analysedelen kan være enda mer tidskrevende jo flere som deltar. Samlet sett så kan ikke kunnskapen som er utviklet i denne studien overføres til andre lærere, helsesykepleiere, og fagpersoner og medlemmer i Psyk Opp. Studien må ha flere informanter for å klamre seg til at kunnskapen er bygget på mangfoldige kontekstuelle utgangspunkter (Kvale et al., 2015). Ifølge (Malterud, 2017) avhenger overførbarhet på utvalget. Denne studiens funn vurderes til å være av interesse for Psyk Opps arbeid. Fordi det har vært lite forskning om forskningstemaet og funn peker på et viktig forbedringsområde.

I forhold til inklusjonskriteriene i denne studien, var det en av informantene som ikke helt inngikk i disse. Den hadde bakgrunn som lærer, og arbeidet i PPT-tjenesten. Jobben var ikke relatert til ungdommer, men å veilede lærerne for at de kunne bli trygge på kunnskap om psykiske lidelser i møte med ungdommer. Informanten ble allikevel inkludert da den hadde vært på kursene til Psyk Opp og kunne si noe om målsettingen til Psyk Opp. Når det i resultat delen beskriver at lærere sa det og det, må en ta i betraktning at det gjelder også en miljøarbeider.



En svakhet ved studien, er at de som deltar ofte regnes for å være fortrolig med intervju. Det hadde derfor vært interessant å få kjennskap til hva de som ikke ønsket å delta ville hatt av informasjon. Dette kunne hatt betydning for sluttresultatene (Thagaard, 2013).

Covid 19 pandemien, spiller også en rolle i forhold til dette. Noen av intervjuene ble ikke utført slik det var ønsket. Dessuten ble deltakelse på schizofrenidagene (konferanser) som arrangeres av Psyk Opp avlyst. Med deltakelse, kunne en fått enda mer innsikt i Psyk Opps arbeid, og dermed kanskje gjort noen justeringer i forhold til det.

## 4 Resultatene

Analysen av fagpersoner og medlemmene til Psyk Opp resulterte i tre hovedtemaer med underkapitler. Hovedtemaene er: 1. Undervisningsprogrammene, skriftlig materiale, sosiale medier og ved skolens arena. 2. Hensikten med kompetansehevingen er tidligoppdagelse og bryte ned stigma. 3. Psyk Opp har nådd målene med undervisningsprogrammene.

Innledningsvis gjøres en kort presentasjon av bakgrunnsopplysninger til fagpersoner og medlemmene i Psyk Opps. Av hensyn til konfidensialitet og anonymisering, gjøres gjennomsnittsberegning på alder og arbeidserfaring hos disse. Deretter presenteres funnene fra dybdeintervju og fokusgruppeintervju i en fortelling. Hovedmålet var å innhente kunnskap om hvordan de påvirket med kunnskap om psykiske lidelser og reduserte stigma blant lærerne og helsesykepleierne.

Funnene til lærere og helsesykepleiere presenteres, i punkt 4.6.

### 4.1 Bakgrunnsopplysninger av informantene.

Fagpersonene og medlemmene har gjennomsnittsalder på 60 år og 20 års arbeidserfaring. Alle deltakere har kjennskap til Psyk Opp arbeidet. Temaene som presenteres er knyttet opp til disse opplysningene.

### 4.2 Presentasjon av funnene.

#### 4.2.1 Undervisningsprogrammene, skriftlig materiale, sosiale medier og ved skolens arena.

Som temaet i oppgaven handler om, så forsøker den å utforske hvordan mener Psyk Opps fagpersoner og medlemmer at Psyk Opp har påvirket kunnskap om psykiske lidelser og redusert stigma hos lærere og helsesykepleiere. Et relevant spørsmål var derfor om fagpersonene og medlemmene kunne fortelle om strategier de brukte for å formidle kunnskap om psykiske lidelser og redusere stigma hos lærere og helsesykepleierne. Videre de viktigste temaene de tok opp med lærerne og helsesykepleiere.

#### 4.2.2 Strategier for å formidle kunnskap om psykiske lidelser og redusere stigma.

Det var mange metoder de mente formidlet kunnskap om psykiske lidelser til lærere og helsesykepleiere. Det overordnet var det tre informanter som snakket om: «Psykisk helsepedagogikk». To andre, programmet «Hva er det med Monica», og to «Alle har en psykisk helse» Det var tre som nevnte at de holdt kurs og tre at de var på skolene og hadde kurs. Under fokusgruppeintervju vekket dette spørsmålet interesse hos flere av informantene. Tre av dem sa noe om dette. Fire av dem fortalte at de hadde en del skriftlige materiale, og en sa at de utga skriftlige materiale som skal hjelpe lærere til å snakke om psykisk helse i klassen. En i fokusgruppeintervju var enig i dette. De skriftlige materialene ble betegnet av to informanter ved fokusgruppeintervju som undervisningsmapper og ressurspakken. En under fokusgruppeintervju sa at undervisningsmappene leverte de til lærerne ved ungdomskolen etter kurs. En annen snakket om at lærere lærte om hvilket spørsmål de skulle stille ungdommene for å avdekke noe. Implementering av Folkehelse og livsmestring var det to som snakket om. En annen i fokusgruppeintervju sa at de på hjemmesiden deres la ut artikler for lærere, og i tillegg hadde de ord på nett kurset som hjalp lærere med konkrete tiltak som for eksempel; *Eleven sliter med det og det. Hva gjør vi nå, og hvordan løses dette?* Samme person sa at de var på Facebook, Twitter og arbeidet sammen med folk som utvikler apper, og la til slutt at i all jobben de gjør så ligger antistigma perspektivet i bunn, hvor de ville bryte ned stigma.

#### 4.2.3 Temaer i undervisningen er rettet mot lærernes behov.

Når det gjelder temaene som ble tatt opp i forhold til kompetansehevingen var det en i fokusgruppeintervjuet som forklarte at temaet på «Hva er det med Monica» går ut fra hva slags informasjon lærere eller regionen ønsker opplysninger om. For eksempel dersom det var mye selvmordsproblematikk, gikk spesialistene inn og spisset det til det temaet som det var yttre ønske om. Et medlem i Psyk Opp definerte kort hovedtrekkene ved det arbeidet som de gjør slik:

*«Kort sagt, kan du si at vi har forlagsbenet, konferansebenet og så har vi antistigma – informasjon og opplysningsarbeidet» Informant A*

Samlet sett tolkes punkt 4.2.2 og 4.2.3 som at Psyk Opp har et bredt spekter av strategier for å påvirke kunnskap om psykiske lidelser og redusere stigma hos lærerne og helsesykepleiere. Dette igjennom undervisningsprogrammer, bøker, internett og på skolens arena for å holde kurs. De underviser om temaer som lærerne i forskjellige skoler synes er relevant knyttet til den aktuelle problemstillingen, som de står ovenfor i den gitte situasjonen. Det tenkes at lærerne blir styrket på kunnskap om den aktuelle psykiske lidelsen, slik at de evner i møte med ungdommen å hjelpe. Når de kan påvirke stigma hos lærere og helsesykepleiere, kan det lette barrieren for ungdommer å søke hjelp. Da dette spørsmålet ble stilt var det flere under fokusgruppeintervju som engasjerte seg, noe som kan tyde på at medlemmene kjenner godt til Psyk Opp arbeidet.

#### 4.3 Hensikten med kompetansehevingen er tidligoppdagelse og å bryte ned stigma.

Medlemmene i Psyk Opp og fagpersonene ble bedt om å fortelle om hensikten til Psyk Opps arbeid rettet mot lærere og helsesykepleiere. Hensikten var å forstå hvorfor kompetanseheving om psykiske lidelser til lærere og helsesykepleiere var viktig. En sentral side ved kompetansehevingen var tidlig oppdagelse, hvor lærere lærte å se etter symptomer på psykiske lidelser for å kunne henvise til videre undersøkelser. Samlet sett snakket fire om dette. Fire andre at hensikten med kompetansehevingen var for å bygge opp kunnskap, endre holdninger, bryte stigma, alminneliggjøre og ufarliggjøre. En nevnte at informasjon var viktig slik at folk søkte hjelp og at de unge ikke skulle utsettes for stigma. Videre var det en i fokusgruppeintervjuet som sa at hensikten var å styrke, bidra til åpenhet og trygge lærerne og helsesykepleiere i møte med ungdommene. Sitatet under beskriver dette:

*«Hensikten er at de får mer kunnskap om psykiske lidelser, på den måten kan de gjenkjenne tidlig symptomer og elevene får fortere hjelp. I tillegg vil økt kunnskap bryte ned stigma, og gi større forståelse. Noe som kan være med på å forebygge. Da alle har en psykisk helse som må ivaretas på lik linje med vår fysiske helse» Informant A.*

Med andre ord er kompetanseheving om psykiske lidelser viktig for å styrke lærerne og helsesykepleiere, slik at de kan identifisere symptomer på psykiske lidelser hos ungdommene. Noe som i sin tur kan føre til at ungdommen får fortere hjelp. I tillegg for å bryte ned stigma slik at folk kan søke hjelp, og at de unge ikke utsettes for stigma. Det er viktig at psykiske lidelser blir alminneliggjort, og kan stilles på lik linje som med vår fysiske helse. Hvor begge tilstander er viktige hos individet. Dette fortalt av folk som kjenner til Psyk Opp arbeidet.

#### 4.4 Psyk Opp har nådd mål med «Psykisk helsepedagogikk», «Hva er det med Monica», «Alle har psykisk helse», «Skoledagene» og «Folkehelse og livsmestring i skolen».

På spørsmål om måloppnåelsen med kompetanseheving i forhold til psykiske lidelser blant lærere og helsesykepleiere, var det tre av dem som sa at de har nådd målet med «Psykisk helsepedagogikk». Under fokusgruppeintervju fortalte en at de hadde nådd målet med «Hva er det med Monica», «Alle har en psykisk helse» «Skoledagene» og en la til at de også hadde nådd målet med «Folkehelse og livsmestring i skolen» som er en del av fagfornyelsen. I forhold til måloppnåelse hos helsesykepleiere var det to som var usikre på det. De mente at arbeidet var mer rettet mer mot lærerne. En under fokusgruppeintervju mente at på de siste 10- 15 årene hadde nådd 10.000 lærere nasjonalt. Det ble videre sagt at målet ble de aldri ferdig med, betraktet på lik linje med vår fysiske helse. Sitatet under presenterer beskrivelsene:

*«Vi har nådd delmål underveis. Nå har vi fått implementert «Hva er det med Monica» «Alle har en psykisk helse». «Skoledagene» er implementert. «Psykisk helsepedagogikk» er iverksatt. Antistigma har vi fått enormt med fremgang på. Men vi blir aldri ferdig med denne jobben, er egentlige det budskapet». Informant A.*

Dette viser at Psyk Opp har nådd mange mål, og har påvirket kunnskap om psykiske lidelser og redusert stigma hos lærere og helsesykepleiere gjennom disse undervisningsprogrammene. Mange lærere nasjonalt har de også påvirket med kunnskap opp gjennom årene. Det vil alltid være behov for kunnskap om psykiske lidelser. Beskrivelsene viser også at det er uenigheter i hvilke profesjoner kurset er ment for. Noe som kan gi indikasjoner til å tro at kurset primært er for lærerne, men at andre som arbeider med ungdommer, også får anledning til å delta. Helsesykepleiere får sannsynligvis kompetanseheving om psykiske lidelser fra andre steder, og blir derfor ikke prioritert like mye. Disse historiene fortalt av fagpersoner og med Psyk Opps medlemmer som kjenner til det arbeidet.

#### 4.5 Funn hos lærere og helsesykepleiere

I dette kapitlet presenteres funnene fra helsesykepleiere og lærere. Innledningsvis presenteres deres bakgrunnsopplysninger. Deretter funnene som består av tre hovedtemaer med underkapitler: 1. Kunnskap om psykiske lidelser styrker forståelsen slik at det tas på alvor og gir trygghet. Ungdommer med psykiske lidelser blir ivaretatt. 2. Være tilgjengelig og normalisere psykiske lidelser. 3. Psyk Opp har nådd mål for kompetanseheving, men har forsvunnet fra scenen.

#### 4.5.1 Bakgrunnsopplysninger hos lærere og helsesykepleiere.

Tabell 1: Bakgrunnsopplysninger til informantene i studien.

Tittel	Alder	Ungdomsskole/videregående skole	Arbeidserfaring	Deltakelse på kurs med Psyk OPP	Fylke
Helsesykepleier	60-69 år	<i>Videregående skole</i>	20-29 år	Ja.	Rogaland
Helsesykepleier	40-49 år	<i>Videregående skole</i>	10-15 år	Ja. Før hun ble utdannet som helsesykepleier.	Rogaland
<i>Helsesykepleier</i>	50-59 år	<i>Videregående skole</i>	20-29 år	Ja. Lenge siden sist kurs.	<i>Rogaland</i>
<i>Helsesykepleier</i>	40 – 49 år	<i>Videregående skole</i>	10-19 år	Ja. Lenge siden sist kurs.	<i>Rogaland</i>
<i>Helsesykepleier</i>	50-59 år	<i>Videregående skole</i>	30- 39 år	Ja. Lenge siden sist kurs.	<i>Rogaland.</i>
<i>Rådgiver</i>	40-49 år	<i>Ungdomsskole</i>	10-19 år	Ja.	<i>Rogaland</i>
<i>Sosiallærer</i>	30-39 år	<i>Ungdomsskole</i>	10-15 år	Ja.	<i>Rogaland</i>
<i>Miljøarbeider</i>	30-39 år	<i>ungdomsskole</i>	5-9 år	Ja	<i>Rogaland</i>



<i>Sosiallærer</i>	<i>40-59 år</i>	<i>Ungdomsskole</i>	<i>20-29 år</i>	<i>Ja</i>	<i>Rogaland</i>
<i>Pedagogisk-psykologisk rådgiver/Spesialist (PPT-tjenesten)</i>	<i>40-49 år</i>	<i>ungdomsskole</i>	<i>10 – 19 år.</i>	<i>Ja.</i>	<i>Rogaland</i>

#### 4.6 Kunnskap om psykiske lidelser styrker forståelsen slik at det tas på alvor og gir trygghet. Ungdommer med psykiske lidelser blir ivaretatt.

Lærerne og helsesykepleiere ble bedt om å fortelle om deres vurdering av kunnskapsnivået om psykiske helse hos ungdommer. Hensikten med dette spørsmålet var å vite hvilke kunnskapsnivå de hadde og om de klarte å hjelpe ungdommene.

##### 4.6.1 Ungdomshistoriene tas på alvor

Av de ti informantene var det sju som var inne på at kunnskap var viktig for dem, for å se begrensingene sine og forstå alvorligheten. Fem nevnte at henviste ungdommer videre til andre instanser som kunne hjelpe dem videre. En helsesykepleier sa at det var godt at de var styrket på hvordan de skal fange opp ungdommer som hadde selvmordstanker, og kan kartlegge rundt dette. En sosiallærer sa at når ungdommer hørte stemmer, var det ikke noe hun kunne sitte på. Da skulle de videre til andre instanser, gjerne til fastlegen. Alle deltakerne viste til andre støtteapparater, slik som kolleger, BUP, PPT-tjenesten, fastleger, ledelsen, psykiatriske sykepleiere og helsesykepleier når de møtte på utfordringer i samarbeid med ungdom som hadde psykiske lidelser. Samlet sett, så har alle deltatt på kurs med Psyk Opp. Sitatet under illustrerer dette:

*«Det er klart når jeg har kunnskap om spiseforestillinger ikke sant? Da tar jeg det på alvorlig og tenker det er ikke noe som jeg kan sitte på. Disse elvene må videre til andre instanser som kan hjelpe». Sosiallærer 2.*

Dette indikerer at lærerne og helsesykepleierne er styrket på kompetanse om tidligoppdagelse, hvor de kan se grenseland til alvorlig psykiske lidelser, og viktigheten av å henvise ungdommene til andre instanser hvor de kan få hjelp. Deltakelse i kurs kan ha betydning for disse handlingene i møte med ungdommer med psykiske lidelser. Videre mente alle at de involverte kolleger og andre profesjoner når de trengte råd, og veiledning i en vanskelig situasjon.

#### 4.6.2 Kunnskap styrker trygghet i møte med ungdommer.

Videre i spørsmålet om vurdering av kunnskapsnivå, var det fire av helsesykepleierne og en sosiallærer som fortalte at kunnskap styrket deres trygghet i møte med ungdommer med psykiske lidelser. En sosiallærer sa at kunnskap ga trygghet for å kunne vite om sin posisjon ved å fungere som et mellomledd, og henvise ungdommene videre, aktivt bruke PPT-tjenesten og drøfte med dem. En helsesykepleier hadde fått mye kunnskap opp gjennom årene og følte seg ganske trygg når ungdom kom og fortalte om psykiske helse. En annen sosiallærer pekte på at kunnskap styrket sin forståelse, for eksempel: at skolevegring er kompleks, og at slike kurs var viktige for å forstå hva det handler om, og for å komme med løsninger. For det er ikke bare atferd som de skal se etter, men å forstå det. En rådgiver fortalte:

*«Ja, jeg føler meg enda mer rustet til å ivareta de sant? Jeg vil ikke synse sant? Jeg tenker at kunnskap gjør jo at jeg blir tryggere i møter med ungdommer, og i forhold til den jobben».*

*Rådgiver 1.*

Samlet sett kan kunnskap og deltakelse i kurs gi trygghet på forskjellige måter. Hos noen for å forstå sin posisjon i forhold til hva en kan gjøre for å hjelpe ungdommen videre. For andre for å forstå hvorfor ungdommen handler som den gjør.

Til tross for at noen av informantene følte at kunnskap ga dem trygghet på forskjellige måter viste funnene at to ikke følte det slik. En helsesykepleier som hadde deltatt på kurs med Psyk Opp før hun ble utdannet som helsesykepleier, sa at når det gjaldt de enkle tingene med ungdommens psykiske helse kunne hun hjelpe til med, men de omfattende tingene, kunne det være utfordrende å finne den rette plassen til dem. I tillegg gjøre dem trygge nok på at de ville få den hjelpen som de trengte. Samme helsesykepleier fortalte at hun hadde en god del kunnskap, men skulle hatt behov for mer. Blant annet om angst, depresjon, ensomhet og stress og sa videre at det var mange av dem som var enige om det. En annen helsesykepleier fortalte at det var lenge siden hun var på kurs med Psyk Opp, og mente hun gjerne skulle hatt mer kunnskap om psykisk helse relatert til ungdom, slik kursene til Psyk Opp ga. Dette kan tyde på at det er behov for kompetanseheving fra Psyk Opp, og at flere helsesykepleiere i realiteten har behov for mer kurs for å møte ungdommer med psykiske lidelser. Trygghetsfølelsen hos den ene helsesykepleiere virket noe svekket, med å hjelpe ungdommer med alvorlige lidelser. Dette kan fortelle at Psyk Opp, fortsatt har et stykke igjen å gå for å nå målet sitt. Når helsesykepleiere sier at det er lenge siden sist kurs, kan mangel på kunnskap ha sammenheng med at de ofte ikke inviteres på kurs. Hva som skyldes det, kan ha sammenheng med at Psyk

Opp ikke er aktiv nok med å informere om kurs, eller kommunen og skoleledelsen ikke prioriterer kurs for dem.

#### 4.6.3 Ungdommer med psykiske lidelser blir ivaretatt.

Samtlige av lærere og helsesykepleiere, det vil si ni av ti, beskrev at ungdommer oppsøkte hjelp oss dem med spørsmål om psykiske lidelser. Gjerne daglig og ukentlig. En helsesykepleier beskrev at ungdommer oppsøkte hjelp om psykisk relaterte ting, og gjerne flere ganger til dagen. Sju av dem sa at de kunne hjelpe ungdommene. En helsesykepleiere fortalte at hun kunne hjelpe et stykke på vei, og noen ganger trengte de mer hjelp enn hun kunne gi, da gjennom fastlegen, mestringsenheten, BUP og DPS. En sosiallærer beskrev det slik:

*«Ja, jeg føler jeg kan hjelpe de, og da er det en trygghet at det er instanser rundt skolen og kompetente folk som en kan drøftes saker med, å hjelpe dem videre» sosiallærer 2.*

Med andre ord kan dette tyde på at mange ungdommer føler trygghet med å komme til lærere og helsesykepleiere med spørsmål om psykiske lidelser. Hvor omtrent alle lærere og helsesykepleiere som er med på denne studien har deltatt kurs med Psyk Opp kan hjelpe ungdommene.

## 4.7 Være tilgjengelig og normalisere psykiske lidelser.

Det ble stilt spørsmål til informantene om hvordan de bidro til å redusere stigma knyttet til psykiske helse i møte med ungdommer. Spørsmålet ble stilt med intensjoner om å vite om kompetansehevingen påvirket stigma i samhandling med ungdommer som søkte hjelp om psykiske lidelser. Gjennom intervjuene fremkom det to begreper knyttet til dette. Det ene var tilgjengelighet og det andre normalisering av psykiske lidelser. Begrepene var ment til å være forebyggende mot stigma knyttet til psykiske lidelser.

### 4.7.1 Tilgjengelighet

Begrepet tilgjengelighet var det sammenlagt seks av informantene som fortalte noe om. En helsesykepleier nevnte at de hadde god tilstedeværelse på skolen, slik at ungdommene kunne føle trygghet med å komme til dem. Det var det viktigste de gjorde for forebygging. En annen helsesykepleier beskrev at å være tilgjengelig og snakke åpent om psykiske helse og ha det oppe på dagsorden var viktig for å bryte stigma.

#### 4.7.2 Normalisering

Normaliseringer var det sju av informantene som nevnte. En helsesykepleier pekte på at psykisk helse er noe som vi alle har. Så for henne var det ikke så stigmatiserende om ungdom hadde spørsmål om den ene eller andre problemstillingen. Det var en del av livet å gå på en smell og at uforutsette ting kunne skje, noe som hun prøvde å formidle til ungdommene. En annen helsesykepleier beskrev at det ikke var stor forskjell om man kom med tanker som var vanskelige, eller om man hadde vondt i magen. En trengte å være psykisk syk for å ha psykiske utfordringer. En lærer beskrev at hun pleide å ta en runde rundt alle klasser om høsten, hvor hun informerte om at hun var tilgjengelige for en prat. Hun fortalte ungdommene at hun snakket med mange av dem i løpet av året. Det kunne være små og store ting. Videre at det var normalt å gruble litt, og at det var viktig at de hadde en voksen i livet sitt å snakke med. Hun snakket det ned for å normalisere, og forsøkte å ikke lage noe stort ut av det å snakke med en voksen. Hun var også opptatt av å normalisere mye av det de sliter med. For eksempel, at alle hadde angst om dagen, også er de kanskje bare litt engstelig og det er normalt. Flere lignende historier er gitt av informantene. Sitatet under illustrerer dette:

*«Så tenker jeg på å være tilgjengelig og snakke åpent om psykiske problemer. Altså om normale følelser og tanker som er med på det. Jeg prøver gjerne å ta det med i alt vi snakker om, på en måte slik at det blir en naturlig del av samtalen ja». Helsesykepleier 3*

Samlet sett, under punkt 4.8.1 og 4.8.2 så kan det virke som at mange helsesykepleiere og lærere har tilstedeværelse rundt ungdommer for å forebygge stigma knyttet til psykiske utfordringer. De virker åpne om psykiske lidelser eller utfordringer i møte med ungdommene. De er inkluderende ved å tenke at dette kan gjelde alle. De alminneliggjør mye som ungdommene sliter med, kanskje for å ikke fremkalle skam hos ungdommen. Alle informantene hadde deltatt på kursene til psyk Opp, noe som kan ha betydning for den kunnskapen og måten de møtte ungdommer med psykisk relaterte ting.

#### 4.8 Psyk Opp har nådd mål for kompetanseheving, men har forsvunnet fra scenen.

Det ble stilt spørsmål om hvordan målgruppen vurderte målsettingen til Psyk Opp. Dette med hvordan Psyk Opp påvirket med kompetanseheving om psykiske helse til lærere og helsesykepleiere. Spørsmålet ble stilt for å få frem meninger som kunne ha betydning for kvalitetsforbedringsarbeidet til Psyk Opp. Det var generelt store variasjoner på meningene som kom frem. Meningene bestod av fire temaer: 1. Sju av informantene mente at kunnskapen som de fikk fra Psyk Opp har vært oppdaterte og nyttige. 2. Fire helsesykepleiere hevdet at det var lenge siden sist de var på kurs med Psyk Opp. 4. Fire av lærerne mente psykisk helse er noe alle lærere burde få ta del i. 4. To helsesykepleiere og tre sosiallærere fortalte om deres opplevelser knyttet til undervisningspermene.

#### 4.8.1 Oppdatert kunnskap har vært nyttig

En helsesykepleier mente Psyk Opp hadde nådd sine mål, fordi blant annet da hun var på nettsiden til Psyk Opp, før intervjuet tok sin plass, lyste det imot henne artikler rettet mot hennes rolle som helsesykepleier. Dette bekreftet at de fulgte med i utviklingen. Hun hadde også kjøpt litteratur hos dem og brukt i arbeid med ungdom. Hun mente innsatsen var god og hadde respekt for litteraturen de utgir, schizofrenidagene og kompetansehevingen som de bidro med. En lærer beskrev at han syntes Psyk Opp har vært flinke med å tilføre dem oppdatert kunnskap om hvordan ting er. For eksempel hadde Psyk Opp kurs hvor temaet handlet om autoritær oppdragelse og det er alltid aktuelt, mente han, fordi det var noe som de møtte på i dagliglivet. Slike historier delte mange av informantene. Dette sitatet illustrerer det:

*«Ja, det er jo et verktøy som lærere har brukt og opplevd som nyttig. Det de har kommet med har jo vært en kompetanseheving det. Noe som jeg synes, har opplevd har vært nyttig og jeg har jo kommet i kontakt med ungdommer etter at vi har hatt opplegget. Det har blitt klarere i ting, og hatt behov for å snakke om ting. Utsatte ungdommer har blitt henvist videre. Det er absolutt noe som betyr at det er forskjell for ungdommen med kompetanseheving hos lærere». Sosiallærer 2.*

Det kan tyde på at Psyk Opp har påvirket kompetanseheving gjennom oppdatert kunnskap med relevant innhold, som treffer målgruppens skolehverdager. Sitatet sier noe om hvorfor kompetanseheving er viktig, fordi det gjør en forskjell i møte med ungdommen. Uten deltakelse i kurs hos målgruppen, kunne forskjellen vært annerledes.



#### 4.8.2 Lenge siden kurs med Psyk Opp

Det var fire helsesykepleierne som nevnte at det var lenge siden de var på kurs med Psyk Opp. En helsesykepleier beskrev at hun ikke hadde vært på kompetansehevingskurs fra Psyk Opp etter at hun begynte å jobbe i kommunen. Det hadde ikke vært noe tilbud om det fra kommunen. Hun kunne ønske at Psyk Opp kunne vist seg mer i kommunen. En annen helsesykepleier fortalte at hun hadde respekt for det arbeidet de gjør, men det som var litt synd var at schizofrenidagene var blitt så dyre at de i kommunale stillinger ikke fikk lov til å delta. Lignende historier forekom hos to andre også. Sitatet illustrerer dette:

*«Men det er klart hvis du tenker i forhold til schizofrenidagene, så er det fantastisk den jobben de gjør. Men det er mange år siden sist jeg var på kurs med dem, men når vi var der nede så var det veldig bra» Helsesykepleier 5.*

Det kan tyde på at helsesykepleierne synes Psyk Opp gjør en flott jobb med kompetanseheving om psykiske lidelser knyttet til jobben deres, og savner kurs fra dem. Men problemet er at kommunen ikke innfrir kurs fra Psyk Opp, fordi de er blitt så dyre. Det stilles spørsmål om kommunen forstår viktigheten av kompetanseheving? Med dette kan det tenkes at når kommunen eller skoleledelsen bestemmer hvorvidt de skoleansatte skal ha kurs fra Psyk Opp eller ei, kan Psyk Opp har begrensede muligheter til å påvirke kunnskap og redusere stigma. Dette er historiene fortalt av helsesykepleiere som har deltatt på kurs med Psyk Opp, men sier at det er lenge siden sist kurs.

#### 4.8.3 Psykisk helse er noe for alle lærere.

Lærerne på sin side mente at skal Psyk Opp nå sine mål måtte de gjøre alle lærere oppmerksom på at kurset gjaldt for dem. To sa at kurset er viktig for å hjelpe ungdom. To andre at ikke alle lærere forstod at de hadde ansvar for den psykiske helse hos ungdom. Det var noen andres oppgaver, for eksempel psykologer var det en som sa. Ved spørsmålet om Psyk Opp hadde nådd målet med kompetanseheving om psykiske helse hos lærere, tok det litt tid før PPT arbeideren svarte: at Psyk Opp nådde dem som stilte opp på kurs og som valgte å sette av tid til det. Videre opplevde hun at det var masete og brukte tid for å få skolen med på kurset. Psyk Opp var kanskje ikke så flinke til å tydeliggjøre at kurset var for alle lærere og alle som arbeidet med ungdom. Siden det handlet om helse var det mange lærere som tenkte, hvor interessant er dette er for oss? Hun mente at dersom Psyk Opp skal nå sine mål, må de være mer tydeligere på budskapet ut til skolene at dette er kompetanse for lærere. Hun syntes i alle fall at det var meningsfullt å delta på kurs med Psyk Opp. En annen sosial mente at kunnskap om psykiske helse var viktige og at flere lærere burde fått deltatt. En rådgiver beskrev dette:

*«Jeg tenker de lykkes med de som går på kurs. Fordi hadde jeg bare vært lærer tror jeg ikke at jeg hadde hørt om Psyk Opp og hva de arbeidet med». Rådgiver 1*

Dette kan tyde på at Psyk Opp, ikke er så tydelige på at kunnskapen er for alle lærere. Videre noen lærere tenker at dette ikke er vårt område. Dette kan bety at Psyk Opp, kan få begrensede muligheter til å påvirke med kunnskap og redusere stigma. Hvor dette kan ha konsekvenser for at lærere mangler kunnskap om psykiske lidelser og ikke klarer å ivareta ungdommer med psykiske lidelser. Kurset virker meningsfullt for de som delta, og de tenker at det er viktig at alle lærere involveres. Det kan virke som om at de har interesse for faget og synes det er meningsfullt. Videre kan tittelen deres være medvirkende til om de blir prioritert til kurs eller ikke. Samtlige av lærerne i denne studien har tilleggsutdanning, jmfør tabell 1.

#### 4.8.4 Undervisningspermene

Spørsmålet om undervisningsmappene ble tatt opp med alle deltakerne, men bare seks av dem hadde noe å si om dette. Av de fem arbeidet tre av dem på ungdomsskolen, og to på videregående. En helsesykepleier nevnte at de hadde hatt undervisningsopplegg som de hadde kjøpt fra Psyk Opp og brukt, men kunne ønsket enda mer av ulike temaer knyttet til arbeidet med ungdom. En sosiallærer fortalte om undervisningspermene, at hun tenkte at de var «unplugged». Dette innebar at alt er digitalisert nå, og hun fikk disse permene, med kopieringer og tenkte, klarer de å henge med? To andre sosiallærere hadde ingen forhold til permene. Sitatet er beskriver dette:

*«Vi fikk en sånne permer som vi ikke klarte å implementere i skolen, så det stoppet opp. Ja, altså for min egen hverdag så gjorde det sant? For det var en perm med masse materialer som du kunne plukke litt i fra, og i alle fall lære sant? Men vi ble liksom skuffet, for at vi ikke fikk til å ha det som en fast ting på skolen da». Helsesykepleier 4.*

Samlet sett kan det virke som undervisningspermene ikke benyttes i stor grad, og målgruppens meninger om de bruker disse permene i møte ungdommene er svekket. Når undervisningen ikke klares å implementeres på skolen kan dette tyde på at skoleeierens og skolens involvering kan spille en viktig rolle, og likeledes har Psyk Opps påvirkningskraft som forutsetninger for at de åpner opp og tar imot kurs. Dette kan også gi en pekepinn på at digitale plattformer for undervisningspermene ikke var helt oppe å gå heller. Videre grunn til å tro at Psyk Opp, har forbedringspotensialet på dette området. Ifølge medlemmene av Psyk Opp var disse undervisningspermene rettet mot lærere ved ungdomsskolen. Dette kan gi grunn til å tro hvorfor noen informanter ikke besvarte spørsmål om det.

## 5 Diskusjon

I sammenligningen av Psyk Opps undervisningsprogrammer med andre nordiske land viser rapporten Kolouh-Söderlund et al. (2019) at de nordiske landene arbeider noe forskjellig med å fremme den psykiske helsen hos elever. Noen bruker undervisning for å formidle kunnskap om psykiske lidelser, andre kombinerer med fysisk aktivitet. Dette ligner «Folkehelse og livsmestring i skolen», i Norge, det svenske og det islandske programmet. I Danmark gir de ikke karakter i første år ved videregående skole, og i Finland har de det obligatoriske psykisk faget. Norge og Finland har likheter med å innføring psykisk helse faget i skolen. Alle de fem landene har felles mål om å bedre elevenes psykiske helse. Tre av de landene inkludert Norge er inne på tema om å bedre elevens skolepresentasjoner. Det som er mest likt, er at alle de nordiske landene inkludert Norge retter søkelyset mot kompetanse om psykisk helse hos elev. Men ulikt to av programmene til Psyk Opp – Norge, slik som «Hva er det med Monica» og «Psykisk helsepedagogikk» som henvender seg kun mot lærere. Samlet sett så er dette en styrke i de nordiske landene ved å sette søkelys på elevens psykiske helse. En positiv psykisk helse kan medføre mestring og læring hos eleven. En skal heller ikke utelukke at lærere i de andre nordiske landene lærer fra å undervise om psykisk helse til elev, selv om programmene ikke alene fokusere på lærerne. For eksempel fant vi hos Stanley Kutcher et al. (2017) og Stanley Kutcher et al. (2016) at lærere som underviste fikk kunnskap om psykiske lidelser, henviste mer, var trygg med å gi råd til elever med psykiske lidelser, og reduserte stigma. Med andre ord kan dette fortelle at programmer rettet mot elev kan også gi lærere kunnskap om psykiske lidelser slik at de kan iverksette tiltak. Videre redusere stigma, og få evne til å gi råd til elev med psykiske lidelser. På tilsvarende måte kan det tenkes at Psyk Opp kan påvirke med kunnskap og redusere stigma hos målgruppen og elev, men kanskje bedre hos målgruppen siden noen av undervisningsprogrammene er kun rettet mot dem. Det hadde vært interessant om andre studier forsket på dette for å se om det faktisk har en betydning med kun kurs rettet mot lærere og helsesykepleiere.

Det ble gjort et søk i skolens databaser for å finne ut hvordan de andre nordiske landene påvirker med kunnskap om psykiske lidelser bare hos lærere og helsesykepleiere, slik som Norge. Men søket ga dessverre ingen treff. Dette gir grunn til å tro at det kanskje ikke finnes psykisk helsefremmende undervisningsprogrammer kun rettet mot lærere og helsesykepleiere i de andre nordiske landene. Hvilket kan fortelle at Psyk Opps arbeid, ligger lengre fremme når det gjelder det. Psyk Opp regnes jo som Europas største innenfor konferansevirksomhet,

og i Norden med bøker inne psykisk helsefremmende arbeid (Skogen et al., 2014). Med andre ord kan de andre landene ha Norge som rollemodell i det psykiske helsefremmende arbeidet.

I vårt datamateriale viste funn at noen av informantene opplevde at Psyk Opp leverte oppdaterte kurs og var nyttige, som de brukte i arbeidet med ungdommene. Dette kan ha sammenheng med at Psyk Opp, bruker erfarne spesialister slik som psykiatere og psykologer til å undervise i psykisk helse og psykiske lidelser (Bjørknes, 2012). På den måten kan de ha levert den nyeste forskningen til målgruppen, som har vært relevant til deres arbeid. Med andre ord har Psyk Opp ligget i forkant med å gi ny kunnskap, hvor de har påvirket med kunnskap og redusert stigma hos målgruppen. Lærere og helsesykepleiere mente kunnskapen var relevant i møte med ungdom med psykiske lidelser.

Fordelene med kurs kun rettet mot lærere og helsesykepleiere, og hvor Psyk Opp sier at temaene i undervisningen bestemmes av den enkelte lærere eller regionen, kan være at lærerne får muligheten til å stille spørsmål, for å få enda mer kunnskap. I motsetning til å få ferdige undervisningsprogrammer å undervise i. På den måten kan Psyk Opp ha økt opp forståelsen hos dem enda mer om den aktuelle problemstillingen, slik at deres barriere mot stigma knyttet til psykiske lidelser kan ha blitt redusert, og de dermed lettere kan være imøtekommende med den utsatte ungdom. Med andre ord kan dette være godt utgangspunkt for å påvirke kunnskap også redusere stigma.

Hensikten med kompetanseheving fortalte fagpersonene og medlemmene i Psyk Opp var tidligoppdagelse slik at elevene kunne få tidlig hjelp. Videre at forståelse kan være med å forebygge, bryte ned stigma og holdningsendring. I forhold til dette svarte samtlige av målgruppen at kunnskap styrket forståelsen slik at ungdomshistoriene tas på alvor. Med dette mente de at de så grenseland da det handlet om alvorlig psykiske lidelser, slik som for eksempel med spiseforstyrrelser. Dette virker til å korrelere med Psyk Opps målsetting, og gir tilbakemelding på hvordan målgruppen mener de bruker kunnskapen og reduserer stigma for å hjelpe ungdommen. I tillegg sier Psyk Opp at hensikten er å alminneliggjøre psykisk lidelse, slik at det kan likestilles med vår fysiske helse. Kanskje derfor «Folkehelse og livsmestring» baseres på fysisk aktivitet i likhet med noen av de nordiske landene? En kan tenke at når man har det godt fysisk kan det gi utslag på den psykiske helsen også. Hvilket kan være strategien for å påvirke kunnskapen hos målgruppen i samarbeidet med ungdom.

En sosial lærer, fortalte at kursene til Psyk Opp var viktige for å forstå hva skolevegring er for noe, og for å komme med løsninger. Ifølge Haugland og Misvær (2009) kan skolevegring

være forbundet med angst. Dette eksempelet viser viktigheten av at lærere og helsesykepleiere får kunnskap om tidligoppdagelse. Hvor opplevd kompetanse har betydning i møte med ungdommen for å kunne hjelpe. Alle informanter beskrev at de samarbeidet med andre støtteapparater, når de møtte utfordringer knyttet til psykiske lidelser hos ungdom. Disse funnene er i tråd med (Andersson et al., 2009; Stanley Kutcher et al., 2017). Hvor lærere med kompetanse om psykiske lidelser identifiserte elever og henviste videre til andre instanser for behandling. Dette kan fortelle hvordan kursene til Psyk Opp kan ha påvirket i beslutnings saker, samarbeid med andre støtteapparater med tanke på å hjelpe ungdom best mulig. Videre har den betydning for den som deltar kurs å forstå, og handle i møte med ungdom med psykiske lidelser. Dette harmonerer med Ekornes (2017) hvor det beskrives at deltakelse i psykisk helsefremmende arbeid har en betydningsfaktor for opplevd kompetanse.

Funn i studien viste at Psyk Opp hadde nådd mange delmål med de ulike undervisningsprogrammene. Antistigma arbeidet har de hatt enormt med fremgang på, og de har i løpet de siste 10-15 årene nådd 10.000 lærere nasjonalt. Målet blir de aldri ferdige, sier de. Ifølge Gjerustad et al. (2019) har Psyk Opp spredning av kurs nasjonalt, og ikke bare i Rogaland, selv om de fleste informantene kom derfra. Dette kan fortelle at Psyk Opp har påvirket med kunnskap og redusert stigma over hele landet. Det vil si at mulighetene for at flere lærere og helsesykepleiere får muligheten til å fange opp ungdom som har psykiske lidelser er større.

Som andre målsetting viste funn at Psyk Opp ønsket å styrke lærere og helsesykepleiere slik at de ble trygge i møte med ungdommer. Studiens funn viste at fem i målgruppen ga uttrykk for at kunnskap ga dem trygghet i møte med ungdommen med psykiske lidelser, dette i tråd med (Stan Kutcher et al., 2016), som også viste at undervisningsprogrammer medvirket til at lærerne følte seg trygg ved å gi råd til elever med psykiske lidelser. Trygghet i vårt datamateriale innebærer også å se sin posisjon i arbeidet og forstå psykiske lidelser. Dette kan gi ansvarsbevissthet og forståelse i arbeidet med den utsatte ungdom. Imidlertid viste funnene at ikke alle i målgruppen følte det slik. To av helsesykepleiere nevnte at de gjerne skulle hatt mer kunnskap om psykiske lidelser. En sa at de kunne hjelpe med de enkle tingene med ungdommens psykiske helse, men var mer usikker på hvor godt hun kunne hjelpe når det gjaldt de omfattende tingene. Hun skulle gjerne hatt kunnskap om angst, depresjoner, stress og generelt om psykisk helse knyttet til ungdom. Videre, var det mange som var enige i det hun fortalte. Dette samsvarer med Skundberg-Kletthagen og Moen (2017) om at

helsesykepleiere mente at de manglet kunnskap og erfaring med å arbeide med unge med psykiske lidelser. Hvorav dette kan gi indikasjoner til å tenke at Psyk Opp ikke har klart å påvirke dem tilstrekkelig med kunnskap om psykiske lidelser, og redusert stigma i lys av målsettingen deres. Videre kan helsesykepleiernes arbeidshverdag være preget av uforutsigbarhet i møte med ungdom som sliter psykisk.

Funn i studien viste at to som kjente til Psyk Opps arbeid godt, mente deres arbeid var mest rettet mot lærere, selv om helsesykepleiere defineres som målgruppen til Psyk Opp (Andersson et al., 2009). I tillegg viste funn fra vårt datamateriale at flere helsesykepleiere beskrev at det var lenge siden sist de var på kurs med Psyk Opp. Dette ga indikasjoner til å tro at Psyk Opps kurs er mest rettet mot lærere og ikke helsesykepleiere. Noe som kan ha sammenheng med at helsesykepleiere ikke inviteres til kurs. Videre at det tenkes at helsesykepleiere fikk dekket kursbehovet andre plasser, slik som hos VIP (Gjerustad et al., 2019). Det hadde vært interessant om andre studier kunne undersøkt hvor mye kurs helsesykepleiere fikk fra de forskjellige undervisningsprogrammene rettet mot dem. Dette oppimot opplevd kompetanse om psykiske lidelser. I dette tilfellet kan det virke som at Psyk Opps kurs ikke er tilstrekkelig.

Ifølge Skundberg-Kletthagen og Moen (2017) beskriver de at 60% av helsesykepleierne sier at 50% av jobben deres er forbundet med psykiske problemer. I tillegg nevner Haugland og Misvær (2009) at det stilles krav til helsepersonell ved skoletjenesten om å hjelpe ungdommer med psykiske lidelser. Samlet sett, så illustrerer dette dilemmaet helsesykepleiere kan møte i arbeid når det forventes av dem å levere kunnskap om psykiske lidelser, samtidig som de ikke har kunnskapen til å bistå med. Funn i studien viste at en helsesykepleiere sa at de trengte mer kurs slik som Psyk Opp ga, noe som kan støttes. Når vi vet at med manglene kunnskap om psykiske lidelser kan stigmatiserende holdninger opptre. I tillegg kan skoleansatte unngå ungdommer med psykiske lidelser og opplevd offentlig stigma kan forsterkes hos vedkommende. Videre hindre vedkommende i å søke hjelp (Corrigan, 2004; Dybvig, Jensen & Johannessen, 2009; Moses, 2010). Ifølge (Chandra & Minkovitz, 2007) styrkes ungdommens villighet til å søke hjelp når de vet at skoleansatte kan hjelpe dem. Med dette stilles det spørsmål til Psyk Opp om å rette fokus mot helsesykepleiere for her er det behov kompetanseheving om psykiske lidelser. Det kan tenkes at Psyk Opp har et stykke igjen å gå for å nå målet med å påvirke kunnskap og redusere stigma om psykiske lidelser hos helsesykepleiere. Noe som de selv kan være enige i, siden de fortalte at målet blir de aldri ferdige med på linje med den fysiske helse.

Hvorfor ikke helsesykepleiere blir prioritert til kurs med Psyk Opp, kan skyldes årsaker som at Psyk Opp ikke har ressurser til å kurse dem, eller kommune og skoleledelsen ikke er involvert i hensiktene med Psykisk helse i skolen. Videre at kommunen bestemmer at Psykisk helse skal innføres i skolen uten å involvere skoleledelsen. Eller motsatt. For at implementeringen av psykisk helsearbeid skal lykkes i skolen, er det viktig at kommunen, skoleledelsen og lærere samarbeide om dette, og forstår hensiktene (Gjerustad et al., 2019). Hvorvidt Psyk Opp har ressurser til å gi kurs til helsesykepleiere er vanskelig å si. Ifølge funn fra denne studien beskrev to helsesykepleiere at kommunen ikke prioriterte kurs for dem med Psyk Opp. En sa at det var fordi kursene til Psyk Opp var blitt så dyre. Ifølge Bjørknes (2012) er «Hva er det med Monica» kursene gratis og tilbys skolene. Dette setter spørsmåltegn ved om Psyk Opp når godt ut med informasjon til skolene om at programmet er gratis? Den andre tingen er at funn fra studien viste at en i PPT- tjenesten opplevde det som masete med å få skolen på kurs med Psyk Opp. Den mente dersom Psyk Opp skal nå sine mål, må de være tydeligere mot skolen og lærere at kurset er for dem. Av den grunn kan det derfor være viktig at Psyk Opp er tydelige med informasjon til kommunene, skoleledelsen, lærere og helsesykepleiere om hensiktene til kursene, slik at de forstår og Psyk Opp får utbytte med målet sitt. Kanskje blir det prioritert kurs til helsesykepleiere også, og de kan bedre gjøre jobben som forventes av dem. Det kan også oppfattes at kurs om psykisk helse programmene bestemmes av hva andre tenker og synes er viktig for skolen, hvor det tas beslutning om å innføre eller ei. Det gir en tanke om at Psyk Opp må være mer på. Investering i helsesykepleierne kan tenkes å komme lærerens, kommunen og skoleledelsen til fordel mot de lovpålagte krav og nasjonale føringer med å fremme det psykososiale arbeidet og styrke læring hos de unge. Så i bunn og grunn er dette vinn-vinn situasjon for kommunen og skolen å akseptere Psyk Opp sine kurs. Slik at Psyk Opp kan påvirke med kunnskap om psykiske lidelser og redusere stigma hos disse.

Stigmatiseringene holdninger gjelder ikke bare i tilknytning til psykiske lidelser, men også til HIV, demens og kreft (Gele et al., 2017; Mehdiyar et al., 2020; Nielsen et al., 2020; Plantin et al., 2017; Tharaldsen et al., 2017). Videre er kunnskap om den aktuelle sykdommen viktig for at folk kan søke hjelp eller endre holdning i en positiv retning. En måte som kan være med å redusere stigma knyttet til demens, kreft og HIV er gjennom informasjon. På en måte kan man si at Psyk Opp har påvirket med kunnskap og redusert stigma hos lærere og helsesykepleiere, med opplysningskampanjer- antistigma arbeid om psykiske lidelser gjennom sine undervisningsprogrammer, litteratur, kurs og internett (Dybvig, Jensen, Johannessen, et al.,



2009). Hvor dette kan gi kompetanseløft og påvirke stigma slik at lærere og helsesykepleierne unngår stereotypering og diskriminering av ungdommene med psykiske lidelser. Funnene i denne studien tyder på at lærere og helsesykepleiere har mindre stigma mot ungdommene med psykiske lidelser. De tenker at psykiske lidelser kan ramme alle. I lys av dette, kan det tenkes at Psyk Opps undervisningsprogrammer har klart å redusere stigma knyttet til psykiske lidelser hos dem. Videre hjelpe den endrende holdningene til at ungdom ikke utsettes for offentlig stigma. Hvor det kan føre til at selvstigma dempes, og kan resultere i et bedret selvbilde, selvtillit, følelse av likeverd stilt i samfunnet, mestring og at de tørr å søke hjelp (Corrigan, 2004). Som studiens funn viser, er en av målsetningene til Psyk Opp, at de unge ikke utsettes for stigma og bygge kunnskap slik at folk kan søke hjelp. Med andre ord kan funn fra målgruppen oppimot Psyk Opps hensikt, forteller at de har lyktes med målsettingen, selv om det er et stykke igjen. Handlingen hos lærerne og helsesykepleiere kan være et uttrykk på hvordan de mener kunnskap har påvirket i møte med ungdom i en positiv retning.

Til stross for at noen av helsesykepleiere har manglende kunnskap, viste studiens funn at flere helsesykepleiere og lærere også har kunnskap på hvordan de mener kompetansehevingen har påvirket stigma i møte med ungdom med psykiske lidelser. Nemlig å være tilgjengelig og normalisere psykiske lidelser. Ifølge Haugland og Misvær (2009) er det å være tilgjengelig for ungdom et signal på at de er ledig for en prat og at det ikke er stigmatiserende å ta kontakt. Dette samsvarer med funnene i denne studien, at forebyggende tiltak knyttet til stigma har sammenheng med at de viste at de var tilgjengelige. Når det gjelder normalisering av psykiske lidelser sa målgruppen at de blant annet så på psykiske lidelser som en del av livet, og prøvde å formidle det til ungdommene. For eksempel at alle har angst om dagen, så er de bare engstelige og det er normalt. Dette virker til å harmonere med Helsedirektoratet (2015) hvor det beskrives at det er viktig å sette søkelys på hva som er normale og unormale livsutfordringer. Ifølge Haugland og Misvær (2009) påpekes viktigheten av å normalisere og generalisere det de unge uttrykker, for å redusere skyld, skam og stigma som følger med det. Likevel er det viktig slik mange informantene utrykte å ta ungdomshistoriene på alvor, og henviste til andre instanser når de ser at det er nødvendig. Dette viser at de fleste har kunnskap om å skille normale psykiske lidelser fra alvorlig psykiske lidelser. Funn i denne studien viste at Fagpersoner og medlemmene i Psyk Opp beskrev at en av hensiktene med kompetansehevingen hos målgruppen, var å bygge opp kunnskap, endre holdninger, alminneliggjøre, ufarliggjøre og å bryte ned stigma. Dette harmonerer også med hva målgruppen som har gjennomført Psyk Opps kurs bekrefter at de gjør, i møte med ungdom

med psykiske lidelser. Begrepne tilgjengelige og normalisering var ikke brukt i internasjonale studier om hvordan de omtalte reduksjon av stigma, for eksempel i Stan Kutcher et al. (2016) nevnte de at lærere som underviste i psykiske helseprogrammer ble mer åpne og elevene søkte hjelp hos dem. Dette tolkes som tenkt komponent for årsak til redusert stigma. Funn i vårt datamateriale viste at alle i målgruppen opplevde at ungdom oppsøkte dem med spørsmål om psykiske lidelser, og samtlige følte at de kunne hjelpe dem. I tillegg, var de tilgjengelige og normaliserte normale psykiske lidelser som kan forekommer hos ungdom. Det tenkes å svare til helsesykepleieres og lærerens meninger om hvordan kompetanseheving kan ha påvirket stigma i møte med ungdom. Kanskje innholdet i undervisningsformen i andre land er noe forskjellig fra Norge? Det å normalisere, alminneliggjøre og ufarliggjøre er også i tråd med hensikten til Psyk Opp. Hvor dette kan fortelle at hensikt og undervisning om psykiske lidelser og stigma samsvarer med hva målgruppen sier de praktiserer.

Kanskje når man får kunnskap, så skjønner man hvor viktig det er at alle som arbeider rundt ungdommer bør kunne få delta på kurs, for å forstå psykiske lidelser blant ungdommer. I vårt funn var det en sosiallærer som fortalte at psykisk helse er fundamentalt, og at alle lærere burde ha fått muligheten til å delta. Flere lærere som ble intervjuet mente psykisk helse var noe for alle. Dette harmonerer med Andersson et al. (2009) som beskrev at de tolket det som at lærere og helsesykepleiere som gikk på kurs med programmene Psykisk helse i skolen var spesielt interesserte i faget, og ha lettere for å undervise i faget. Med andre ord kan det være lettere for Psyk Opp å påvirke målgruppen som deltar i kurs med kunnskap om psykiske lidelser og redusere stigma, enn dem som ikke er interesserte.

Det kan være derfor dem med tilleggs utdanning blir prioritert til kurs? I tillegg, fordi de stilles til ansvar for ungdommens psykiske helse i skolen (Dybvig, 2009). I denne studien har alle fire lærere tilleggsutdannelse som sosiallærer, rådgivere og PPT-tjenesten, bare en miljøarbeider, så det bekrefter at tilleggsutdannelse kan ha noe å si. Det vil videre si at Psyk Opp har forsøkt å påvirke med kunnskap og redusere stigma hos de fleste fagpersoner rundt elever på skolen, men ikke hos alle. For eksempel i forbindelse med denne studien ble tre lærere, hvor to med tilleggsutdannelse som lektorer og en som lærer, ekskludert fra studien, fordi de ikke hadde kjennskap til Psyk Opp. Dette bekreftet også funn i denne studien, hvor en rådgiver beskrev at Psyk Opp lykkes med de lærere som gikk på kurs, og hadde hun ikke vært en rådgiver trodde hun ikke hun hadde hørt om Psyk Opp. Noe som kan være en svakhet, fordi ungdom kan henvende seg til en lektor, like mye som kanskje en rådgiver. Imidlertid virker dette problemet til å være løst, med «Folkehelse og livsmestring i skolen». Psyk Opp

kan påvirke flere lærere og ungdom med kunnskap om psykiske lidelser og redusere stigma på et større et nivå, enn de tidligere har gjort. Dermed kan de lykkes enda mer med arbeidet målsetting.

Funn fra denne studien beskrev at ikke alle lærere følte et ansvar for å ivareta ungdommens psykiske helse. Det var noen andres oppgaver mente de. Det kan tenkes at på grunn av manglene kunnskap, ressurser eller interesse kan være avgjørende faktor om du føler ansvar eller ikke. Ifølge Ekornes (2017) opplevde lærerne «lærestress» med dilemmaet med ansvar for det faglige og samtidig skulle hjelpe elever med psykiske problemer. Lærerne forstod allikevel at psykisk helsefremmende arbeid mot elevene var viktig, men på grunn av manglende ressurser og kunnskap gjorde at de ikke visste hvordan de skulle tilnærme seg elever med psykiske lidelser. Videre at lærere med tilleggsutdanning som spesialpedagogikk hadde lettere med å forstå sin del av å arbeide med psykiske helsefremming, hvor deltakelse i psykisk helsefremmende arbeid hadde en betydningsfaktor for opplevd kompetanse. Med andre ord, dersom man har manglende kompetanse på psykiske lidelser kan barrieren til å møte ungdom med psykiske lidelser være anstrengt, og i det hele tatt gjøre det vanskelig å undervise i faget. Det kan være en utfordring med faget «Folkehelse og livsmestring i skolen». Samtidig som faget kan bidra til kompetanseheving hos lærere som underviser i faget. Dette igjen i tråd med (Stanley Kutcher et al., 2017; Stan Kutcher et al., 2016). Hvor lærere som underviste i opplæringsprogrammer og implementering av psykisk helsefremmende førte til å gi kompetanse om psykiske lidelser til lærere, elever og reduserte stigma knyttet til dette. Med andre ord kan årsakene til hvorfor noen lærere vegrer seg i å møte ungdommer med psykiske lidelser være mange. Men med «Folkehelse og livsmestring i skolen», kan Psyk Opp påvirke med kunnskap om psykiske lidelser og redusere stigma hos de lærerne som de ellers ikke treffer.

Datamaterialet i denne studien ble utviklet mellom tidsperioden 2019-2020. På den tiden var ikke «Folkehelse og livsmestring i skolen» en del av læreplanen. Utfordringene som funn fra denne studien viste med undervisningspermene, kan tenkes å ha spilt en rolle i hvorfor det var viktig og riktig med implementeringen av «Folkehelse og livsmestring i skolen». Med «Folkehelse og livsmestring i skolen» viser Psyk Opps at de står på og utvikler seg, fornyer seg i takt målet sitt, og har engasjement for å drive med opplysning. Dette for å påvirke med kunnskap og redusere stigma hos lærere og helsesykepleiere som arbeider med ungdommer, hvor det kan bli lettere for ungdommen å søke hjelp. Et mulig forslag er at Folkehelse og

livsmestring erstatter plassen for undervisningspermene, men hvis ikke bør Psyk Opp lage digitale utgaver av disse.

## 6 Konklusjon

Funnene i vårt materiale viste at Psyk Opp hadde ulike strategier for å påvirke kunnskap og redusere stigma hos lærere og helsesykepleiere. I sammenligning med andre nordisk land, ga funn indikasjoner til å tro at Psyk Opp kan ha påvirket og redusert stigma på et større grunnlag, fordi de påvirket med kompetanseheving om psykiske lidelser til kun lærere og helsesykepleiere, og både lærere og elev. Dette i motsetning til de andre nordiske landene, hvor kunnskap om psykiske lidelser var mer rettet mot lærer og eleven. I tillegg fokuserte Psyk Opp på temaer som den enkelte skolen hadde behov for, og det tenkes på grunn av det at de lå lengre fremme i utviklingen av psykisk helse i skolen. Fordi med dette utgangspunktet kan lærerne få anledning til å stille spørsmål istedenfor å få et ferdig undervisningsprogram hvor det kan være begrenset mulighet for å få dypere forståelse. Likevel stilles det spørsmål til med lærerne i sentrum om det faktisk har betydning måten Psyk Opp praktiseres på? Fordi forskning viste at lærere som deltok i et undervisningsprogram om psykiske helseprogram i skolen opplevde kompetanseheving om psykiske lidelser, var i stand til å kunne identifisere elever med psykiske lidelser og henviste disse til behandling. Samt reduserte stigma hos lærerne og elever hvor de søkte hjelp. Derfor hadde det vært interessant om andre studier ville studert sammenhengen mellom disse.

Hensikten med arbeidet hos lærere og helsesykepleiere var tidligoppdagelse slik at de kunne identifisere elevene med psykiske lidelser, henvise dem slik at de fikk raskt hjelp, samtidig bryte ned stigma knyttet til psykiske lidelser. Funn i denne studien viste at målgruppen til Psyk Opp mente kompetansehevingen kan ha påvirket i møte med ungdom, fordi de evnet til å identifisere alvorlig lidelser hos ungdom, slik som vrangforestillinger og hallusinasjoner, samt spiseforstyrrelse. Samtidig som de kunne skille normale psykiske lidelser, for eksempel at ungdom kan kjenne på angstfølelser, så var de bare engstelige og det er normalt.

Flesteparten henviste da det var behov, og alle støttet seg til andre tjenester da de møtte utfordringer i møte med ungdom med psykiske lidelser. Dette kan være en bekreftelse på at Psyk Opp lykkes med de målsettingene. En annen bekreftelse på at Psyk Opp har påvirket med kunnskap og redusert stigma var at samtlige i målgruppen beskrev at mange ungdom henvendte seg til dem med spørsmål om psykiske lidelser, og de kunne hjelpe dem. Videre kan dette også ha sammenheng at de fikk oppdatert kunnskap som kan ha påvirket deres møte med ungdom.

Vi har også sett at stigma er forbundet med psykiske lidelser, HIV, demens og kreft og personer med disse diagnosene opplever selvstigma, hvor den enten kan være forsterket eller

dempet av offentlig stigma. Manglende kunnskap og stigma var da avgjørende for å skaffe seg hjelp. Forebyggende tiltak slik som informasjon og antistigma kampanjer har betydning for å bryte stigma og at folk oppsøke hjelp. Dette kan betraktes på lik linje med Psyk Opps, undervisningsprogrammene, skriftlige materiale og sosiale medier rettet mot målgruppen. Hvor de gjennom mange formidlingsveier gir kunnskap til målgruppen og de kan bli åpne mot ungdom med psykiske lidelser, og ungdommene lettere kan søke hjelp. På den måten kan Psyk Opp ha påvirket med kunnskap om psykiske lidelser og redusert stigma hos målgruppen.

Når samtlige av målgruppen brukte ordet normalisering og å være tilgjengelig for ungdom. Hvor litteraturen viste at disse begrepene i arbeid med ungdom er viktige for å redusere stigma knyttet til psykiske lidelser. Kan dette gi en forklaring på hvordan målgruppen mente kompetanse kan ha påvirket i møte med ungdom. Samtidige som dette kan presentere hvordan fagpersonene og medlemmene i Psyk Opp mener de har påvirket med kunnskap om psykiske lidelser og redusert stigma blant målgruppen. I forhold til andre studier var det blitt registret at de ofte omtalte reduksjon i forhold til stigma, ved at lærere henviste og hjalp elevene videre. I vårt data materiale viste funn at i tillegg til at målgruppen kunne henvise og hjelpe ungdom, var de også tilgjengelige og normaliserte psykiske lidelser hos ungdom.

Psyk Opp sine kurs skal bygge opp kunnskap, bidra til åpenhet, trygge lærerne og helsesykepleiere i møte med ungdom og endre holdninger. Våre funn viste at noen av målgruppene opplevde trygghet i sitt arbeid i møte med ungdom. Samtidig viste våre funn at noen helsesykepleiere ikke var så trygge og trengte mer kunnskap om psykiske lidelser. Hvilket harmonerer med en norsk studie, som beskriver at det er mangel på kunnskap hos helsesykepleiere. Dette kan gi grunn til å tro at Psyk Opp ikke har klart å nå målet med kompetanseheving hos helsesykepleiere med kunnskap om psykiske lidelser og redusert stigma. Siden noen av informantene som kjente til Psyk Opps arbeidet, mente kursene er mer rettet mot lærere, kan dette gi oss en forklaring på hvorfor det kan være manglende kunnskap hos dem, eller at kommune ikke tilby kurs, fordi de ikke har kunnskap om hensiktene til undervisningsprogrammene. Hvilket kan ha sammenheng med hvorfor flere helsesykepleiere sier at det var lenge siden sist de var på kurs med Psyk Opp.

Læreren på sin side mente at dersom Psyk Opp skal nå målet med kompetanseheving om psykiske lidelser, er det viktig at de er tydeligere på budskapet til skolen og lærere at kurset var rettet mot alle lærere. Det er gjort noen spekulasjoner til hvorfor kanskje ikke alle lærere inviteres på kurs. Dette kan blant annet handle om deres faglige bakgrunn, og funn fra studien bekrefter at de lykkes med de lærerne som deltar på kurs. Dette kan også fortelle at Psyk Opp

har påvirket med kunnskap om psykiske lidelser og redusert stigma hos mange lærere, men ikke hos alle.

Kursene til Psyk Opps virker som et supplement for å kvalitetssikre de nasjonale føringer og lovverkene som kommune og skolen stilles ovenfor. Videre de forventninger som stilles mot lærere og helsesykepleieres bidrag i det psykososiale arbeidet. Dette kan de lykkes enda bedre med gjennom implementering av «Folke helse og livsmestring i skolen». Videre kan det tenkes at «Folkehelse og livsmestring i skolen» dekker plassen for undervisningspermene. Hvis ikke bør Psyk Opp utvikle digitale plattform for det.

Samlet sett, virker funn i studiens datamateriale at Psyk Opp kan ha klart å påvirke kunnskap om psykiske lidelser hos målgruppen, fordi hva målgruppens sier de praktiseres i møte med ungdom samsvarer med Psyk Opps sine målsettinger. Imidlertid hos personer som har deltatt på kurs med Psyk Opp. Situasjonen kan være annerledes for de uten deltakelse. Et forbedringsområde i Psyk Opp arbeidet, slik funn peker mot, handler om å øke kompetanseheving hos helsesykepleiere. Kompetanseheving er en forutsetning for å kunne føle seg trygg og hjelper ungdom med psykiske lidelser og redusere stigma. Det hadde også vært interessant om andre fremtidige studier, slik som med kvantitative metode, kunne undersøkt hvor mye kurs helsesykepleiere fikk knyttet til psykiske lidelser hos ungdom. For å se om behov for kompetanseheving om psykiske lidelser er dekket eller ikke. I tillegg om andre studier ville sett på sammenhengen mellom kurs kun rettet mot lærere og helsesykepleiere, i forhold til kurs som er rettet mot både lærere og ungdom.

## 7 Referanser

- Adelman, H. S. & Taylor, L. (2009). *Mental health in schools: Engaging learners, preventing problems, and improving schools*: Corwin Press.
- Andersson, H. W., Kaspersen, S. L., Bjørngaard, J. H., Bungum, B., Ådnanes, M. & Buland, T. J. S. R. (2009). Psykisk helse i skolen. Effektevaluering av opplæringsprogrammene "Hva er det med Monica?", STEP-ungdom møter ungdom og "Venn 1. no". Delrapport A.
- Bjørknes, R. J. U. u. n.-v. t. f. b. o. u. p. h. (2012). Beskrivelse og vurdering av tiltaket: "Hva er det med Monica?". 28, 1-6.
- Bjørndal, A. & Hofoss, D. (2004). *Statistikk for helse- og sosialfagene* (2. utg. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Chandra, A. & Minkovitz, C. (2007). Factors that influence mental health stigma among 8th grade adolescents. 36(6), 763-774.
- Christoffersen, L., Johannessen, A., Tufte, P. A. & Utne, I. (2015). *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene*. Oslo: Abstrakt forl.
- Corrigan, P. (2004). How stigma interferes with mental health care (s. 614-625). [Washington, D.C.] :
- Dalgard, O. S. J. F. O. (2006). Sosiale risikofaktorer, psykisk helse og forebyggende arbeid.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Dybvig, S., Jensen, M. F., Johannessen, J. O. & Psykiatrisk opplysning, S. (2009). *Stigma - antistigma : stigmatisering av personer med psykiske lidelser, hvordan kan det bekjempes?* (2. utg. utg.). Stavanger: Stiftelsen psykiatrisk opplysning.
- Ekornes, S. (2017). Teacher Stress Related to Student Mental Health Promotion: the Match Between Perceived Demands and Competence to Help Students with Mental Health Problems. *Scandinavian journal of educational research*, 61(3), 333-353. doi: 10.1080/00313831.2016.1147068
- Froggett, L., Ramvi, E. & Davies, L. (2014). Thinking from Experience in Psychosocial Practice: Reclaiming and Teaching 'Use of Self'. *Journal of Social Work Practice*, 29(2), 1-18. doi: 10.1080/02650533.2014.923389
- Gele, A. A., Qureshi, S. A., Kour, P., Kumar, B. & Diaz, E. (2017). Barriers and facilitators to cervical cancer screening among Pakistani and Somali immigrant women in Oslo: a qualitative study (s. 487-496). [Auckland, N.Z.] :



- Gjerustad, C., Smedsrud, J. & Federici, R. A. (2019). Systematisk arbeid med psykisk helse: Spredning, bruk og implementering av eksterne skoleprogram.
- Haugland, S. & Misvær, N. (2009). *Håndbok for skolehelsetjenesten* (2. utg. utg.). Oslo: Kommuneforl.
- Helland, M. S. & Mathiesen, K. S. (2009). *13-15-åringer fra vanlige familier i Norge : hverdagsliv og psykisk helse* Vol. 2009:1.
- Helsedirektoratet (2018). *Psykiske lidelser -barn og unge. Henvisning og start.* (Sist oppdatert 22.mars 2019). Hentet 9. mars 2021 fra: <https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/psykiske-lidelser-barn-og-unge/henvisning-og-start-psykiske-lidelser-pakkeforlop-barn-og-unge#grunnlag-for-henvisning>
- Helsedirektoratet (2017). *Betydningen av Psykisk helse i skolen.* Hentet 5.april 2021 fra: <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/selvskading-og-selvsmord-veiledende-materiell-for-kommunene-om-forebygging/forebygging-av-selvsmord-og-selvskading-bor-skje-pa-ulike-arenaer-samtidig/betydningen-av-Psykisk-helse-i-skolen>
- Helsedirektoratet (2015). *Fagspesifikk innledning - psykisk helsevern for barn og unge.* Hentet 2. mai 2021 fra: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/prioriteringsveiledere/psykisk-helsevern-for-barn-og-unge/fagspesifikk-innledning-psykisk-helsevern-for-barn-og-unge>
- Helse -og omsorgsdepartementet (2019). *Opptappingsplan for barn og unges psykiske (2019-2024).* (Prop.121 S (2018-2019). Hentet 16.april 2021 fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-121-s-20182019/id2652917/?ch=1>
- Helse -og omsorgsdepartementet (2018). *Folkemeldinga- Gode liv i eit trygt samfunn.* (Meldt. St.nr. 19 (2018-2019). Hentet 20.mars 2021 fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/84138eb559e94660bb84158f2e62a77d/nno/pdfs/stm201820190019000dddpdfs.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2002). *Resept for et sunnere Norge* (Meld. St. nr. 16 (2002-2003). Hentet 5. mars 2021 fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-16-2002-2003-/id196640/>

- Kolouh-Söderlund, L., Hertzberg, L., Hadnagy, J. & Walke, L. (2019). Adolescent Health in the Nordic Region—Health promotion in school settings: Nordens välfärdscenter/Nordic Welfare Centre.
- Kutcher, S., Wei, Y., Gilberds, H., Brown, A., Ubuguyu, O., Njau, T., . . . Studies, T. (2017). The African Guide: One Year Impact and Outcomes from the Implementation of a School Mental Health Literacy Curriculum Resource in Tanzania. *5*(4), 64-73.
- Kutcher, S., Wei, Y., Gilberds, H., Ubuguyu, O., Njau, T., Brown, A., . . . Perkins, K. (2016). A school mental health literacy curriculum resource training approach: effects on Tanzanian teachers' mental health knowledge, stigma and help-seeking efficacy (s. 1). London :.
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M. & Rygge, J. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Malterud, K. (2001). Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *Lancet*, *358*(9280), 483-488. doi: 10.1016/s0140-6736(01)05627-6
- Malterud, K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning : en innføring* (2. utg. utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg. utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Mehdiyar, M., Andersson, R. & Hjelm, K. J. G. h. a. (2020). HIV-positive migrants' experience of living in Sweden. *13*(1), 1715324.
- Moses, T. (2010). Being treated differently: Stigma experiences with family, peers, and school staff among adolescents with mental health disorders. *70*(7), 985-993.
- Mykletun, A., Knudsen, A. K. & Mathiesen, K. S. (2009). Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv.
- NESH. (2018). *Forskningsetiske retningslinje for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi*. Hentet 1. april 2021 fra: <https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/hum-sam/forskningsetiske-retningslinjer-for-samfunnsvitenskap-humaniora-juss-og-teologi/>
- Nielsen, T. R., Nielsen, D. S. & Waldemar, G. (2020). Barriers in access to dementia care in minority ethnic groups in Denmark: a qualitative study (s. 1-9). [Abingdon, Oxfordshire] :.
- Opplæringslova. (1998). *Lov om grunnskolen og den videregående opplæringa* (opplæringslova). Hentet 5.mai 2021 fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1998-07-17-61> (Sist endret LOV- 2020-06.19-21 fra 01.01.2021).

- Plantin, L., Wallander, L. & Mannheimer, L. J. I. j. o. S. h. (2017). Public knowledge and attitudes to HIV: Research from three decades in Sweden. *29*(1), 22-31.
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2017). *Resource manual for nursing research : generating and assessing evidence for nursing practice* (10th ed. utg.). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Psyk Opp (01.01.2020). Hentet 8. april 2021 fra: <https://www.psykopp.no/post/psykisk-helsepedagogikk>
- Psyk Opp (2019). Hentet 8.april 2021 fra: <https://www.psykopp.no/om-oss>
- Reneflot, A., Aar, L. & Aase, H. Psykisk helse i Norge (2018). Folkehelseinstituttet; 2018.
- Sandelowski, M. (1998). Writing a good read: Strategies for re-presenting qualitative data. *Research in nursing & health*, *21*(4), 375-382. doi: 10.1002/(SICI)1098-240X(199808)21:4<375::AID-NUR9>3.0.CO2-C
- Skogen, E., Pedersen, T. L., Mikalsen, H. H. & Haga, J. I. (2014). *Psyk opp 25 år : innenfra og ut*. Stavanger: Hertervig forl.
- Skundberg-Kletthagen, H. & Moen, Ø. L. J. J. o. c. n. (2017). Mental health work in school health services and school nurses' involvement and attitudes, in a Norwegian context. *26*(23-24), 5044-5051.
- Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse : en innføring i kvalitativ metode* (4. utg. utg.). Bergen: Fagbokforl.
- Tharaldsen, K. B., Stallard, P., Cuijpers, P., Bru, E. & Bjaastad, J. F. (2017). 'It's a bit taboo': a qualitative study of Norwegian adolescents' perceptions of mental healthcare
- WHO (2014). Hentet 9.mai 2021 fra: <https://www.bartleby.com/essay/The-World-Health-Organization-2014-Defines-Mental-F35NHZ4CPL95#:~:text=%20The%20>

## 8 Vedlegg

### 8.1 Vedlegg 1: Svar fra NSD

#### **NSD Personvern**

04.03.2019 01:14

Det innsendte meldeskjemaet med referansekode 137408 er nå vurdert av NSD.

Følgende vurdering er gitt:

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 04.03.2019, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

**MELD ENDRINGER** Dersom behandlingen av personopplysninger endrer seg, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. På våre nettsider informerer vi om hvilke endringer som må meldes. Vent på svar før endringer gjennomføres.

**TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET** Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 31.08.2020.

**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** NSD 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 behandles 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 Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20).

NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13. 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 NSD 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). For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET NSD vil følge opp underveis (hvert annet år) og ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet/pågår i tråd med den behandlingen som er dokumentert.

Lykke til med prosjektet!

*For informasjon har det blitt sendt melding om at studien ble utsatt med tenkt fullførelsen år 2021.*

## 8.2 Vedlegg 2: Invitasjonsbrev

Vil du delta i forskningsprosjektet *Kunnskap om psykisk helse og stigma*?

Dette er en forespørsel til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke hvor godt informasjonen fra Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning (PsykOpp) når ut til allmennheten. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelsen vil innebære for deg. Hensikten med studien er å undersøke hvordan PsykOpp bidrar til kompetanseheving om psykisk helse blant lærere og helsesøstre i Norge. I tillegg ønsker vi å vite hvordan kunnskapen er med på å forebygge og redusere stigma relatert til psykisk helse blant ungdommer og oppsøking av hjelp ved skolehelsetjenesten.

Det er hevdet at utviklingen av psykiske lidelser blant barn og ungdommen er bekymringsfull i Norge. Det antas at 15-20 prosent av barn mellom 3 og 18 år har redusert funksjon grunnet psykiske lidelser som angst, depresjon og atferdsproblemer.

Dette er en masteroppgave hvor kunnskapen som utvikles kan være nyttig i det videre arbeid med forebygging av stigma, og øke kunnskapen blant lærere og helsesøstre om psykisk helse blant ungdom.

Masteroppgaven skal besvare følgende forskningsspørsmål:

- I hvilken grad har Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning bidratt til å øke kunnskap om psykisk helse blant lærerne og helsesøstrene?

- Hvordan har kompetanseheving om psykisk helse blant lærere og helsesøstre bidratt til å redusere stigma blant elever i videregående skole ved å oppsøke hjelp om psykiske plager?

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Masteroppgaven utføres ved Universitetet i Stavanger. Veileder for masteroppgaven er Olav Thorsen, ph.d. og førsteamanuensis II ved Det helsevitenskapelige fakultet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Som en i målgruppen for PsykOpp, som inkluderer lærere, helsesøstre, rådgivere, sosiallærere, PP-tjenesten og alle andre faggrupper i skolen som arbeider med ungdom, inngår du i

utvalgskriteriene og får spørsmål om å delta. Invitasjonsbrevene er sendt til ansatte ved Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning og andre fagpersoner som arbeider innen psykisk helse, lærere og helsesøstre.

Hva innebærer det for deg å delta?

Det vil brukes dybdeintervju, fokusgruppeintervju og spørreskjema for innsamling av data. De opplysningene som skal samles inn, er lærernes og helsesøstrenes mening om Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning, og hvordan kunnskapen påvirker deres håndtering av ungdom med psykiske problemer. Andre deltakere er medlemmer i PsykOpp og fagpersoner innenfor arbeidet psykisk helse. Det vil bli benyttet lydopptak under intervjuene. Det regnes ca. 1 time på hvert intervju.

Noen av spørsmålene blant lærere og helsesøstre er:

1. Hvilke erfaringer har du med Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning, og hvordan vil du vurdere innsatsen deres?
2. Vurdering av egen kunnskap om psykisk helse i møte med ungdom med psykiske problemer.
3. Hva synes du om innføring av psykisk helse i læreplanene i forhold til ditt fagområde?
4. Hvordan vil du beskrive elevens holdning ved undervisning om psykisk helse?

Spørsmål til medlemmene i Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning og fagpersoner.

1. Hva mener du kan gjøres for å forbedre tilgangen til opplysninger om psykisk helse hos ungdom?
2. Hvilke strategier og midler bruker dere for å oppnå kunnskap hos lærere og helsesøstre?
3. Generelt inntrykk av arbeidet, og utfordringer dere møter?

Spørsmål til Sverige, Danmark og Finland.

1. Hvordan arbeider dere for å redusere stigma om psykisk helse blant ungdom videregående skole?

2. Hvordan jobber dere med kompetanseheving om psykisk helse blant lærere og helsesøstre?

3. Hvilke erfaringer har dere av lærere og helsesøstres håndtering av psykisk helse i møte med ungdom?

Det er frivillig å delta Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om deg vil bli anonymisert. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg. Det vil heller ikke påvirke ditt forhold til arbeidsplassen.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

Opplysningene som gis har kun studenten og veilederen tilgang til. Personopplysning ved gjenkjenning av identifikasjon som alder, navn eller bosted vil ikke utleveres i intervjueteksten. I forbindelse med intervjuet og transkriberingen av intervjuetekster vil personene i teksten bli kalt for informantene. Når det gjelder oppbevaring av datamaterialet, vil det utvikles koder og egne mapper for innlogging.

Denne masteroppgaven skal bruke monografi oppgaveoppsett og skrives på norsk.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet skal etter planen avsluttes august 2020. Datamaterialet vil da bli slettet etter forskningsprosjektet er ferdig og det vil ikke vil være mulig å spore opp de involverte.

På oppdrag fra Universitetet i Stavanger har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

· Student: Mary Darko Wersland.



Mobilt nummer: 48032937

E-post adresse: m.darko@stud.uis.no

· Veileder: Olav Thorsen

Mobil 91316476

E-post adresse: olav.thorsen@uis.no

· Fagligansvarlig: Trond Erik Grønnestad

Mobil: 90888642

E-post adresse: trond.gronnestad@uis.no

· NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost: (personvernombudet@nsd.no) eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Prosjektansvarlige

Student: Mary Darko Wersland

Veileder: Olav Thorsen

### 8.3 Vedlegg 3: Intervjuguide

#### **Intervjuguide- lærere og helsesykepleiere**

- Presentere meg selv, hva jeg studerer og om oppgaven.
- Personvern: dette er anonymt. Du vil ikke bli gjenkjent i oppgaven. Du kan trekke seg når helst under intervjuet og det vil ikke noen konsekvenser for deg.
- Lydopptak, er det greit at den brukes?
- Lengde av intervju ca 1 time
- Da starter vi.

**Bakgrunnsopplysning:** Helsesøster eller lærer? Alder og arbeidserfaring, ungdomsskole eller videregående skole?

Lydopptak settes på.

#### **Innledning**

Spørsmål om Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning (Psyk Opp):

- 1. Har du deltatt i noen av kursene til Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning? I så fall hvilke?*
- 2. Hva vet du Stiftelsen Psykiatrisk Opplysninger?*
- 3. Hvilke erfaringer har du med Psyk Opp, og hvordan vil du vurdere innsatsen deres?*

#### **Tema: Kompetanseheving om psykisk helse.**

- 4. Hvordan vil du vurdere din kunnskap om psykisk helse i møte med ungdom med psykiske problemer?*
- 5. Hvilke støtteapparater finnes rundt deg dersom du møter på utfordringer i samtale med ungdommer med psykiske problemer?*
- 6. Hvor ofte opplever du at får hjelpe elever som oppsøker psykisk helsehjelp fra deg?*

7. *Opplever du at du får hjelpere ungdommer som henvende seg til deg med spørsmål om psykiske problemer?*

**Tema: Stigma og holdninger til psykisk helse**

8. *Hvordan bidrar dere til å redusere eller forebygge stigma rundt psykisk helse blant ungdommer?*

9. *Hvordan har kunnskap om psykisk helse bidratt til å endre din holdning i møte elev med psykiske plager?*

10. *Er det noen løsninger som du kan se, kan gjøre det lettere for ungdommer å oppsøke hjelp i forhold til psykisk helse?*

**Tema: Målsetting til psyk Opp:**

11. *I hvilken grad vil du mener Psyk Opp har nådd sine mål med kompetanseheving om psykisk helse blant lærere og helsesykepleiere?*

12. *Hva mener du bør satses mer på i forhold til kompetanseheving om psykisk helse blant lærere og helsesykepleiere?*

13. (A) *Hva var nyttig med kurset*

(B) *Hva kan forbedres eller tilføyes?*

14. (A). *Hvilke forventninger satt du med før kurset ledet av Psyk Opp?*

(B). *Ble dine forventninger innfridd etter kurset?*

15. *Hva trenges for at du skal føle deg trygg i jobben du gjør?*

16. *Hva synes du om innføring av psykisk helse i læreplanene i forhold til ditt fagområde?*

17. *Hvordan vil du beskrive dine interesser for undervisningen?*

18. *Hvordan vil du beskrive elevenes mottakelse av undervisningen?*

*19. Hvilke forebyggende tiltak kan du se i skolen er rettet mot redusering av stigma, og i forhold til oppsøking av hjelp mot psykiske lidelser hos elev?*

*20. Kan du fortelle om undervisningspakkene.*

**Avslutning:**

*-Annet du ønsker å tilføye? Takk for intervjuet. Det var interessant å høre på.*

## **Intervjuguide- fagfolk i Stiftelsen Psykiatrisk opplysning**

- Presentere meg selv, hva jeg studerer og om oppgaven.
- Personvern: dette er anonymt. Du vil ikke bli gjenkjent i oppgaven. Du kan trekke seg når helst under intervjuet og det vil ikke noen konsekvenser for deg.
- Lydopptak, er det greit at den brukes?
- Lengde av intervju ca 1 time
- Da starter vi.

**Bakgrunnsopplysning:** Alder og arbeidserfaring.

Lydopptaket settes på.

**Tema: På hvilke måter bidra Psyk Opp med å påvirke kunnskap om psykiske helse og redusere stigma blant lærere og helsesykepleiere?**

1. *Hva synes du Psyk Opp bør gjøre mer av i forhold til kompetanseheving om psykisk helse blant lærere og helsesykepleiere?*
2. (A) *Hvilke ressurser har Psyk Opp? og*  
*(B) Hvilke ønsker har du for den?*
3. *Hva mener du kan gjøres for å forbedre tilgangen til kunnskap, og stigma relatert til psykisk helse hos ungdom?*
4. *Hva bør dere gjøre mer av?*
5. *Hva bør dere gjøre mindre av?*
6. *I hvilken grad vil du vurdere at Psyk Opp har nådd sine mål om kompetanseheving om psykisk helse blant lærere og helsesykepleiere?*

7. *Bruker dere andre måter enn kursing for å formidle kunnskap om psykisk helse til lærere og helsesykepleiere om ungdom?*
8. *Hva mener du om kursene som legges opp til lærere og helsesykepleiere?*
9. *Er kursene til lærere og helsesykepleiere knyttet opp mot redusering av stigma i møte med ungdom med psykisk problemer?*
10. *Hvilken tilbakemelding får dere fra lærere og helsesykepleiere etter kursinger?*
11. *Hva mener du Psyk Opp bør satse mer på innen formidling av kunnskap om stigma relatert til psykisk helse blant ungdom?*
12. *Hvordan vil du vurdere kompetansehevingskurset "Hva er det med Monica"?*
13. *I sammenligning med andre land hvor vil du plassere Norge i forhold til arbeidet mot stigma relatert til psykisk helse blant ungdommer?*

*- Annet du ønsker å tilføye? Takk for intervjuet. Det var interessant å høre på.*

## **Intervjuguide - Fokusgruppeintervju: På hvilke måte driver Psyk Opp med kompetanseheving om psykiske lidelser til lærer og helsesykepleier?**

**Innledning:** presenterer meg selv, min bakgrunn som sykepleier og at det er jeg som leder samtale. Hensikten med oppgaven, Jeg ønsker å snakke om hvordan Psyk Opp arbeider med opplysningsarbeidet og kompetanseheving om psykiske lidelser til lærere og helsesykepleiere. Jeg ønsker en diskusjon om deres erfaring knyttet til dette temaet. Personen som jeg har med meg som observatør presenterer seg med navn og bakgrunn, og at hun skal sitte å ta notater i forhold bakgrunnsopplysninger uten lydopptak, hvem som snakker og stemningen i diskusjonen.

Jeg forteller om personvern: dette er anonymt. Du vil ikke bli gjenkjent i oppgaven. Du kan trekke deg når helst under intervjuet og det vil ikke ha noen konsekvenser for dem. Sender rundt samtykkeskjema.

Før vi begynner ønsker jeg alle velkomne og at deltakerne presenterer seg selv med alder, arbeidstittel og antall arbeidserfaring.

Lengde av intervju ca 1,5 time

Da starter vi.

Lydopptak settes på.

### **Informasjon om Psyk Opp**

*1. Kan dere fortelle om psyk Opp?*

### **Tema: På hvilke bidrar dere til å øke kunnskap om psykiske lidelser?**

- 2. Hvordan vil dere beskrive arbeidet dere gjør i forhold til kompetanseheving til målgruppen deres (lærere og helsesykepleiere)?*
- 3. Hvilken strategi bruker dere for å øke kunnskapen om psykisk helse hos lærere og helsesykepleiere?*
- 4. Hva er de viktigste kunnskapene dere gir lærere og helsesøstre i forhold til psykisk lidelser i møte med ungdom?*

5. *Hvilken utfordring møter dere ved kompetanseheving om psykisk lidelser blant lærere og helsesykepleiere?*
6. *Hvilket inntrykk har dere av hvordan kursing om psykisk lidelser til lærere og helsesykepleiere er?*
7. *Hvilke situasjoner kan dere se at kompetanseheving om psykisk lidelser blant lærere og helsesykepleier har fungert?*
8. *Hvilken tilbakemelding får dere fra lærere og helsesykepleiere?*
9. *Kan dere forteller om hvordan dere arbeider med disse?*
10. *Hvordan bidrar dere til implementering av psykisk helse i læreplanen?*
11. *Gode og negative sider ved implementeringen.*
12. *Hvordan følger dere opp skolene (lærere og helsesykepleiere) i forhold til vedlikehold av kunnskap om psykiske lidelser hos ungdom?*
13. *Hva er hensikten med kompetanseheving om psykiske lidelser til lærere og helsesykepleiere?*
14. *Hvordan legger dere til rette i skolene slik at ungdommer opplever oppsøking av informasjon om psykiske lidelser mindre stigmatiserende?*
15. *Hvordan imøtekomme lærere og helsesykepleiere behov for opplæring om psykisk lidelser?*
16. *Hvor ofte holder dere kurs om psykisk lidelser til lærere og helsesykepleiere?*
17. *Hvilke kurs benyttes til kompetanseheving om psykisk lidelser til lærere og helsesykepleiere?*
18. *Hvordan bidrar dere til samarbeid mellom lærere og helsesøstre?*
19. *Hvilke andre nordiske land samarbeide dere med, og hvordan samarbeide dere?*
20. *Hvilket tiltak fra andre land som for eksempel Sverige, Danmark og Finland tar dere bruk i Norge?*

### **Tema: Redusere stigma**

21. *Hva er de viktigste redskapene for å redusere stigma om psykisk lidelser i møte med ungdommer?*
22. *Hvordan vil dere evaluere arbeidet deres hos lærere og helsesykepleiere, spesielt ned tanke på å redusere stigma knyttet til psykisk lidelser blant ungdom?*
23. *Hva mener dere er nøkkelen for å redusere stigma relatert til psykisk lidelser blant ungdom?*



**Tema: Målene for Psyk Opp**

*24. Har dere nådd målet for Psyk Opp? Dette med kompetanseheving om psykiske lidelser blant lærere og helsesykepleiere?*

**Tema: Hvordan blir Psyk Opp finansiert til opplysningsarbeidet?**

*25. Hvor får dere midlene for å drive PsykOpp?*

*26. Hvordan bidrar midlene til å oppfylle målet deres for Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning?*

*27. Hvordan har korona pandemien påvirket kompetansehevingen?*

*28. Jeg oppsummerer temaer som vi har snakket om.*

8.4 Vedlegg 4: Eksempel fra analysen.

Være tilgjengelig og normalisere psykiske lidelser.	Meningsbærende enhet (empiri)	Kondensering i subgrupper	Gullsitat	
<p>Helsesykepleier 1</p> <p><b>Helsesykepleier 2</b></p>	<p>Ja, jeg tenker den psykiske helsen er noe vi alle har. Å ta vare på så for meg er det ikke så stigmatiserende om de kommer med verken den ene eller den andre problemstillingen og jeg prøver å formidle det til ungdommene også at det er en del av livet og å gå på en smell og hmm.. at uforutsett ting skjer.</p> <p>- Vi som helsesykepleier har god tilstedeværelse på skolen at vi er til stede hele veien sånn at de kan komme og at de føler en trygghet med at vi er her. Det er det viktigste vi gjør som helt forebyggende.</p>	<p>-Jeg tenker den psykiske helsen er noe vi alle har. Å ta vare på så for meg er det ikke så stigmatiserende om de kommer med verken den ene eller den andre problemstillingen og jeg prøver å formidle det til ungdommene også at det er en del av livet og å gå på en smell og hmm.. at uforutsett ting skjer.</p> <p>-Så tenker jeg på å være tilgjengelig og snakke åpent om psykiske problemer. Og normale følelser og tanker hmm.. som er med på det.</p>	<p>Så tenker jeg på å være tilgjengelig og snakke åpent om psykiske problemer. Altså om normale følelser og tanker som er med på det. Jeg prøver gjerne å ta det med i alt vi snakker om, på en måte slik at det blir en naturlig del av samtalen ja.</p> <p>Helsesykepleier 3</p>	

	<p><b>Helsesykepleier 2</b></p> <p>Være tilgjengelig å snakke åpent om psykiske helse og ha det oppe på dagsorden.</p>	<p>Prøver å gjerne hmm å ta det med i alt vi snakker om på en måte sånn at det blir naturlig hmm.. en del av samtalen ja. - Så er jeg opptatt av å normalisere mye av det de sliter med. At sant? alle har angst om dagen. Også kanskje bare litt engstelig og det er normalt.</p>		
Helsesykepleier 3	<p>-Hmm ..og eller så tenker jeg på å være tilgjengelig og snakke åpent om psykiske problemer. Og normale følelser og tanker hmm.. som er med på det. Prøver å gjerne hmm å ta det med i alt vi snakker om på en måte sånn at det blir naturlig hmm.. en del av samtalen ja.</p>			
Helsesykepleier 4	<p>-Ja, det er dette at vi er tilgjengelig.</p>			

Helsesykepleier 5	<p>Det er ikke stor forskjell på når folk har hmm... tanker som er vanskelige eller om de har vondt i magen på en måte ikke sant? -Det er vanskelig, men jeg tror vi er gode på å formidle at dette er en del av livet på en måte. Det er vanskelig, og en trenger ikke å være psykisk syk for det om en har det vanskelig.</p>			
Lærer 1	<p>Ehm.. jeg husker en av de første kursene som jeg var på i psykisk helse som ble sagt noe så enkelt som om at alle hadde en psykisk helse og det hadde jeg ikke tenkt over før- men du vet at alle har en psykisk helse. Noen har vondt i hodet og noen har vondt i ryggen. Alle har en psykisk helse, åja det har vi faktisk. Og det at livet går opp og ned for alle- og det er veldig mange 12-13 åringer som ikke tror- at i det de får</p>			

	<p>kjærlighetssorg eller at de å krangle med ei venninne da blir på en måte verden helt svart. Så det er egentlig å ufarliggjøre det. Alle er nedstemt i perioder, alles liv er vanskelig inni imellom sant?</p>			
Lærer 2	<p>Jeg har en runde rundt alle klasser på høsten, der jeg sier at jeg er tilgjengelige for en prat at jeg snakker med utrolig mange ungdommer i løpet av et år og det kan være små ting og det kan være store ting ehm. Dette er for mange – så kan det være et krevende år hmm... ja, snakker det ned og normalisere og ikke lage stort av å komme å snakke om det med en voksen.</p> <p>-At det er normalt å gruble litt og at det er viktig at de har en voksen i livet ditt å snakke med.</p>			

	<p>-Så er jeg opptatt av å normalisere mye av det de sliter med. At sant? alle har angst om dagen. Også kanskje bare litt engstelig og det er normalt.</p>			
Lærer 3	<p>Hmm.. vi gjør oss synlige med å gå inn i klassene, snakker høyt  hmm.. meg og andre med ungdommene om det å ha psykiske problemer. Snakker positivt om det å søke hjelp.  -At vi gjør det til sånne ting som gjør det enkelt å snakke om da.</p>			
Lærer 4	<p>-EHmm... at vi klarer å formidle at psykisk helse er noe som er naturlig og vi ikke kan slippe unna noen av det. Det er bare sånn det er ehmm.. og ikke minst alminnelig gjøre det, for det er viktig.</p>			
Lærer 5	<p>-Det er jo normalisere det.</p>			

Kondensat	<p>Jeg tenker at psykiske lidelser er en del av livet. Jeg prøver å formilde det til ungdom. Så for meg er det ikke stigmatiserende når de kommer med psykiske utfordringer. Alle kan gå på en smell. Så tenker jeg å være tilgjengelig og snakke åpent om det, normale følelser og tanker som er med på det. For eksempel at alle har angst om dagen, så er de bare engstelige og det er normalt.</p>			
-----------	--	--	--	--