



Universitetet
i Stavanger

FAKULTET FOR UTDANNINGSVITENSKAP OG HUMANIORA

MASTEROPPGAVE

Studieprogram: Utdanningsvitenskap spesialpedagogikk	Vårsemesteret, 2019 Åpen
Forfatter: Britt Inger Espeland Høiland	(signatur forfatter)
Veileder: Hilde Margrethe Bleg Hegna	
Tittel på masteroppgaven: Psykisk helse i skolen: En kvalitativ studie av helsesykepleiers arbeid i barneskolen for å fremme elevers psykiske helse. Engelsk tittel: Mental health in school: A qualitative study of the school nurse's work in primary school to promote pupils mental health.	
Emneord: Psykisk helse, helsesykepleier, trivsels – og helsefremmende arbeid, forebyggende arbeid, tverrfaglig samarbeid	Antall ord: 33597 + vedlegg/annet: 38252 Stavanger, Juni/2019 dato/år

Forord

Etter å ha fullført grunnskolelærerutdanningen 1.-7. trinn, og deretter begynt på masterutdanningen i spesialpedagogikk, har jeg lært og erfart at elevenes psykiske helse er avgjørende for deres utvikling, læringsutbytte og videre fremtid. En av dem som skal bidra til å fremme elevens psykiske helse er helsesykepleieren i skolen. Jeg hadde lite kjennskap til hva helsesykepleieren gjør for å fremme elevenes psykiske helse, og var derfor interessert i å undersøke dette nærmere.

Masteroppgaven utgjør avslutningen på mine to år som masterstudent innen spesialpedagogikk. Jeg har lært utrolig mye som jeg vil ta med meg når jeg nå skal begynne i jobb som spesialpedagog. Det er virkelig nå kunnskapen skal komme til nytte og mye mer skal læres – til det beste for barna.

Å skrive en masteroppgave har vært en spennende, krevende, frustrerende og lærerik prosess. En prosess som hadde vært tyngre uten støtte fra min tålmodige mann, min likesinnede studievenninne Gry Tonje Torsen, min tidligere medstudent Marte Hermansen, min gode mor som har lest korrektur og min dyktige veileder Hilde Margrethe Bleg Hegna. Tusen takk!

Sammendrag

Hensikten med denne kvalitative studien har vært å utforske hvordan helsesykepleiere arbeider for å fremme god psykisk helse blant barn i barneskolen. For å undersøke dette er det benyttet semistrukturert intervju med fem helsesykepleiere i samme kommune.

Problemstillingen er formulert slik:

Hvordan arbeider helsesykepleiere i barneskolen for å fremme god psykisk helse blant elever?

Det er utviklet tre forskningsspørsmål for å besvare problemstillingen: *Hvilke arbeidsmetoder bruker helsesykepleier for å fremme elevenes psykiske helse? Hvordan samarbeider helsesykepleiere med lærere i barneskolen for å fremme god psykisk helse blant elever? Hvilke muligheter og begrensninger erfarer helsesykepleiere i arbeidet med å fremme god psykisk helse blant elever?*

Det er brukt lydopptaker, intervjuene er transkribert, og transkripsjonene er analysert ved tematisk analyse. Et fenomenologisk vitenskapssyn med formål om å beskrive helsesykepleierens erfaringer slik de oppfattes av dem, er utgangspunktet for den forståelsen jeg har utviklet i løpet av forskningsprosjektet.

Hovedfunnene viser at helsesykepleieren arbeider på flere måter for å fremme elevens psykiske helse. Helsesykepleierne har samtaler og grupper med elever, underviser om ulike tema, veileder foreldre og bruker «Psykologisk-førstehjelp». Tidlig innsats, helsesykepleiers tilgjengelighet og synlighet blir trukket frem som viktige områder for å fremme elevenes psykiske helse. Helsesykepleierne samarbeider tett med lærere, sosiallærer og i ressursteam. Inkludering av hverandre, god informasjonsflyt og kjennskap til hverandres kompetanse blir blant annet trukket frem som viktig i det tverrfaglige samarbeidet. Studiens funn kan tyde på at det er svakheter i samarbeidet, eller at det ikke er satt godt nok i system. Videre arbeid for å bedre samarbeidet mellom helsesykepleier og personalet i skolen ville vært til det beste for elevene. Helsesykepleierne opplever å ha mulighet til å fremme elevenes psykiske helse ved at de er tilgjengelige på skolen omtrent hver dag, og er tett på elevene. Likevel fører underbemanning i skolehelsetjenesten til at helsesykepleierne opplever mangel på tid og ressurser. Dette går ut over deres muligheter for tverrfaglig samarbeid, helsefremmende arbeid og tiden de får til oppfølging av elever. Helsesykepleierne erfarer også manglende kompetanse innen arbeid med barn som har psykiske utfordringer.

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	6
1.1 Samarbeid om elevers psykiske helse	7
1.2 Hensikt og problemstilling	7
1.3 Begrepsavklaringer	8
2.0 Teori og tidligere forskning	9
2.1 Psykisk helse blant skolebarn	10
2.1.1 Transaksjonsmodellen	10
2.1.2 Stress og mestring	11
2.1.3 Sosial støtte	13
2.1.4 Psykiske plager og lidelser blant barn	14
2.2 Læreren og psykisk helse i skolen	15
2.3 Helsesykepleieren og innholdet i skolehelsetjenesten	16
2.3.1 Trivsels-, helsefremmende og forebyggende arbeid i skolehelsetjenesten	19
2.4 Tverrfaglig samarbeid om elevers psykiske helse	22
3.0 Metode	28
3.1 Prosjektets forskningsdesign og metode	28
3.2 Prinsipper for utvelgelse av informanter	29
3.3 Forberedelse og gjennomføring av datainnsamling	30
3.4 Analyseprosessen	32
3.5 Refleksjoner rundt metode	33
3.5.1 Reliabilitet – studiens pålitelighet	34
3.5.2 Validitet – studiens gyldighet	35
3.6 Forskningsetiske overveielser	36
3.6.1 Informert samtykke	36
3.6.2 Konfidensialitet	36
3.6.3 Forskerrollen	37
4.0 Presentasjon av funn	38
4.1 Helsesykepleier i barneskolen	38
4.2 Helsesykepleiers arbeid for å fremme god psykisk helse	40
4.2.1 Samtaler med enkeltelever	40
4.2.2 Gruppevirksomhet	42
4.2.3 Undervisning i klasser	43
4.2.4 Foreldresamarbeid og veiledning	44
4.2.5 Psykologisk førstehjelp	45
4.2.6 Lav terskel for kontakt	46
4.2.7 Tidlig innsats	47
4.3 Samarbeid om elevenes psykiske helse	48
4.3.1 Samarbeid med lærer om elevenes psykiske helse	48
4.3.2 Helsesykepleiers opplevelse av samarbeidet med lærer	49
4.3.3 Skoleledelsen, sosiallærer og ressursteam som samarbeidspartnere	51
4.4 Erfarte muligheter og begrensninger i arbeidet om å fremme god psykisk helse	52
4.4.1 Helsesykepleiers opplevde muligheter og begrensninger	53
4.4.2 Informasjonsflyt og felles forståelse	56

4.4.3 Taushetsplikten.....	57
4.4.4 Inkludering av helsesykepleier	57
4.4.5 Kjennskap til helsesykepleiers kompetanse.....	59
4.4.6 Helsesykepleiers erfaring fra skolehelsetjenesten og på den aktuelle skolen	59
5.0 Diskusjon.....	60
5.1 <i>Hvilke arbeidsmetoder bruker helsesykepleier for å fremme elevenes psykiske helse?</i>	61
5.1.1 Samtaler med enkeltelever og tidlig innsats	61
5.1.2 Gruppevirksomhet	64
5.1.3 Undervisning i klasser	65
5.1.4 Foreldresamarbeid og veiledning	66
5.1.5 Psykologisk førstehjelp	68
5.1.6 Lav terskel for kontakt.....	69
5.2 <i>Hvordan samarbeider helsesykepleiere med lærere i barneskolen for å fremme god psykisk helse blant elever?</i>	71
5.2.1 Et godt samarbeid med lærerne	72
5.2.2 Helsesykepleier som avlastet for lærer.....	73
5.2.3 Skoleledelsen, sosiallærer og ressursteam som samarbeidspartnere.....	73
5.3 <i>Hvilke muligheter og begrensninger erfarer helsesykepleiere i arbeidet med å fremme god psykisk helse blant elever?</i>	76
5.3.1 Informasjonsflyt og felles forståelse.....	80
5.3.2 Taushetsplikten kan påvirke samarbeidet	82
5.3.3 Inkludering av helsesykepleier	82
5.3.4 Kjennskap til helsesykepleiers kompetanse.....	84
5.3.5 Helsesykepleiers erfaring i skolehelsetjenesten og på den aktuelle skolen.....	85
6.0 Oppsummering og avsluttende kommentarer	86
Referanser	89
Vedlegg.....	98
<i>Vedlegg 1: Godkjent meldeskjema fra NSD</i>	<i>98</i>
<i>Vedlegg 2: Informasjonsskriv med samtykkeerklæring</i>	<i>101</i>
<i>Vedlegg 3: Intervjuguide.....</i>	<i>105</i>
<i>Vedlegg 4: Forenklet intervjuguide.....</i>	<i>107</i>

1.0 Innledning

Opplæringen i skolen skal åpne dører mot verden og fremtiden for elevene, elevene skal utvikle kunnskap, ferdigheter og holdninger for å kunne mestre livene sine og for å kunne delta i arbeid og fellesskap i samfunnet (Opplæringslova, 1998, § 1-1). For at elever skal kunne lære og utvikle seg er en god psykisk helse sentral (Bru, Idsøe & Øverland, 2016, s. 13). World Health Organization (2014) definerer god psykisk helse slik (min oversettelse): *En tilstand av velvære der individet kan realisere sine muligheter, kan håndtere normale stressituasjoner i livet, kan arbeide på en fruktbar og produktiv måte og har mulighet til å bidra overfor andre og i samfunnet.* Denne definisjonen bruker jeg gjennom forskningsprosjektet fordi denne samsvarer godt med formålet med opplæringen i skolen (Opplæringslova, 1998, § 1-1) og dekker flere sider av begrepet god psykisk helse.

Det er satt stort fokus på psykisk helse i skolen de siste årene. Arbeid med fagfornyelse og nye læreplaner har forgått i flere år, og i 2020 skal de tas i bruk i opplæringen (Utdanningsdirektoratet, 2019). «Fremtidens skole – Fornyelse av fag og kompetanser» (NOU 2015:8, s. 19) la frem at skolen trenger fornyelse for å møte fremtidige kompetansekrav i arbeids- og samfunnslivet. En fagfornyelse vil i følge utvalget være nødvendig for at elevene skal kunne mestre livene sine i henhold til formålet med opplæringen (Opplæringslova, 1998, § 1-1). Den nye overordnede delen av læreplanverket ble vedtatt høsten 2017 (Utdanningsdirektoratet, 2017). Her er «Folkehelse og livsmestring» tverrfaglig tema som skal gi elevene kompetanse som fremmer god psykisk og fysisk helse. Livsmestring i skolen skal bidra til at elevene lærer å håndtere medgang og motgang, og utfordringer på best mulig måte. Områder innenfor det tverrfaglige temaet er blant annet fysisk og psykisk helse, verdivalg, mellommenneskelige relasjoner, å kunne sette grenser og respektere andre, mediebruk og personlig økonomi (Utdanningsdirektoratet, 2018).

Folkehelse rapporten fra 2018 viser at de fleste barn og unge i Norge trives på skolen, er fornøyde eller svært fornøyde med livet og har en god psykisk helse (Folkehelseinstituttet, 2018). Vi finner i motsetning til dette 5 prosent av barn og unge i Norge (0-17 år) i behandling hvert år i psykisk helsevern for barn og unge. Psykiske helseplager er en betydelig utfordring i samfunnet, og psykiske lidelser er en av hovedårsakene til sykefravær og uførepensjonering (Øverland, Knudsen & Mykletun, 2011). Tidlig og riktig hjelp vil redusere sjansen for at plagene vedvarer (Bru et al., 2016, s. 17). Helsesykepleieren spiller en nøkkelrolle i å fremme unges psykiske helse, og gjør dette gjennom undervisning, undersøkning og samarbeid med en rekke andre yrkesgrupper (Ravenna & Cleaver, 2016, s.

59). En av samarbeidspartnerne til helsesykepleieren er lærerne. Lærerne må, i tillegg til å ha kunnskap om kjennetegn på psykiske vansker, vite hvordan plagene/vanskene kan forebygges og hvordan de kan veilede og henvise elever til rett hjelpeinstans når det er behov for det. Barn tilbringer store deler av livet sitt i skolen, og samarbeid mellom skolen og andre statlige og kommunale etater og tjenester er både nyttig og nødvendig for elevenes helse, trivsel og læring (NOU 2015:2, s. 319).

1.1 Samarbeid om elevers psykiske helse

Alle kommuner skal tilby helsestasjons- og skolehelsetjeneste til barn og ungdom fra 0-20 år (Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten, 2018, § 3). Viktigheten av skolehelsetjenesten kommer klart frem i en NOU (2015:2, s. 319) hvor utvalget ser på tjenesten sin rolle som helt sentral i kommunens folkehelsearbeid og i det forebyggende arbeidet med å sikre et godt psykososialt skolemiljø for alle elever. Skolehelsetjenesten kan bestå av helsesykepleier, psykolog, fysioterapeut, skolelege og eventuelt andre (Helsenorge, 2018). Skolehelsetjenesten har rutiner for å legge til rette for nødvendig samarbeid med skolen, elever og deres pårørende, spesialhelsetjenesten og andre relevante private, kommunale, fylkeskommunale og statlige tjenester (Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten, 2018, § 4).

For helsesykepleier, som en del av skolehelsetjenesten, er læreren og andre ansatte i skolen, viktige samarbeidspartnere i det forebyggende og helsefremmende arbeidet (Klepp & Aarø, 2017, s. 333). Helsesykepleierne har vært i skolen i mange år, men skolen har ikke vært pliktet til å samarbeide med dem. Mai 2018 vedtok Stortinget endringer i Opplæringslova (1998, § 15-8) som er gjeldende fra høsten 2018, og skolen har nå en gjensidig plikt til samarbeid med helsesykepleier (Waldum-Grevbo, 2018). I Opplæringslova (1998) § 15-8 står det nå: *Skolen skal samarbeide med relevante kommunale tenester om vurdering og oppfølging av barn og unge med helsemessige, personlege, sosiale eller emosjonelle vanskar.*

1.2 Hensikt og problemstilling

Denne studien bidrar til en dypere forståelse for helsesykepleiers arbeid. Formålet med studien er å utforske hvordan helsesykepleiere arbeider for å fremme god psykisk helse blant barn på barneskolen. Dette gjøres gjennom å undersøke hvilke arbeidsmetoder helsesykepleiere bruker og hvordan de samarbeider og opplever samarbeidet med lærerne om elevenes psykiske helse. Studien undersøker hvilke muligheter og begrensninger helsesykepleiere opplever i sitt arbeid om å fremme god psykisk helse i barneskolen. Funn i

datamaterialet peker på hva som kan påvirke samarbeidet om elevenes psykiske helse. Informasjonen som fremkommer av prosjektet vil forhåpentligvis gi opplysning om helsesykepleiers arbeid, og kunne brukes til kvalitetsforbedring av samarbeidet i barneskolen om elevens psykiske helse. Problemstillingen i denne studien er formulert slik:

Hvordan arbeider helsesykepleiere i barneskolen for å fremme god psykisk helse blant elever?

For å besvare denne problemstillingen har jeg utviklet tre forskningsspørsmål:

- *Hvilke arbeidsmetoder bruker helsesykepleier for å fremme elevenes psykiske helse?*
- *Hvordan samarbeider helsesykepleiere med lærere i barneskolen for å fremme god psykisk helse blant elever?*
- *Hvilke muligheter og begrensninger erfarer helsesykepleiere i arbeidet med å fremme god psykisk helse blant elever?*

1.3 Begrepsavklaringer

Jeg vil nå avklare sentrale begreper i dette forskningsprosjektet. Avklaringene vil bidra til å presisere begrepene.

Psykisk helse

World Health Organization (2014) definerer god psykisk helse slik (min oversettelse): *En tilstand av velvære der individet kan realisere sine muligheter, kan håndtere normale stressituasjoner i livet, kan arbeide på en fruktbar og produktiv måte og har mulighet til å bidra overfor andre og i samfunnet.* God psykisk helse er med andre ord en tilstand av velvære.

Helsesykepleier

En helsesykepleier er en sykepleier med videreutdanning innen helsefremmende og forebyggende arbeid rettet mot barn, unge og deres familier (Utdanning.no, 2019). Fra 1. januar 2019 endret tittelen fra helsesøster til helsesykepleier for å få en mer kjønnsnøytral yrkestittel (Helsedirektoratet, 2019). Helsesykepleier er faglig ansvarlig for skolehelsetjenesten i de fleste kommuner i landet (Klepp & Aarø, 2017, s. 331). Tjenesten skal ivareta fysisk og psykisk helse hos barn og unge, og gi helsefremmende og forebyggende tilbud i samarbeid med skolen (Bru et al., 2016, s. 283). Videre i denne studien vil jeg omtale

helsesykepleier som «hun» for å skape bedre flyt i teksten, og fordi et stort flertall av helsesykepleierne er kvinner (Bergsagel, 2018).

Tverrfaglig samarbeid

Tverrfaglig samarbeid er en arbeidsform der flere yrkesgrupper arbeider sammen på tvers av faggrensene for å nå et felles mål (Glavin & Erdal, 2018, s. 24). Her omtales tverrfaglig samarbeid som både tverrprofesjonelt; det vil si samarbeid mellom ulike fagutdannede yrkesgrupper, som tverretattlig; samarbeid på tvers av etatsgrensene i kommunen og som tverrsektorielt; samarbeid på tvers av sektorene i kommunen.

2.0 Teori og tidligere forskning

I dette kapitlet presenteres teori og forskning relevant for studiens problemstilling. Temaene psykisk helse, transaksjonsmodellen, stress og mestring og sosial støtte vil først bli omtalt. Videre vil læreren og psykisk helse i skolen, helsesykepleieren og innholdet i skolehelsetjenesten og trivsels-, helsefremmende og forebyggende arbeid bli belyst. Til slutt presenteres teori og tidligere forskning som omhandler tverrfaglig samarbeid mellom skolehelsetjenesten og skolen.

Det er skrevet bøker om skolehelsetjenesten (Haugland & Misvær, 2009) og det er gjennomført en del tverrfaglige prosjekter (Glavin og Erdal, 2018), men det er forsket relativt lite på skolehelsetjenesten i Norge (Borg, Drage, Fossetøl & Jarning, 2014, s. 121). Det går frem av en rapport av Kunnskapscenteret at det er lite sikker kunnskap om effekten av helsefremmende og forebyggende tiltak i skolehelsetjenesten som er direkte overførbare til norske forhold (Dahm, Landmark, Kirkehei & Reinar, 2010, s. 45). Det finnes mye statistikk på utbredelse av psykiske plager og lidelser blant ungdom (Bakken, 2018, Helleland & Mathiesen, 2009), men mindre når det gjelder barn under 13 år (Drugli & Larsson, 2010). Det er forsket mye på helsefremmende arbeid og spesielt i forhold til ungdom (Klepp & Aarø, 2017) og folkehelse (Folkehelseinstituttet, 2014). Forskning om helsefremmende arbeid blant ungdom innebærer tematikker som rus, bruk av sosiale medier og seksualitet. Det finnes noe forskning om samarbeidet mellom helsesykepleier og lærer og utfordringer samarbeidet står overfor (Hjälmhult, Wold & Samdal, 2002, Hjälmhult, 1999).

2.1 Psykisk helse blant skolebarn

God psykisk helse er tidligere definert som en tilstand av velvære, og noe som er avgjørende for menneskets livskvalitet (Bru et al., 2016, s. 16). Etter Opplæringslova (1998, § 1-1) skal opplæringa åpne dører mot verden og fremtiden for elevene, elevene skal utvikle kunnskap, ferdigheter og holdninger for å kunne mestre livene sine og for å kunne delta i arbeid og fellesskap i samfunnet. For å kunne lære, utvikle og utfolde seg er en god psykisk helse sentral (Bru et al., 2016, s. 13). En studie av 858 skolebarn i 1.-7. klasse viser at psykisk helse blant norske skolebarn alt i alt er god (Drugli & Larsson, 2010, s. 5).

2.1.1 Transaksjonsmodellen

Transaksjonsmodellen viser hvordan kjennetegn med barnet og barnets utvikling henger sammen med andre omliggende faktorer i barnets miljø (Drugli, 2012, s.17).

Transaksjonsmodellen kan kobles til Bronfenbrenners bioøkologiske teori om utvikling. I følge denne teorien skal barnets utvikling ses i en helhetlig sammenheng hvor ulike systemer direkte eller indirekte virker inn på elevens utviklingsprosess (Bronfenbrenner, 1979, s 16). Det foregår et gjensidig samspill over tid med barnet og miljøet rundt. Hvordan barn påvirkes og påvirker miljøet vil være individuelt, og de vil aktivt kunne påvirke sin utviklingsprosess (Bronfenbrenner, 1979, s. 28). Skolen er en sentral arena hvor eleven oppholder seg store deler av dagen, og hva som skjer på skolen har innvirkning på elevens utviklingsprosess (Bronfenbrenner, 1979, s. 22). Forskning har vist at skolebarns psykiske helse i stor grad påvirkes av skolemiljøet (Clausson, 2008). I hvilken grad skolen klarer å imøtekomme elevens behov for utviklingsstøtte, vil ha stor betydning for om skolen utgjør en positiv eller negativ faktor i elevens utvikling.

Det vil finnes beskyttelsesfaktorer og risikofaktorer i og rundt eleven. Forståelse av dem er en del av transaksjonsmodellen (Drugli, 2012, s. 18). Risikofaktorer er faktorer i elevens omgivelser og i eleven selv, som vil kunne bidra til et negativt utviklingsforløp. Dette kan være genetiske, biologiske, mentale, miljømessige og sosiale faktorer (Kvello, 2015, s. 246). Eksempler på risikofaktorer er at barnet er født prematurt, har konsentrasjonsvansker, har vært utsatt for omsorgssvikt eller har vært utsatt for mobbing og/eller mobber andre (Kvello, 2015, s. 251-252). Det er antall risikofaktorer som har størst betydning for om barn eller unge vil utvikle vansker, ikke kjennetegnet på den enkelte risikofaktor. Vedvarende stress og kroniske risikofaktorer vil kunne påvirke barnet verst, fremfor midlertidige stressende livsperioder og risikofaktorer (Kvello, 2015, s. 246). Et barn som utsettes for risikofaktorer behøver ikke å vise symptomer med det samme, og kunnskap om risikofaktorer vil gjøre at en

kan sette inn tiltak tidlig før barnet opplever overbelastning. Beskyttelsesfaktorer vil kunne bidra til å dempe effekten av risikofaktorene. Balansen mellom risikofaktorer og beskyttelsesfaktorer vil derfor være avgjørende for om eleven utvikler seg i negativ eller positiv retning (Kvello, 2015, s. 247). Gode relasjoner, som for eksempel god lærer-elev-relasjon, vil fungere som en beskyttelsesfaktor. Motsatt vil en negativ lærer-elev-relasjon utgi en risikofaktor (Drugli, 2012, s. 18). Relasjoner innen familien er en faktor som har vist seg å ha størst betydning for skolebarns psykiske helse (Clausson, 2008).

Psykiske helseplager viser seg ofte å debutere i løpet av barne- og ungdomstiden, og det kan føre til mistriivsel, lærevansker og funksjonsproblemer i hjem og skole. Det er derfor viktig med tidlig og riktig hjelp for å minske sjansene for at plagene vedvarer (Bru et al., 2016, s. 17). Å identifisere risiko- og beskyttelsesfaktorer i miljøet er avgjørende for å forebygge sykdomsutvikling blant barn og unge (Folkehelseinstituttet, 2009, s. 28). Når en skal kartlegge risiko- og beskyttelsesfaktorer er det viktig å se utover individet og kjernefamilien, og ta for seg alle systemer som har en betydning for barnet (Kvello, 2015, s. 247). Bronfenbrenners bioøkologiske modell (Bronfenbrenner, 1979) kan brukes som utgangspunkt for kartlegging. En inkluderer individets biologi, samspill mellom kontekster individet inngår i, og ser dette i sammenheng med beskyttelsesfaktorer og risikofaktorer. Samspillet mellom alle dimensjonene og systemene utgjør til sammen personens utvikling og transaksjonsmodellen. Mangler i et system kan kompenseres med kvaliteter i et annet system (Kvello, 2015, s. 247).

Risikofaktorer og stress står gjerne i gjensidig påvirkningsforhold til hverandre, slik at begge opprettholdes over tid (Kvello, 2015, s. 264). Å forholde seg til langvarig stress kan føre til at personer utmattes og mestringsferdighetene svekkes. Det er særlig viktig å være bevisst på stress, følelser og mestring hos barn og unge (Lazarus, 2006, s. 214). Barn som opplever høy grad av stress tidlig i livet påvirker barnets psykiske og somatiske helse og utvikling, og øker sannsynligheten for utvikling av vansker og lidelser senere i livet (Kvello, 2015, s. 265).

2.1.2 Stress og mestring

Stress har fått stor interesse de siste årene, og det kan skyldes at stress er avgjørende for vår sosiale, fysiske og psykiske sunnhet (Lazarus, 2006, s. 43). Stress har utviklet seg til å bli en samlebetegnelse på tilpasningsmessige problemer som er fremtvunget av vanskelige livsomstendigheter (Lazarus, 2006, s. 30). Stress og følelser står i en gjensidig avhengighet til hverandre; hvor det er stress er det følelser, og hvor det er følelser er det også ofte stress

(Lazarus, 2006, s. 52). I dag anerkjennes det i stor utstrekning at følelser faktisk har stor betydning for vår psykologiske og fysiske trivsel og sosiale funksjon (Lazarus, 2006, s. 52).

Lazarus forklarer stress gjennom «vippe-metaforen». På den ene siden av vippen har personen de opplevde kravene, og på den andre siden er de psykologiske ressursene en opplever å ha for å håndtere kravene (Lazarus, 1999, s. 58). De opplevde kravene er et resultat av ambisjoner, egne mål og miljøets forventninger. Krav kan være press fra det sosiale miljøet personen inngår i, om å handle på bestemte måter eller å ha bestemte sosiale holdninger (Lazarus, 2006, s. 82). Blir kravene større enn personen har ressurser til å takle, oppstår et stressende forhold. Miljøvariabler og personvariabler bestemmer om personen opplever en situasjon som stressende og videre trenger en mestringsstrategi for å håndtere den. Personvariablene avgjør om personen er sårbar overfor visse omstendigheter. Det er derfor viktig å ha kjennskap til personlige variasjoner når en ønsker å forstå årsaken til ulike stressreaksjoner (Lazarus, 2006, s. 93-94).

Mestring handler om den kognitive og atferdsmessige innsatsen for å håndtere psykologisk stress (Lazarus, 2006, s. 139). I hvilken grad en mestringsstrategi er effektiv er kontekstavhengig (Lazarus, 2006, s. 140). God mestring handler derfor om å velge den beste strategien i den bestemte situasjonen (Lazarus, 2006, s. 104). Som regel vil høy grad av mestring samsvare med lavt stressnivå, og motsatt vil lav grad av mestring samsvare med høy grad av stressnivå (Lazarus, 2006, s. 129).

Mestringsstrategiene kan deles inn i to kategorier; emosjonsfokusert mestring og problemfokusert mestring (Lazarus, 2006, s.145). Ved emosjonsfokusert mestring regulerer personen følelser knyttet til den stressende situasjonen. Personen endrer hvordan den tenker overfor situasjonen, og ikke selve relasjonen mellom person og miljø. I problemfokusert mestring vil personen forsøke å skaffe seg informasjon om hvordan den kan endre det problematiske forholdet mellom person og miljø, og fokuset er her på stresskilden. Lazarus og kollegaer kom frem til åtte mestringshandlinger: konfronterende mestring, distansering, selvkontroll, oppsøking av sosial støtte, aksept av ansvar, flykt (unngåelse), planlagt problemløsning og positiv revurdering (Lazarus, 2006, s.144).

En norsk studie har undersøkt effekten av løsningsfokusert tilnæringsmetode for å forbedre mestringstroen hos sosialt tilbaketrunkne elever i alderen 12-13 år (Kvarme, Helseth, Sørum, Luth-Hansen, Haugland & Natvig, 2010). Studien viser at sosialt tilbaketrunkne elever kan ha

utbytte av deltakelse i grupper med løsningsfokusert tilnærming for å nå sine mål. Dette skyldes trolig at de kan lære fra hverandre og dele erfaringer, følelser og støtte. En slik tilnærming kan være passende for helsesykepleieren i deres arbeid med barn som er sosialt tilbaketrukkne (Kvarme et al., 2010, s. 1390).

2.1.3 Sosial støtte

Sosial støtte er den egenskapen ved forholdet til andre mennesker som har sterkest sammenheng med psykisk helse (Helland & Mathiesen, 2009, s. 56). Sosial støtte kan bidra til reduksjon av opplevelsen av stress og delvis til håndtering av den (Kvelling, 2015, s. 266). Samtalen med barn og unge blir omtalt som en generell arbeidsmetode innenfor skolehelsetjenesten (Haugland & Misvær, 2009, s. 73). Jevnlig kontakt og relasjonsbygging med elever er sentralt i helsesykepleierens rolle for å kunne støtte elever med psykiske helseplager (Ravenna & Cleaver, 2016, s. 61). I samspill mellom barn og voksne er samspillet kvalitet og konsekvenser utelukkende den voksnes ansvar (Juul & Jensen, 2002, s. 107). Barn har behov for å snakke om sitt liv, og å få snakke om sine erfaringer og tanker med en voksen er avgjørende for mestring, adekvat omsorg, selvforståelse og utvikling. To betingelser for barnets psykiske helse er; barnet kjenner sine viktigste sammenhenger i ord og historier på en måte som gir selvrespekt og gyldighet til erfaringene, og at barnet får gi uttrykk for sine behov for støtte, trygghet og beskyttelse (Øvreeide, 2009, s. 75-76). Barn har en medfødt kompetanse for interaksjon og dialog. Gjennom interaksjon driver barnet selvorganisering og bygger sosiale relasjoner for utvikling ut fra egne erfaringer, og blir subjekt i eget liv. Denne kompetansen er tilgjengelig om relevante forutsetninger og støtte er til stede i situasjonen (Øvreeide, 2009, s. 78).

Individrettet arbeid dreier det seg først og fremst om å bygge tillit (Meland, 2009, s. 175). Tillit innebærer tiltro til et annet menneskes pålitelighet (Hargreaves, 1996, s. 262), en stoler på den andre personen. Tillit vil gradvis vokse frem i et positivt samspill, hvor en utstråler at en vil hverandre vel (Drugli, 2012, s. 52). Tillit kan være et resultat av meningsfylte relasjoner eller en betingelse for at relasjonene skal eksistere (Hargreaves, 1996, s. 262). To kjennetegn på gode relasjoner er anerkjennelse og tillit (Drugli, 2012, s. 48-52). Anerkjennelse i relasjonen forutsetter at der er et gjensidig og likeverdig forhold mellom partene. I relasjonen mellom voksen og barn bygger anerkjennelsen på den voksnes evne og vilje til å forholde seg åpent, sensitivt og inkluderende til barnets virkelighet og selvforståelse (Juul & Jensen, 2002, s. 235).

Gruppevirksomhet blir benyttet i skolehelsetjenesten hvor gruppedeltakerne får dele opplevelser og øke kunnskap om hvordan de kan mestre ulike situasjoner og problemer (Glavin & Kvarme, 2003, s. 157). Gruppesamtaler kan også brukes til å forebygge mobbing gjennom å styrke sosiale nettverk og elevenes selvbylde (Glavin & Kvarme, 2003, s. 157). Grunntanken med gruppearbeid er at medlemmene både kan hjelpe seg selv og hverandre ved sammen å dele følelser og opplysninger, ved å sammenlikne holdninger og erfaringer, ved å støtte hverandre, ved å utveksle ideer, forslag og løsninger, ved å gi hverandre motforestillinger og ved å utvikle personlige forhold seg i mellom (Heap, 2005, s. 22). Gruppemedlemmenes utvekslinger preges av jevnbyrdighet og inngående forståelse for og identifikasjon med hverandres livssituasjoner (Heap, 2005, s. 22-23). For at gruppeprosessen skal fungere og bidra til vekst og problemløsning hos medlemmene, må sammensetningen være hensiktsmessig, medlemmene må ha motivasjon for samspill i gruppa og gruppelederen må ha forståelse for medlemmenes behov (Heap, 2005, s. 26). Det handler om hvordan gruppa er dannet, sammensatt og ledet. Det er ikke alle grupper som vil fungere (Heap, 2005, s. 31).

2.1.4 Psykiske plager og lidelser blant barn

Psykiske lidelser er en betegnelse som omfatter diagnoser i de offisielle diagnosesystemene (Klepp & Aarø, 2017, s. 82). I Norge bruker vi ICD-systemet – International Classification of Diseases (2). Psykiske lidelser er for eksempel angst, atferdsforstyrrelser, konsentrasjonsvansker, fobier og depresjon. Felles for alle psykiske lidelser er at de påvirker menneskets tanker, følelser, væremåter og samhandling med andre. Psykiske plager er tilstander som oppleves belastende, men de er ikke så alvorlige at de tilfredsstillt kravene til en psykisk diagnose (Klepp & Aarø, 2017, s. 82). Plagene kan være en følelse av engstelse eller at en har søvnproblemer. En kan også oppleve kroppslige plager som følge av det psykiske, som magesmerter og hodepine.

Hvordan psykiske lidelser og plager kommer til uttrykk, viser seg ved forskjellige symptomer på ulike alderstrinn. I skolealder kan barna i større grad enn tidligere uttrykke seg med egne ord, men det kan likevel være en utfordring å beskrive vanskene sine (Folkehelseinstituttet, 2018). De viktigste symptomene i denne alderen vil være endret atferd. Det kan vise seg i form av internaliserende atferd som å trekke seg tilbake, være trist, spise lite eller ikke vise glede. Atferden kan også endres i retning av å være hyperaktiv, normbrytende og aggressiv (eksternalisert atferd).

En oversiktsartikkel (Rutter, Kim-Cohen & Maughan, 2006, s. 282) om kontinuitet av psykiske lidelser fra barn til voksen viser at barn og unge som har psykiske lidelser har større sannsynlighet for få tilbakefall av psykiske lidelser som voksen. Dette gjelder blant annet depresjon. For at de psykiske vanskene skal avdekkes tidlig, er det viktig at lærere og annet personal i skolen er oppmerksomme på symptomene og kan slik sikre barna den hjelpen de trenger (Drugli & Larsson, 2010, s. 4).

2.2 Læreren og psykisk helse i skolen

Læreren blir i denne studien definert som en person som har faglig og pedagogisk utdanning, og som har undervisning som yrke. Læreren er underlagt Opplæringslova (1998) som understreker at alle elever har rett til et trygt og godt skolemiljø som fremmer helse, trivsel og læring (§ 9 A-2).

I Utdanningsdirektoratets spørreundersøkelse blant lærere, skoleledere og skoleeiere (Holen & Waagene, 2014) ble respondentpartene spurt om psykisk helse i skolen. Lærerne viste her at de har god kjennskap til hva de bør være oppmerksomme på når det gjelder atferd hos elevene som kan indikere psykiske vansker (Holen & Waagene, 2014, s. 91). Lærernes svar viser at de stort sett har kjennskap til de ulike hjelpetjenestene, spesielt til de som har sterk tilknytning til skolen som PPT (Pedagogisk psykologisk tjeneste), skolehelsetjenesten og sosial pedagogisk rådgiver eller sosiallærer. De har også fått særlig god hjelp fra disse hjelpetjenestene. De aller fleste forteller at de kontakter ulike hjelpetjenester dersom de opplever at elever har behov for det, og de fleste lærerne som ber om hjelp opplever å få det (Holen & Waagene, 2014, s. 89).

For å fremme lærerens arbeid om å støtte og hjelpe elever som har psykiske vansker er det viktigst for alle lærere og skoleledere at skolehelsetjenesten er lett tilgjengelig (Holen & Waagene, 2014, s. 90). Det som har størst betydning for at lærerne tilrettelegger for elever med psykiske vansker er lærerens holdninger, kompetanse og tid. Lærerens holdninger om skolen som en viktig arena for å hjelpe barn og unge med psykiske vansker påvirkes sterkest av en tilgjengelig skolehelsetjeneste (Holen & Waagene, 2014, s. 91). Det som har størst betydning for skolens psykososiale miljø var skolens tilrettelegging med støttesystem og rutiner, og lærerens kunnskap om å håndtere eventuelle problemer som dukker opp (Holen & Waagene, 2014, s. 84). Lærerne ønsker også opplæring og kurs om psykisk helse og mer samarbeid både internt og tverrfaglig (Holen & Waagene, 2014, s. 90).

Lærere kan oppleve stress i forhold til psykisk helsefremmende arbeid på grunn av et misforhold mellom oppfattet ansvar og krav evnen til å takle dem (Ekornes, 2016, 349). Lærere med videreutdanning i psykologi og/eller spesialpedagogikk opplever generelt å ha høyere kompetanse innen psykisk helsefremmende arbeid og mindre negative følelser som hjelpeløshet og bekymring angående elever med psykiske vansker. Deltakelse i programmer for opplæring i psykisk helse viser seg også å være en betydelig variabel for lærernes opplevde kompetanse (Ekornes, 2016, s. 342). Av utvalget på 771 norske lærere er 42,6% uenig eller sterkt uenig i at de har kunnskap om psykisk helse til å hjelpe elever som har vanskeligheter (Ekornes, 2016, s. 346).

2.3 Helsesykepleieren og innholdet i skolehelsetjenesten

Dagens helsesykepleier er en viktig del av skolens personale som støtter skolens akademiske oppdrag gjennom å gi helsetjenester som reduserer eller eliminerer hindringer for læring (Baisch, Lundeen & Murphy, 2010, s. 74). Innholdet i skolehelsetjenesten skal bestå av fem ledd; fremme fysisk og psykisk helse, fremme gode sosiale og miljømessige forhold, forebygge sykdom og skade, utjevne sosiale helseforskjeller og forebygge, avdekke, avverge vold, overgrep og omsorgssvikt (Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten, 2018, § 1). Tilbudet til barn og unge i skolehelsetjenesten skal blant annet innebære; helsefremmende og forbyggende psykososialt arbeid, helseundersøkelser av enkeltelever med oppfølging og henvisning ved behov, undervisning i grupper, klasse og foreldremøter i den grad skolen ønsker det, kartlegging og avdekking av risiko for fysiske og psykiske vansker/problemer, oppsøkende virksomhet ved behov, samarbeid med skole om tiltak som fremmer godt psykososialt og fysisk lærings- og arbeidsmiljø (Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten, 2018, § 6).

I skolehelsetjenesten må helsesykepleierne forholde seg til flere lover og forskrifter. Noen sentrale helselover er helsepersonelloven (1999) og pasient- og brukerrettighetsloven (1999). Helsepersonelloven er en felles ansvarslov for helsepersonell og beskriver hvilke krav som stilles til yrkesutøvelse. Dette innebærer at helsesykepleieren skal utføre sitt arbeid i samsvar med krav til faglig forsvarlighet (Helsepersonelloven, 1999, § 4). De skal utføre arbeid i samsvar med autorisasjon og eventuell etterutdanning og erfaring. Den enkelte helsepersonell må kjenne sine faglige begrensinger og innrette seg etter disse. Dette innebærer at bedre kvalifisert personell kontaktes om nødvendig, eventuelt ved å henvise eleven videre (Befring, 2009, s. 151). Skolehelsetjenesten skal samarbeide med annet personell som helsepersonell og andre yrkesgrupper. Det kan oppstå faglige diskusjoner og uenigheter i samhandling. Da vil

innsikt i hverandres kvalifikasjoner, bevissthet om egen rolle, lydhørhet og aktiv samhandling være viktige elementer for å kunne opptre forsvarlig i denne sammenheng (Befring, 2009, s. 152).

Etter pasientrettighetsloven har foreldre eller andre med foreldreansvaret rett til å samtykke til helsehjelp for pasienter under 16 år (Pasient – og brukerrettighetsloven, 1999, § 4-4). All helsehjelp skal være basert på et informert samtykke fra eleven eller andre som har myndighet til å ivareta elevens interesser. Ved informert samtykke forstår vedkommende hva samtykke innebærer. Utlevering av opplysninger som er underlagt taushetsplikten kan baseres på muntlig eller skriftlig samtykke. Helsepersonell må i forkant ha vurdert utleveringen av opplysninger som forsvarlig og til det beste for eleven (Befring, 2009, s. 158).

Helsesykepleier har taushetsplikt overfor skolen og PP-tjenesten. I tverrfaglige team kan saker drøftes anonymt som forutsetter at opplysningene ikke kan identifisere eleven. Opplysninger om navngitte elever kan utveksles om det foreligger samtykke fra eleven og/eller foreldre (Befring, 2009, s. 159). Av erfaringer mener Glavin og Erdal (2018, s. 47) at taushetspliktbestemmelsene ikke trenger å være til hinder for å utveksle opplysninger mellom de instansene som skal ivareta barn og unges rettigheter og behov, men at det er nødvendig å ha kunnskap om de ulike bestemmelsene for kunne håndtere dette på en tilfredsstillende måte.

I 2017 ble Nasjonale faglige retningslinjer for helsestasjons – og skolehelsetjenesten lansert (Helsedirektoratet, 2017). Retningslinjene tydeliggjør hvordan de faglige kravene til tjenesten skal være. Den inneholder også anbefalinger om hvordan tjenesten bør være for å oppnå god praksis. Helsedirektoratet har 12 anbefalinger for samhandling med skolen. Dette er blant annet at skolehelsetjenesten bør ta initiativ til et systemrettet samarbeid med skolen, skal bidra i undervisning i gruppe/klasser i den utstrekning skolen ønsker og bør bidra i skolens arbeid med universelle tiltak som fremmer et godt psykososialt miljø og psykisk helse og forebygger mistrivsel, mobbing og psykiske plager blant ungdom. Målet med retningslinjene er at de skal bidra til god kvalitet og forsvarlig drift, helhetlig tilbud, riktige prioriteringer, mindre uønsket variasjon, likeverdige tilbud og å styrke mestring blant barn, ungdom og foreldre (Helsedirektoratet, 2017, Helsedirektoratet, 2019). I følge retningslinjene skal helsesykepleieren ha en sentral rolle i skolen, men fordi helsesykepleieren ikke er ansatt i skolen, er hun/han avhengig av å «bli tatt med» når det gjelder planlegging og utforming av skolens planer (Hjälmhult, 1999, s. 52). Dette er spesielt viktig hvis helsesykepleier skal inngå i et systemrettet samarbeid (Glavin & Erdal, 2018, s. 197).

Etter retningslinjene skal skolehelsetjenesten fungere som et lavterskeltilbud og være lett tilgjengelig for barn, ungdom og foreldre (Helsedirektoratet, 2017). Det skal være gratis og en skal kunne henvende seg uten avtale eller henvisning. Dette er et grunnlag for at tjenesten skal kunne løse oppgavene sine på en forsvarlig måte. Barn, ungdom og deres foreldre har rett på informasjon som er tilstrekkelig for innsikt i tjenestetilbudet. Å være synlig i skolemiljøet, presentere seg i klassen og oppsøke steder hvor «medspillere» er, gir flere muligheter for uformelle kontakter og økt kjennskap til hverandre. Denne form for markedsføring av helsesykepleier blir fremhevet som viktig i evalueringen av prosjektet «Helsefremmende skoler» (Hjälmhult, 1999, s. 23-24). Når det gjelder elever med psykiske plager og lidelser anbefales det at de fanges opp tidlig for å forebygge og hindre utvikling av langvarige plager eller lidelser (Helsedirektoratet, 2017). Slik vil en sikre at barn og unge får den nødvendige oppfølgingen. Tiltak som tidlig settes inn vil ha betydning for omfanget av hjelpebehov og prognose.

Det er sterkt anbefalt at alle barn skal få tilbud om en skolestartundersøkelse etter skolestart i 1. klasse (Helsedirektoratet, 2017). Dette for å opprette kontakt med barna og deres foreldre, for å skape et samarbeid mellom skolehelsetjenesten og skolen om barnets behov, og for å fange opp barn som er tilflyttere. Samarbeid mellom hjem og skole viser seg å ha påvirkning på elevens skolefaglige prestasjoner og sosiale utvikling (Nordahl, 2007, s. 44). Samtalen skal inneholde en helsesamtale med helsesykepleier og en somatisk undersøkelse gjennomført av lege. Helsesamtalen skal bidra til dialog med eleven og foreldrene om trivsel og om vaner og valg som påvirker helsen. Skolehelsetjenesten bør også bidra til tidlig innsats ved ekstra oppfølging og støtte i klasser, i grupper eller på individnivå når det er nødvendig (Helsedirektoratet, 2017).

En kartlegging av hvorvidt helsesykepleiere i skolehelsetjenesten følger anbefalingene i de nye retningslinjene for skolehelsetjenesten utført av leder for Landsgruppen av helsesøstre, viser stor variasjon (Waldum-Grevbo, 2018). Respondentene av undersøkelsen peker på fire grunner til dette; ulik tilgjengelighet i tjenesten fordi stilling varierer, skolehelsetjenestens beliggenhet på skolen varierer, det er opp til skolen hvorvidt de ønsker helsesykepleiers bidrag i undervisning og grupper, retningslinjen er ny og i varierende grad implementert i skolen. Helsesykepleiere som har kontor langt borte fra samarbeidspartnerne, opplever dette som et hinder for samarbeidet.

2.3.1 Trivsels-, helsefremmende og forebyggende arbeid i skolehelsetjenesten

Helsefremmende arbeid handler om alt som kan virke positivt inn på helsen, øke gledene og minske plagene blant mennesker. Arbeidet er den prosessen som gjør mennesker bedre i stand til å ivareta egen helse (Glavin & Kvarme, 2003, s. 101). Helsefremmende og forebyggende arbeid er rettet mot friske mennesker eller dem som er spesielt utsatt for helsesvikt. Arbeidet har som mål å forhindre eller redusere helsesvikt ved å fjerne årsaker eller risikofaktorer som kan føre til helsesvikt (Glavin & Kvarme, 2003, s. 98). Opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2008 (Finansdepartementet, 2010) hadde som fokus å prioritere dem som allerede var blitt syke, alvorlig syke og blant disse særlig barn og unge. Det viste seg at forekomsten av psykiske lidelser holdt seg konstant og uførhetstrygding for unge økte drastisk (Helsedirektoratet & Utdanningsdirektoratet, 2013, s. 8). Etter dette ble det foreslått i en rapport at prioriteringen måtte endres til forebygging (Helsedirektoratet & Utdanningsdirektoratet, 2013). Helsefremmende tiltak skulle gå foran sykdomsforebyggende, og de minste barna skulle prioriteres fremfor alle.

«Skolen er utpekt som den viktigste arenaen for helsefremmende og forebyggende arbeid blant barn og unge» (Haugland & Grimsmo, 2009, s. 27). Skolen viser seg i undersøkelser som både en ressurs og en risikofaktor for barns helse (Klepp & Aarø, 2017, s. 329) og skolehelsetjenesten står i en unik posisjon som oppholder seg i denne arenaen. Skolehelsetjenesten skal samarbeide med skolen om tiltak som fremmer trivsel, læring og god helse (Klepp & Aarø, 2017, s. 331). De senere årene er det blitt tydeliggjort at det helsefremmende arbeidet i skolen også inkluderer trivsel og velvære ved å omtale arbeidet som trivsels- og helsefremmende arbeid (Samdal, 2009, s. 106). To av hovedmålene i skolen er å utvikle elevenes faglige og sosiale kompetanse (Opplæringslova, 1998, § 1-1). For å kunne gjøre dette, må skolen legge til rette for at elevene trives og mestrer de kravene de blir stilt ovenfor. God trivsel og mestring vil kunne føre til økt motivasjon for å gjøre en innsats i skolen, og være viktig for elevenes utvikling av livsstil, helse og livskvalitet (Samdal, 2017, s. 346).

Trivsels- og helsefremmende arbeid kan sammenfattes i tre målsettinger. For det første handler det om å oppnå bedre helse og økt trivsel blant alle i skolesamfunnet. I tillegg skal skolen legge til rette for gode undervisnings- og læringsforhold gjennom et positivt støttende skolemiljø. Til sist er målet for arbeidet å stimulere elevene til en helsemessig gunstig livsstil, skape et reflektert forhold til alkohol, hindre at de begynner å røyke og utvikle deres evner til å ta vare på sin egen og andres psykiske og sosiale helse (Samdal, 2017, s. 346).

Skolehelsetjenesten vil kunne bidra til disse oppgavene, i samarbeid med andre tjenester, gjennom undersøkelser og veiledning av elever og i rollen som partner og konsulent i skolens trivsels – og helsefremmende arbeid (Samdal, 2009, s. 107).

Forebyggende arbeid har som siktemål å redusere risiko og fjerne faktorer som kan føre til at problemer oppstår. Forebyggende arbeid kan deles inn i tre nivå; primær-, sekundær- og tertiærforebygging. Tiltak som har som mål å hindre at problemer oppstår er primærforebygging. Slike tiltak er i hovedsak rettet mot alle elevene. Tiltak som har som mål å oppdage sykdom og vansker tidlig, og bedre prognosene for videre utvikling kalles sekundærforebygging, og de kan være rettet mot alle elever eller enkelte grupper. Skolehelsetjenesten kan sette inn tiltak for dem som allerede har sykdom eller vansker for å hindre at vanskene øker. Dette kalles tertiærforebygging (Glavin & Kvarme, 2003, s. 100, Dahm et al., 2010, s. 14)

Psykiske problemer er fortsatt et tabubelagt tema for mange, og terskelen for å dele problemer med andre kan derfor være høy (Bru et al., 2016, s. 258). Å ha for lite kunnskap om problemene kan føre til at en ikke er klar over hva en sliter med. I skolen er det derfor viktig å legge til rette for balansert og informativ kunnskapsutvikling på alle nivå. Vi vet samtidig at tidlig hjelp vil minske sjansene for at de psykiske plagene vedvarer, og informasjon om psykisk helse vil være et sentralt tiltak for å fremme elevers sosial og emosjonelle kompetanse og bidra til at tidlig hjelp vil bli søkt (Bru et al., s. 260). Studier har vist at det er enkelte fremgangsmåter som virker bedre enn andre når vi skal påvirke barn og unge til en god helseatferd og gunstig livsstil (Aarø, 2009, s. 102-103). Tiltak fungerer best dersom vi anvender følgende prinsipper; engasjerer elevene aktivt, mobiliserer støtte fra foreldre eller foresatte, legger vekt på kortsiktige og positive effekter. Sammenlignet med andre områder er det lite forskning på tiltak i skolehelsetjenesten (Klepp & Aarø, 2017, s. 335).

I arbeid med barn og unge i skolen er foreldre en sentral og viktig ressurs (Glavin & Erdal, 2018, s. 172). De står nærmest barnet og har rett til å vite om forhold som angår deres barn (Glavin & Erdal, 2018, s. 171). I forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten (2018, § 4) er det skrevet at skolehelsetjenesten skal ha rutiner for og legge til rette for nødvendig samarbeid med pasienter og brukere og deres pårørende. Dette kan innebære tilbud om hjemmebesøk, foreldreveiledning og undervisning til foreldre i grupper. Det kan være undervisning om barn og unges utvikling og behov, samt om hvilke utfordringer en møter i foreldrerollen (Misvær, 2009, s. 455). Formålet med foreldreveiledning er å støtte og styrke

foreldre i deres rolle som oppdragere og omsorgspersoner (Glavin & Kvarme, 2003, s. 143). Forskning viser at foreldre med lite kunnskap og selvtillit i foreldrerollen står i større fare for en dysfunksjonell oppdragelse. De kan da ha utbytte av undervisning som er laget for å fremme både kunnskap og selvtillit i foreldrerollen (Morawska, Winter og Sanders, 2009, s. 217). Strukturert gruppebasert foreldreveiledning har vist seg å fremme barns og foreldres psykiske helse og endre foreldrenes oppdragelsespraksis til en mer positiv foreldrestil og stryke deres kompetanse i foreldrerollen (Reedtz, 2012). Ofte kan hovedårsaken til barnas problemer ligge i familien, og helsesykepleieren spiller en viktig rolle i arbeidet med disse familiene. Helsesykepleiere som har kompetanse til og involverer seg i familie-intervensjoner, oppnår en bedre forståelse for det komplekse livet som omgir barna (Ravenna & Cleaver, 2016, s. 61). Helsesykepleierne må markedsføre sitt tilbud både muntlig og skriftlig til alle foreldre ved skolestart, men også i løpet av skolegangen i tilknytning til tilflyttere. Informasjon i form av brosjyrer, på nettsiden til skolen og/eller kommunen og deltakelse på foreldremøter kan være metoder for å markedsføre skolehelsetjenestens tilbud, lovpålagte oppgaver og kontaktinformasjon (Misvær, 2009, s. 450-452).

Data samlet inn fra 78 helsesykepleiere i 2010 (Stephan & Connors, 2013, s. 179) rapporterer at omtrent 1/3 av elev-saker omhandler bekymring om elevens psykiske helse som hovedproblem. De mest vanlige psykiske vanskene er angst og sosiale vansker. Psykiske vansker hos elever kan gå ut over deres læring. En litteraturoversikt over helsesykepleierens erfaringer med å hjelpe barn i alderen 11-18 år med psykiske helseplager (Ravenna & Cleaver, 2016), viser til funn om at tidlig intervensjon og støtte i skolealder er avgjørende (Ravenna & Cleaver, 2016, s. 58) og helsesykepleieren har her en sentral rolle (Ravenna & Cleaver, 2016, s. 59). Det kommer frem at helsesykepleierne ønsker å være mer aktive i å støtte elever med psykiske helseplager, men er begrenset av for lite ressurser og kompetanse (Ravenna & Cleaver, 2016, s. 61). Dokumentering tar mye tid, og selv om bare 37% av alle elev-saker omhandler psykisk helse tar disse sakene utrolig mye av tiden til helsesykepleieren (Ravenna & Cleaver, 2016, s. 67). Det som hindrer helsesykepleierne fullt å kunne utføre arbeidet sitt er tid og ressurser (Ravenna & Cleaver, 2016, s. 68). Det er mange elever som trenger hjelp, og utfordringene er komplekse. Omfanget og behovet for kompetanse gjør at helsesykepleieren ikke klarer å følge opp slik som ønsket. Helsesykepleiere som opplever å ha for lite kompetanse til å følge opp elever har dårligere selvtillit og mangel på effektivitet. De opplever å ikke ha nok kunnskap om håndtering av psykiske lidelser/plager, og står derfor ikke klar og med selvtilliten som skal til for å hjelpe alle elever slik de har behov for (Ravenna & Cleaver, 2016, s. 67).

Helsesykepleieren opplever å ha kompetanse på moderat nivå når det gjelder å identifisere spesifikke problemer hos elevene, som blant annet hyperaktivitet og konsentrasjonsvansker, og hvordan de skal håndtere barnemishandling og overgrep. De opplever å ha begrenset selvtillit når det gjelder intervensjoner om psykisk helse (Stephan & Connors, 2013, s. 183). Det konkluderes med at helsesykepleieren har en viktig rolle og står i god posisjon til å hjelpe elever som strever. Planlagt opplæring av helsesykepleiere innenfor området psykisk helse vil være til fordel for elever, familier og samfunnet. Evnen til å håndtere elever med psykiske helseproblemer er en nøkkelfaktor. Det er lite forskning på helsesykepleiers rolle overfor elever med psykiske helseutfordringer og det trengs mer forskning på dette området (Ravenna & Cleaver, 2016, s. 68).

2.4 Tverrfaglig samarbeid om elevers psykiske helse

I skolen vil elevene være utgangspunkt for alt samarbeid (Haugland, 2009, s. 448). Elevene og de ansatte på skolen er de viktigste samarbeidspartnerne for skolehelsetjenesten (Klepp & Aarø, 2017, s. 333). PPT, BUP (Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk), spesialisthelsetjenesten og foreldrene er også viktige for samarbeidet i skolen. Skolehelsetjenesten skal ikke behandle sykdom, men bidra til at helseproblemer og vansker oppdages tidlig (Klepp & Aarø, 2017, s. 333). Skolehelsetjenesten skal drive helsefremmende og forebyggende arbeid, og her vil tverrfaglig samarbeid være sentralt. Målet med tverrfaglig samarbeid er å sikre kvalitet i arbeidet ved å utnytte den samlede faglige kompetansen og å utvikle et felles kunnskapsgrunnlag på tvers av profesjoner og fag (Glavin & Kvarme, 2003, s. 162). Ved tverrfaglig samarbeid går mennesker fra ulike profesjoner sammen og vurderer og bidrar til løsninger i en sak.

Det antas at tverrfaglig samarbeid kan bidra til økt kvalitet, kompetanse og kunnskap hos de involverte (Haugland, 2009, s. 447). Det må da settes av tid til dette. Bohnenkamp & Stephan (2015) har forsket på helsesykepleierens rolle i skolens ressursteam for elevenes psykiske helse. De konkluderer med at tverrfaglige ressursteam på skolen er avgjørende for elevens suksess og trivsel og for å fremme et positivt skoleklima. I dette teamet er helsesykepleieren sentral, da hun ofte er den første i kontakt med elever med psykiske helseproblemer. Hun har ferdigheter til å identifisere psykiske helseproblemer og sitter på flere ressurser. De har kunnskap om kommunens ressurser og er dyktige til å koordinere med flere yrkesgrupper til elevens beste. Det anbefales å utvikle og fremme helsesykepleierens spesifikke

identifikasjons-, intervensjons- og henvisningskompetanse for at hun fullt skal kunne realisere sitt potensiale (Bohnenkamp & Stephan, 2015, s. 725).

Tverrfaglig samarbeid vil være nødvendig for å sikre og styrke det totale oppvekstmiljøet for barnet (Glavin & Erdal, 2018, s. 20). De involverte parter vil kunne dele sin kompetanse med hverandre. Psykososiale problemer blant barn og unge er komplisert, og det vil være større mulighet for et helhetlig bilde av situasjonen ved et tverrfaglig samarbeid (Glavin & Erdal, 2018, s. 21). Barn med sammensatte problemer, vil ofte ha tilknytning til flere instanser. De ulike yrkesgruppene vil ha opplysninger som er viktige og nødvendige i en helhetsvurdering, ut fra relasjonene de har til barnet og familien. De har observert barnet i ulike sammenhenger ut fra sin rolle og institusjonstilhørighet (Glavin & Erdal, 2018, s. 21). Gjennom tverrfaglig samarbeid vil partene kunne gi faglig støtte til hverandre, bygge opp kompetanse og kunnskapsnivå hos de ulike yrkesgruppene (Galvin & Erdal, 2018, s. 22). Det vil være en effektiv ressursutnyttelse å utveksle kunnskap og koordinere informasjon, og barnet og familien må regnes som ressurser fra starten. Foreldre er de viktigste samarbeidspartnerne for å sikre barn riktig hjelp tidlig (Glavin & Erdal, 2018, s. 23).

Samhandlingsreformen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009) vektlegger blant annet at helse- og omsorgstjenester skal forebygge fremfor å reparere, det skal gis tidlig innsats og ulike ledd i helsetjenesten skal jobbe bedre sammen. I rapporten «Læring, læringsmiljø og psykisk helse» (Helsedirektoratet & Utdanningsdirektoratet, 2013, s. 33) kommer det frem at fagmiljøene helse og utdanning er enige om at samarbeid i skolen, på tvers av tjenester og etater er nødvendig for å kunne ta i bruk best tilgjengelig kunnskap og for utvikling av ny kunnskap. Det påpekes at forskning viser at tiltak på lavest mulig nivå, så nært barnet og barnets hverdagsarenaer som mulig, har best sannsynlighet for å lykkes (Helsedirektoratet & Utdanningsdirektoratet, 2013, s. 33). Det kommer frem at de beste tiltakene er dem som settes i gang før problemene oppstår, og det foreslås økt fokus på tidlig innsats (Helsedirektoratet & Utdanningsdirektoratet, 2013, s. 36). Tverrfaglig samarbeid gir muligheter for å sette inn tiltak på et tidlig tidspunkt og vurdere effekten av tiltaket (Glavin & Erdal, 2018, s. 23).

«For å oppfylle plikten til samarbeid med skolen og de øvrige pliktene skolehelsetjenesten har etter forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten, bør skolehelsetjenesten etablere et systemrettet samarbeid med skolen, samt utarbeide samarbeidsrutiner og felles planer.» (Helsedirektoratet, 2017). Helsedirektoratet foreslår at det systemrettede samarbeidet bør ha som mål å oppnå felles verdigrunnlag, felles forståelse av begreper, avklaring av roller og

ansvar og kjennskap til hverandres regelverk. I tillegg bør skolehelsetjenesten delta på planleggingsdager, i møter med skolens ledelse og pedagogisk personale, skolens ressursteam, tverrfaglige team og møter med rådgivere, sosiallærer og lærer, elevrådsmøter og foreldremøter, foreldrenes arbeidsutvalg (FAU), samarbeidsutvalget, skolemiljøutvalg og skolefritidsordningen (SFO) i den utstrekningen det er aktuelt.

I et tiltaksprosjekt i helsefremmende arbeid (Hjälmhult et al., 2002) viser samarbeidet mellom lærere og helsesykepleiere i den norske skolen fire utviklingsforløp. Skoler som inkluderte helsesykepleier, så på henne som en nødvendig ressurs og samtalepartner, og hvor helsesykepleier var tilgjengelig, hadde en positiv utvikling i samarbeidet. Andre skoler som også hadde ønsker om å inkludere helsesykepleier for et godt samarbeid, men hvor helsesykepleier hadde en vakant stilling og ofte var utilgjengelig, opplevde en stagnasjon i utviklingen av samarbeidet. Møter om nye ideer og tiltak ble lagt til side på grunn av helsesykepleiers fravær. Ved noen skoler ble helsesykepleier oversett som samarbeidspartner. Helsesykepleier var tilgjengelig, men ble for lite brukt, og dette førte til en negativ utvikling av samarbeidet. Da helsesykepleier forsøkte å få kontakt med personalet over lenger tid, men ikke fikk dette, ble hun mer defensiv. Et fjerde utviklingsforløp var på skoler som aldri kom i gang med samarbeidet. Skolens ledelse eller lærere tok ikke kontakt, og helsesykepleier var heller ikke tilgjengelig. Det konkluderes med at et godt samarbeid er avhengig av at skolen åpner sine dører og inkluderer helsesykepleier i sitt arbeid. I tillegg må helsesykepleier være tilgjengelig for skolen (Hjälmhult et al., 2002, s. 44-45). Kjennskap til hverandres arbeidsområder og kompetanse med et felles språk, felles planleggingstid og integrerte planer vil også fremme samarbeidet mellom skolen og skolehelsetjenesten (Hjälmhult, 1999, s. 52-53).

I følge denne studien er det fem faktorer som fremmer samarbeidet mellom skolehelsetjenesten og skolen. Dette er inkludering, tilgjengelighet, kjennskap til hverandres arbeidsområder og kompetanse (felles språk), ressurser, felles planleggingstid og integrerte planer (Samdalm 2009, s. 110-111, Hjälmhult, 1999). Som grunnlag for samarbeid mellom skolehelsetjenesten og skolen bør begge parter kjenner til hverandres arbeidsområde og kompetanse (Samdal, 2009, s. 110). Definerings av språkbruk og begreper for arbeidets mål er avgjørende for et godt samarbeid. Å sette seg inn i hverandres arbeidsplaner og grunntenkning kan gi nyttig innsikt i hvordan den andre parten tenker og prioriterer (Samdal, 2009, s. 110).

Det er avgjørende at kommunen prioriterer ressurser til skolehelsetjenesten.

Skolehelsetjenesten har over lang tid blitt utpekt som en tjeneste med mangelfulle ressurser (Samdal, 2009, s. 111). I de veiledende normene til Helsedirektoratet skal en helsesykepleier i barneskolen i 35% stilling kunne følge opp 100 elever (Helsedirektoratet, 2010, s. 48, Helsedirektoratet, 2016, s. 19). I en undersøkelse fra 2005 viste det seg at det var 1000 elever per helsesykepleierårsverk (Helsedirektoratet, 2010, s. 37). Barneombudet påpeker i sin rapport (Barneombudet, 2013, s. 29) at det på den tiden manglet 1500 stillinger (helsesykepleier, skolelege og fysioterapeut) i skolehelsetjenesten for at den anbefalte minstenormen skal virkeliggjøres i de norske skolene. Fra 2014 bevilget regjeringen 180 millioner kroner for å styrke helsestasjons- og skolehelsetjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). I 2016 var det 1000 elever i barneskolen per 1,75 årsverk helsesykepleier (Helsedirektoratet, 2016, s. 20). Dette er et stykke fra den anbefalte normeringen på 3,5 årsverk per 1000 elev i barneskolen.

Utnyttelsen av ressurser i skolen har de senere årene blitt evaluert. Med bakgrunn i blant annet «Tid til læring» (Kunnskapsdepartementet, 2010) har Arbeidsforskningsinstituttet forsket på hvordan flerfaglig kompetanse kan benyttes, og i tillegg utviklet testbare modeller for hvordan et slikt tverrfaglig samarbeid kan se ut. Et overordnet mål var å finne ut om modellene hadde effekt på elevene fra 5.-7. trinn sitt læringsutbytte og læringsmiljø (Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning, NIFU, 2017). Delrapporten «Et lag rundt læreren» (Borg et al., 2014) er en kunnskapsoppsummering for å kunne utvikle modellene for tverrfaglig/flerfaglig samarbeid i skolen. Forskningen til Hjälmhjult et al. (2002) trekkes frem, og det påpekes at mye av tiden til helsesykepleierne går til vaksinasjon og enkeltsaker, slik at det blir mindre tid til generelt helsefremmende og forebyggende arbeid (Borg et al., 2014, s. 15). Dette kan hemme samarbeidet mellom helsesykepleier og lærer. På grunn av den manglende helsesykepleierressursen vil tverrfaglig samarbeid være lite tilstede i helsesykepleierens arbeidsdag (Borg et al., 2014, s. 17). En økt ressurs av helsesykepleiere i skolen vil gi flere gevinster i forhold til økt tilgjengelighet for elever og lærere, og større muligheter for helsefremmende og forebyggende tiltak på skolene (Borg et al., 2014, s. 30).

Kunnskapsoppsummeringen til Maughan (2003) blir også omtalt i delrapporten (Borg et al., 2014). Her konkluderes det med at helsesykepleierne på skolen har en positiv effekt på forhold som påvirker elevens mulighet til læring og å fullføre skolegangen (Maughan, 2003, s. 168). Studiene viser en signifikant korrelasjon mellom helsesykepleierdekningen i skolen og helsen til elevene (Maughan, 2003, s. 164). Helsen er både relatert til sykdom og mestring

av sykdom i en skolekontekst, men også fremtidige helsemål som graviditet, tobakk- og rusbruk, vold og dødsfall (Maughan, 2003, s. 167-168).

I sluttrapporten «Hva lærerne ikke kan!» (Borg, Christensen, Fossetøl & Pålshaugen, 2015) er den samlede kunnskapen analysert og det foreslås modeller for styrket og bedre bruk av flerfaglig kompetanse i Norge. Her kommer det frem at helsesykepleierne representerer en ressurs i skolen, men antallet helsesykepleiere er for lavt. De har til rådighet en rekke verktøy og metoder som potensielt vil fremme et godt lærings- og arbeidsmiljø, men de begrenses av knappe ressurser og må bruke mesteparten av tiden på de lovpålagte oppgavene. Derfor foreslås et hovedgrep om å øke helsesykepleierressursen i skolene. Det antas at helsesykepleierne da i enda større omfang vil kunne jobbe helsefremmende og forebyggende og lettere kunne bistå læreren og skolen i tillegg til de lovpålagte oppgavene (Borg et al., 2015, s. 47). Hovedmålet med satsingen vil være at elever opplever økt trivsel på skolen og at helsesykepleier får frigjort tid til nye oppgaver på skolen (Borg et al., 2015, s. 48).

For å teste modellene, som inkluderer «Helsesykepleier-modellen», ble det i 2016 gitt midler til gjennomføring av effektstudier. I forskningsprosjektet kalt «Et lag rundt eleven» har 15 norske kommuner fått en ekstra helsesykepleierressurs i en toårs-periode. Ressursen ble fordelt på fire skoler og rettet seg mot elever på 5.-7. trinn. De øvrige skolene i kommunene følges opp som kontrollgruppe og etter to år vil en kunne sammenligne om økt helsesykepleierressurs har gitt endring i elevenes læringsmiljø og læringsutbytte (NIFU, 2017). Dette prosjektet startet fra og med skoleåret 2017/2018. Sluttrapporten leveres i juni 2020. Begrunnelsen for tiltaket er antakelsen om dersom helsesykepleier får bistå læreren, og møte elevene i klasserommet, vil dette virke helsefremmende, forebyggende og føre til et bedre læringsmiljø og økt læringsutbytte (Høgskolen i Oslo og Akershus, NIFU, 2017).

Forutsetninger for at det tverrfaglige samarbeidet skal lykkes omhandler mål, tillit, kulturelt mangfold og ledelsen (Vangen & Huxham, 2009, s. 85). Det gjelder å ha identiske mål, en oppfattelse av at tillit er nødvendig, bruke hverandres ekspertiser og ressurser som en gevinst i samarbeidet og ledelsen må kunne påvirke samarbeidet i de tidligere nevnte retninger (Vangen & Huxham, 2009, s. 69-84). Glavin og Erdal (2018, s. 33) legger også vekt på andre faktorer som de mener er av betydning for et vellykket tverrfaglig samarbeid; verdigrunnlaget, samarbeidskompetanse, plan for opplæring, kunnskap og ferdigheter.

Ledelsenes engasjement og et felles verdigrunnlag er faktorer av stor betydning (Glavin & Erdal, 2018, s. 46). Ledelsen må skape en hensiktsmessig kultur med felles verdier og forståelsesramme og mobilisere folks innsatsvilje og lojalitet. Ulik yrkesbakgrunn og forutsetninger gjør at utgangspunktet for tverrfaglig samarbeid er ulikt.

Samarbeidskompetanse omtales som viktig for at det tverrfaglige samarbeidet skal lykkes (Glavin & Erdal, 2018, s. 38). I dette ligger brukerorientering, helhetsforståelse, problemløsningsevne, samarbeidsevne, fleksibilitet og omstillingsevne. En må sette brukerne i fokus for at profesjonsinteressene skal komme i bakgrunnen og samarbeidet vil skape en helhetsforståelse. Ved å ha problemløsningsevne kan en samle relevant informasjon, definere problemområder og ressursgrunnlag samt vurdere og gjennomføre relevante tiltak.

Samarbeidsevnen handler om å ha forståelse for språk- og kulturforskjeller, ha innsikt og ferdigheter om kommunikasjon og holdninger preget av respekt og likeverd. Ved å være fleksibel og ha omstillingsevne kan en handle på mange områder og vurderer handlinger ut fra verdier. Samarbeid må læres, og ledelsen må her ta ansvar og iverksette tiltak for å opparbeide samarbeidskompetanse i personalgruppen. I tillegg bør kommunen ha en felles opplæringsplan for samarbeidskompetanse for å ivareta og videreutvikle det tverrfaglige samarbeidet (Glavin & Erdal, 2018, s. 39). Slik kan deltakerne i et samarbeidssystem få den nødvendige kunnskapen som gir innsikt og ferdigheter til å utvikle og etter hvert inneha samarbeidskompetanse på høyt nivå.

Glavin og Erdal (2018, s. 40-41) definerer noen hinder for tverrfaglig samarbeid. Dette er blant annet om en selv ikke opplever å få en gevinst eller om samarbeidet gir direkte uheldige konsekvenser, om det er lite kjennskap til hverandres arbeidsområder, om det er ulike mål overfor målgruppen, om samarbeidet er pålagt og om en opplever å ha manglende ressurser og tid til samarbeidet. Møtevirksomhet kan ses på som unødvendig om en ikke får noe ut av det selv. Derfor er det viktig å ha en fast møtestruktur, god møteledelse og klare målsettinger for møtet (Glavin & Erdal, 2018, s. 41). På grunnlag av litteratur og egne erfaringer har Glavin & Erdal (2018, s. 42) kommet frem til flere suksesskriterier for et tverrfaglig samarbeid; forankring/system, felles målsetting, realistisk syn på samarbeidsmuligheter, nytteopplevelser, nødvendighet, trygghet, respekt, tillit, kunnskap om hverandre, kompetanse, nærhet til brukerne, regelmessige møter og koordinator for møtene.

3.0 Metode

I dette kapittelet vil forskningsprosjektets metode, vitenskapssyn og prinsipper for utvelgelse av informanter utdypes. Videre blir stegene i forberedelse, gjennomføring av datamateriale og analyseprosessen presentert. Til slutt reflekteres det rundt metode, studiens reliabilitet og validitet og forskningsetiske overveielser.

3.1 Prosjektets forskningsdesign og metode

Formålet med studien var å utforske hvordan helsesykepleiere arbeider for å fremme god psykisk helse hos elevene på barneskolen. Dette ble gjort gjennom å undersøke hvilke arbeidsmetoder helsesykepleiere praktiserer, hvordan de samarbeider og opplever samarbeidet med lærerne om elevenes psykiske helse og hvilke muligheter/begrensninger de erfarer i sitt arbeid. Til denne form for forskningsspørsmål og problemstilling var fenomenologisk vitenskapssyn passende for analyse. Den vitenskapsteoretiske fortolkningsrammen er utgangspunktet for den forståelsen forskeren utvikler i løpet av forskningsprosjektet (Thagaard, 2012, s. 14). «Fenomenologien tar utgangspunkt i den subjektive opplevelsen, og søker å oppnå en forståelse av den dypere meningen i enkeltpersoners erfaringer» (Thagaard, 2013, s. 40). Det var den dypere mening i helsesykepleiernes erfaringer jeg i denne studien søkte. Fenomenologien bygger på den antakelse at realiteten er slik folk oppfatter at den er. Gjennom dette vitenskapssynet har jeg beskrevet helsesykepleiernes opplevelser slik de oppfattes av dem. Jeg har beskrevet de trekk som er felles ved de erfaringene som deltakerne har gitt uttrykk for, og utviklet en generell forståelse av det fenomenet jeg har studert. Det stilles krav til forsker om å sette vitenskapelig forhåndskunnskap om fenomenet til side for å nå frem til en fordomsfri beskrivelse av fenomenene (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 46). Det har krevd av meg som forsker å beskrive verden slik den oppfattes av informantene, uten påvirkning av mine fordommer og subjektive meninger. Jeg var nødt til å møte intervjupersonene med «åpent sinn», og unngå at egne verdier preget intervjusituasjonen.

For å oppnå en forståelse av sosiale fenomener, var en kvalitativ metode passende (Thagaard, 2013, s. 11). Det var dette jeg ønsket å få frem i mitt prosjekt, og intervju ville være et godt utgangspunkt for å undersøke problemstillingen. Valg av metode er en del av forskningsdesignet. Prosjektets design er en plan på hvordan undersøkelsen skal legges opp (Thagaard, 2013, s. 54). Gjennom det kvalitative forskningsintervjuet forsøker en å forstå verden sett fra intervjupersonens perspektiv (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 20).

Forskningintervjuets struktur er nær dagliglivets samtaler, men den involverer også bestemte

metoder og spørreteknikker. Intervjusituasjonen gir nær kontakt mellom forsker og intervjuperson og legger grunnlaget for forståelse av sosiale fenomener på bakgrunn av fylldige data om personer og situasjoner (Thagaard, 2013, s. 12). Intervjupersonene fortalte om hvordan de opplever sin arbeidssituasjon og hvordan de forsto sine erfaringer. Som forsker får en innsikt i et rikt datamateriale som omhandler personens synspunkter – gode og dårlige opplevelser (Silverman, 2014, s. 201). Innenfor intervju som metode valgte jeg et semistrukturert intervju (Kvale & Brinkmann, 2014, s. 46). Jeg søkte å oppnå beskrivelser av intervjupersonens livsverden i tillegg til fortolkninger av meningen med fenomenene som jeg studerte. Denne form for intervju er verken en åpen samtale eller et lukket spørreskjema. Intervjuet tok utgangspunkt i en intervjuguide med forslag til spørsmål som var utformet på forhånd for å sirkle inn bestemte tema.

Forskningsdesignet var preget av struktur, men åpen for fleksibilitet. Det var en relativt presis definert problemstilling som la føringer for de metodiske tilnærmingene og retningslinjer for analyse av data. Slik kunne prosjektet bidra til å nyansere etablert kunnskap, videreutvikle etablert teori eller utforme nye teoretiske perspektiver (Thagaard, 2013, s. 17).

Undersøkelsesopplegget hadde en pragmatisk tilnærming hvor det var interaksjon mellom induksjon og deduksjon (Postholm & Jacobsen, 2016, s. 40-41). Dette innebar at det ble utviklet ny teori med bakgrunn i datamaterialet i løpet av prosjektet, samtidig som prosjektet tok utgangspunkt i definerte områder som jeg ønsket å undersøke. I den induktive prosessen jobbet jeg fra data til begreper og utvikling av teori. Slik fikk jeg en forståelse av de temaene jeg utforsket. I den deduktive prosessen knyttet jeg begreper fra andre teoretiske bidrag til den teksten jeg analyserte (Thagaard, 2013, s. 187). På forhånd hadde jeg dykket ned i studier som la bakgrunn for utvikling av problemstilling og forskningsspørsmål, og begreper fra disse studiene kunne jeg bruke videre i min analyse. Slik kunne jeg knytte forbindelseslinjer mellom fenomener prosjektet ga uttrykk for sammen med tidligere forskning om tilsvarende fenomener.

3.2 Prinsipper for utvelgelse av informanter

Kvalitative studier baserer seg på strategiske utvalg (Thagaard, 2013, s. 60). Jeg har valgt deltakere som har egenskaper eller kvalifikasjoner som er strategiske i forhold til problemstillingen og undersøkelsens teoretiske perspektiver. Hensikten med studien var å bidra til en dypere forståelse for helsesykepleierens arbeid i barneskolen for elevers psykiske helse. Med utgangspunkt i problemstillingen var utvalget derfor definert til helsesykepleiere som arbeider i barneskolen. Det var et kort tidsaspekt for forskningsprosjektet, og jeg hadde

derfor et begrenset antall deltakere. Utvelgelse av informanter startet med å ta utgangspunkt i en tilgjengelig kommune. Denne form for strategisk utvalg kalles tilgjengelighetsutvalg (Thagaard, 2013, s. 61). Jeg fikk etter henvendelse til lederen for helsestasjonstjenesten avdeling barneskole fire deltakere. Selv tok jeg kontakt med en tilfeldig av helsesykepleierne i kommunen da jeg ønsket flere enn fire deltakere. Jeg ville med dette utvalget med stor sikkerhet skaffe relevante data i forhold til min problemstilling i lys av de rammene jeg hadde. Det endelige utvalget besto av fem informanter som har fått fiktive navn for å skape bedre flyt i teksten. Tone og Åse har vært helsesykepleiere i mange år, Ida og Anne er relativt nyutdannede og Ruth har lengre erfaring som helsesykepleier, men har hatt fast stilling på den nåværende skolen i kun få år. Alle har 100% eller 80 % stilling på hver sin skole. To av helsesykepleierne er veiledere for hver sin nyutdannede helsesykepleier.

3.3 Forberedelse og gjennomføring av datainnsamling

Det ble rettet en formell henvendelse til lederen for helsestasjonstjenesten avdeling barneskole i kommunen via e-post. Godkjenning fra Norsk senter for forskningsdata (NSD) forelå (vedlegg 1), og jeg kunne legge ved informasjonsskriv med samtykkeerklæring til de potensielle deltakerne (vedlegg 2). Lederen var kontaktperson som representerte prosjektet for det aktuelle miljøet. De helsesykepleierne som var villige til å delta fikk informasjonsskrivet gjennom lederen, og kontaktet meg via e-post. Etter en tid tok jeg muntlig kontakt med lederen som hadde en positiv innstilling til prosjektet. Lederen ville oppfordre alle helsesykepleierne som arbeidet i barneskolen om å delta. Jeg fikk med det samme to interesserte, og intervjuet dem. Etter et par uker tok jeg muntlig kontakt med lederen igjen, og sa at jeg ønsket at flere helsesykepleiere deltok. Dette skulle lederen formidle videre på møte med alle helsesykepleierne, og de som hadde blitt intervjuet kunne da fortelle om sine opplevelser med intervjuet. I etterkant av dette møtet var det to helsesykepleiere som ønsket å delta, og intervju med dem ble gjennomført. Etter det fjerde intervjuet så jeg at det var behov for mer informasjon for å dekke enkelte områder. Grunnet det korte tidsaspektet, valgte jeg å kontakte en tilfeldig helsesykepleier direkte i samme kommune som ikke var intervjuet. Jeg tok kontakt via telefon. Helsesykepleieren var positiv til deltakelse, og hadde hørt om prosjektet fra andre helsesykepleiere. Informasjonsskrivet ble sendt på mail og jeg fikk bekreftelse med det samme at hun ønsket å delta.

Før datainnsamlingen bestemte jeg meg for å gjennomføre semistrukturert intervju. Denne formen for intervju samsvarer med studiens hensikt, og ble videre veiledende da jeg skulle utforme en intervjuguide (vedlegg 3). En ønsker i et intervju å fremkalle tematisk kunnskap

samtidig som spørsmål må bli formulert på intervjupersonens dagligspråk slik at det blir flyt og en god samtale (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 164). Ved utforming av intervjuguide startet jeg derfor med å lage en tabell hvor forskningsspørsmålene var i hver sin kolonne. Deretter utformet jeg spørsmål til hvert forskningsspørsmål som kunne vært med å belyse forskningsspørsmålene. Dette kan være nyttig for å kunne ta hensyn til både den tematiske og dynamiske dimensjonen av intervjuet (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 164). Jeg hadde på forhånd satt meg godt inn i intervjupersonens arbeidssituasjon, og min bakgrunnskunnskap ble utgangspunkt for spørsmålene. Jeg utformet spørsmål som trolig tematisk ville få frem kunnskap, og som dynamisk ville fremme en god interaksjon mellom forsker og intervjuperson. Spørsmålene var åpne og enkle med den hensikt å oppmuntre intervjupersonen til å presentere sine synspunkter og erfaringer. I tillegg til åpne spørsmål hadde jeg oppfølgingsspørsmål som skulle oppfordre til å gi mer informasjon om fenomenet. Avslutningsvis åpnet jeg for at informantene kunne komme med ekstra kommentarer.

To av informantene etterspurte spørsmålene som skulle bli stilt i intervjuet, og de fikk tilsendt en forenklet versjon med de overordnede spørsmålene (vedlegg 4). Jeg ønsket at informantene ikke skulle bli bundet til intervjuguiden, og sendte derfor ikke intervjuguide/forenklet intervjuguide til informantene som ikke etterspurte det. Alle informantene fikk de overordnede temaene, problemstilling og forskningsspørsmål i informasjonsskrivet som ble sendt i forkant av intervjuet. Alle var slik klar over hva intervjuet handlet om og hadde mulighet til å gjøre seg opp noen tanker i forkant av møtet.

Alle intervjuene foregikk på kontoret til helsesykepleierne på skolene. Dette for at det skulle være enklere for helsesykepleierne å delta, og fordi det var en naturlig arena i forbindelse med studiens formål. Det ble brukt lydopptaker ved alle intervju, ettersom tillatelse forelå. Slik ville det bli en mer naturlig samtale hvor jeg kunne fokusere på hva informantene sa og gi umiddelbar respons. Alt informantene sa, ble bevart på lydopptaker og transkribert i ettertid. Ved bruk av lydopptaker ville det senere være mulighet for å sitere. Informantene signerte samtykkeerklæringen etter at vi sammen hadde gjennomgått informasjonsskrivet (vedlegg 2). Ved gjennomføring av intervjuene tok jeg utgangspunkt i en intervjuguide som var utformet på forhånd (vedlegg 3). Denne fungerte som en ledesnor slik at intervjuet holdt seg til tema. Intervjuguiden ble ikke fulgt slavisk ettersom dette var et semistrukturert intervju. Noen av spørsmålene ble besvart tidligere i samtalen, og det forekom noen sidesprang som ikke inngikk i intervjuguiden. Jeg stilte også spontane spørsmål som oppfølging og oppklaring av

det informantene sa. Intervjuet opplevdes som en fruktbar metode for å skaffe innsikt i helsesykepleieres arbeid for å fremme godt psykisk helse blant elever på barneskolen.

3.4 Analyseprosessen

Transkripsjonen av intervjuene ble utgangspunkt for analyse. Jeg brukte programvaren Nvivo 12 under transkripsjonen. Dette verktøyet gjorde transkripsjonen oversiktlig, jeg fikk samlet alle transkripsjonene ett sted og kunne lett skrive notater i datamaterialet. Når datamaterialet skulle analyseres, valgte jeg å gjennomføre en tematisk analyse. Det er en metode for å identifisere, analysere og rapportere mønster/tema i datamaterialet (Braun & Clark, 2006, s. 79). Denne metoden innebærer at forsker studerer informasjon om hvert tema for alle deltakerne, sammenlikner informasjonen og går i dybden på de enkelte temaene på tvers av materialet (Thagaard, 2013, s. 181). Det er viktig å ivareta et helhetlig perspektiv slik at uttalelser settes inn i den sammenhengen de er en del av. Intervju som metode la et godt grunnlag for den tematiske analysen ved å ha en forholdsvis ordnet struktur hvor alle deltakerne svarte på de samme spørsmålene. Dette er et fleksibelt og brukervennlig verktøy i analysefasen som kan gi mulighet for rik og kompleks samling av data (Braun & Clark, 2006, s. 78). Det kreves at prosessene beskrives grundig.

Jeg tok utgangspunkt i Braun & Clark (2006) sin redegjørelse av faser i den tematiske analysen. Selv om jeg tok utgangspunkt i ulike faser i analysearbeidet, innebar analysen en konstant bevegelse mellom hele datasettet, det kodede materialet jeg analyserte og analysen av data jeg produserte. Analysen er ikke en lineær prosess – heller en rekursiv prosess hvor en beveger seg frem og tilbake mellom de ulike fasene. Skrivningen er en sentral del av analysearbeidet, og starter allerede i fase en og fortsetter gjennom hele kode- og analyseprosessen (Braun & Clark, 2006, s. 86).

I første fase fikk jeg kjennskap til datamaterialet gjennom transkribering og gjennomlesing av transkripsjoner flere ganger. Jeg så etter mønster og meningsinnhold i data som kunne være ideer til koder/tema, og gjorde notater. Til å begynne med ble Nvivo brukt for å finne kodeord knyttet til utsnitt av datamaterialet. Senere oppdaget jeg at denne metoden ble for meg mekanisk og lite løst fra den opprinnelige intervjuguiden. Jeg startet på ny med transkripsjonene. Denne gang satte jeg dem inn i en tabell. I den første kolonnen var transkripsjonen delt i naturlige enheter, i den neste var meningsfortetningen (en sammenfattende beskrivelse) og i den siste kolonnen var de sentrale kodeordene. Denne form for analyse er kalt meningsfortetting (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 232-233).

Meningsfortetting gjorde det mulig å fange den umiddelbare meningen i det som var sagt og gjengi det med få ord (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 232). Jeg forsøkte å lese intervjupersonenes svar på en så objektiv måte som mulig, og deretter trekke ut meningsinnholdet i uttalelsene fra intervjupersonens synsvinkel slik jeg tolket det. Intervjuguide inndelt i ulike tema var utviklet på forhånd, men denne ble ikke tatt hensyn til da meningsinnhold i tekstene skulle letes frem. Dette gjorde at det fremkom koder som ikke var i forbindelse til temaene i intervjuguiden. Koder som kunne kobles til temaene i intervjuguiden ble også oppdaget. Kodene ble på den måten både datadrevet og teoridrevet. Jeg utførte meningsfortetting til hvert intervju før jeg i neste steg formulerte de innledende kodene som hørte til i de naturlige meningsenhetene. Dette ble gjort med alle intervjuene.

I den tredje fasen ble kodene koblet til mulige tema. Jeg startet med å bruke tankekart som visuell teknikk. Først laget jeg et tankekart på papir som visualiserte koder tilhørende tema, før jeg førte det inn i Nvivo for å skape mer oversikt. Jeg laget en ny tabell hvor de ulike meningsfortattede enhetene ble samlet fra alle intervjuene i over-tema og under-tema for å kunne sammenholde og sammenlikne datamaterialet. Den fjerde fasen besto i å kontrollere intern sammenheng innen hvert tema og ekstern variasjon mellom temaene. Jeg var da nødt å kontrollere om det som var kodet under et tema hadde sammenheng. Temaene måtte også kontrolleres i forhold til hele datasettet, om temaene fanget meninger som var gyldige for hele datasettet. Jeg gjennomleste det samlede materialet som var inndelt i over-tema og under-tema flere ganger, og gjorde endringer for å kontrollere sammenhengene.

På dette tidspunktet av analyseprosessen hadde jeg fått en god ide om hva de ulike temaene handlet om, hvordan de passet sammen og hva de fortalte om datamaterialet mitt. Til slutt redegjorde jeg for hva temaene handlet om. Gjennom hele prosessen kontrollerte jeg om temaene kunne gi svar på forskningsspørsmålene og videre belyse problemstillingen.

3.5 Refleksjoner rundt metode

Forskningsresultatene troverdighet og overførbarhet hviler på at grunnlaget for kunnskapen gjøres eksplisitt, gjennom redegjørelse for fremgangsmåter under datainnsamling, opplegget for analyse og hvordan resultatene tolkes (Thagaard, 2013, s. 11). Fortolkning er særlig viktig innenfor kvalitative metoder og det er nødvendig å presisere og tydeliggjøre de prosessene som fører frem til resultater (Thagaard, 2012, s. 14). Dette forholdt jeg meg til gjennom hele forskningsprosessen. Gjennom metodekapittelet har jeg beskrevet hva som er gjort i hvert steg

av forskningsprosessen, og hvorfor det er gjort. Jeg vil nå reflektere og stille meg kritisk til bruken av metode.

3.5.1 Reliabilitet – studiens pålitelighet

Reliabilitet refererer vanligvis til hvorvidt funnene i studien er selvstendige og i liten grad påvirket av tilfeldigheter (Silverman, 2014, s. 83). I kvalitative studier kan reliabiliteten styrkes ved å sørge for at forskningsprosessen er gjennomiktig. I dette ligger det at forskeren beskriver forskningsstrategien og dataanalysemetodene så detaljert at forskningsprosessen kan vurderes trinn for trinn. Dette har jeg blant annet gjort i kapittelet for utvelgelse av informanter og analyseprosessen. Forskeren bør også ha oppmerksomhet mot den teoretiske gjennomsiktigheten. Det gjøres ved å beskrive det teoretiske ståstedet som representerer grunnlaget for forskerens tolkninger (Silverman, 2014, s. 84). Jeg har valgt et fenomenologisk vitenskapssyn som utgangspunkt for analyse. Dette er beskrevet i tidligere kapittel. I følge Seale (1999, s. 148) er høy reliabilitet forbundet med «low-inference descriptors». I en intervjustudie innebærer dette at forskeren tar opp all interaksjon, nøye transkriberer intervjuet og presenterer lengre utdrag av transkripsjonen med tilhørende spørsmål i rapporteringen. Slik blir datamaterialet en direkte gjengivelse av hva som har blitt sagt, og ikke en rekonstruksjon av hva forskeren oppfatter har blitt sagt. I presentasjon av funn blir sitater presentert i sammenheng med tema de representerer.

Det er viktig for studiens reliabilitet at intervjupersonene forstår spørsmålene som stilles på samme måte som intervjuer, slik at svar kan bli kodet med sikkerhet. For å sikre reliabiliteten i denne studien, ble intervjuene tatt opp med lydopptaker. Dette er i samsvar med Seale (1999, s. 148) som påpeker at lyd- og videoopptak av data forbedrer reliabiliteten. Ved bruk av lydopptaker kunne jeg fokusere på intervjupersonene og følge opp uttalelser for videre utdypning. Jeg ønsket å få med meg alt som ble sagt videre i analysen. Det var også mulig å bruke lengre sitater med tilhørende spørsmål som fremkalte svarene. Spørsmålene som ble stilt var åpne slik at de ikke skulle lede til et bestemt svar. Underveis i prosessen har jeg beskrevet mitt teoretiske ståsted, forskningsstrategi og fremgangsmåter så detaljert som mulig for å sørge for en gjennomiktig forskningsprosess. Transkripsjonen er gjort fortløpende slik at intervjuet enda var friskt i minne. Reliabilitet på transkripsjonen kan likevel diskuteres fordi det er kun en person som har transkribert datamaterialet og feil i transkripsjonen kan oppstå.

3.5.2 Validitet – studiens gyldighet

Validitet handler om studiens gyldighet, om metoden undersøker det den er ment å undersøke. Ved denne vide oppfatningen av validitet kan kvalitative studier i prinsippet gi gyldig vitenskapelig kunnskap (Kvale & Brinkmann, 2014, s. 276). Med problemstillingen som utgangspunkt havnet valg av metode på kvalitativt forskningsintervju. Dette er en metode som passer når en ønsker å forstå verden sett fra intervjupersonens perspektiv. Validiteten gjelder ikke en bestemt fase av forskningsprosjektet, men gjennomsyrrer hele prosessen fra tematisering til rapportering. Jeg har stilt meg selv spørsmålet om de enkelte fasene i prosessen er fornuftige og om de kan forsvares. Blant annet har jeg stilt meg selv spørsmål ved antall informanter i forskningsprosjektet. Er det nok informanter til å kunne svare på problemstillingen? Antall informanter avhenger av formålet med studien. Hensikten med denne studien er å oppnå en dypere forståelse for helsesykepleiers arbeid for å fremme god psykisk helse i barneskolen gjennom en fenomenologisk tilnærming. Ønsket var å undersøke informantenes opplevelser og erfaringer fra deres perspektiv. Med begrenset tid og ressurser har fem informanter gitt meg nok datamateriale til at jeg kan foreta en dypgående analyse og sammenlikne resultater. Hadde det i motsetning vært mer tid og ressurser, kunne jeg fått et enda rikere datamateriale. Det har vist seg ofte å være en fordel å ha et mindre antall intervjuer i en undersøkelse og i stedet bruke mer tid på forberedelser og analyse av datamaterialet (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 148). En begrensning i denne studien kan være at utvalget er fra kun en kommune. Funnene i denne studien er derfor ikke nødvendigvis representative for resten av landet, men kan likevel være av interesse for skolehelsetjenesten og skoler i Norge som ønsker å kvalitetsforbedre arbeidet om å fremme god psykisk helse blant elevene.

For å kontrollere validiteten stilte jeg meg kritisk til egne fortolkninger og undersøkte feilkilder. En feilkilde kan være min egen innvirkning på datamaterialet. For at jeg ikke skulle påvirke intervjupersonenes uttalelser i intervjuet var det viktig for meg å ha en balanse mellom åpenhet og nedtoning av personlige meninger. Hadde mine meninger og forutinntatte antagelser om temaene blitt presentert på forhånd, kunne dette ha påvirket intervjupersonene til å svare i den retning de trodde at forsker ønsket. Jeg kontrollerte min vektig av funnene, avvikende tilfeller og fulgte opp overraskende funn. Kontinuerlig ble funnenes pålitelighet, sannsynlighet og troverdighet vurdert.

3.6 Forskningsetiske overveielser

I intervjustudien, hvor det er direkte kontakt mellom forsker og intervjupersoner, har den etiske dimensjonen av forskerpraksisen en fremtredende plass. Den asymmetriske maktrelasjonen mellom intervjuer og respondent fremprovoserer etiske spørsmål som forskeren må ta stilling til (Kvale & Brinkmann, 2014, s. 110). De valgene som blir tatt i løpet av forskningsprosessen, kan ha konsekvenser for deltakerne. Det er utarbeidet særskilte etiske retningslinjer som definerer forskerens forhold til deltakerne (Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora, NESH, 2016). Retningslinjene krever at forskeren utviser redelighet og nøyaktighet i presentasjon av forskningsresultatene og i vurdering av andre forskeres arbeid (Thagaard, 2014, s. 24). Dette innebærer blant annet å unngå plagiat ved å bruke henvisningsskikk så nøyaktig som mulig. Det er særlig tre områder som dekkes i de etiske retningslinjene og som er usikkerhetsområder forskeren skal forholde seg til. De vil bli diskutert nærmere under.

3.6.1 Informert samtykke

I ethvert forskningsprosjekt gjelder prinsippet om informert samtykket fra deltakerne (Thagaard, 2014, s. 26). I retningslinjene står det at forskeren skal gi forskningsdeltakerne tilstrekkelig informasjon om forskningsfeltet, forskningens formål, hvem som har finansiert prosjektet, hvem som får tilgang til informasjonen, hvordan resultatene skal brukes, og om konsekvensene av å delta i forskningsprosjektet (NESH, 2016, s. 13). De potensielle deltakerne fikk tilsendt e-post med informasjonsskriv om prosjektet og den nødvendige informasjonen i tillegg til samtykkeerklæring (vedlegg 2). Da informasjonsskrivet ble utsendt, var prosjektet enda under utforming, og deltakerne fikk ikke den fullstendige informasjonen om prosjektet. Det ble i ettertid utformet et ekstra forskningsspørsmål som informantene ikke var opplyst om. Forskningsspørsmålet ble likevel dekket i intervjuguiden og er ansett til å ikke ha videre konsekvenser for informantene. De har derfor ikke blitt opplyst om dette. «Forskningen skal verne om personlig integritet, sikre frihet og selvbestemmelse, respektere privatliv og familieliv og beskytte mot skade og urimelige belastninger.» (NESH, 2016, s. 12). I henhold til respekten for menneskeverdet ble deltakerne informert om hva det innebar å delta, at deltakelse er frivillig, og deres fulle rett til å trekke seg underveis uten videre konsekvenser.

3.6.2 Konfidensialitet

Konfidensialitet i forskningsarbeidet er et grunnprinsipp for etisk forsvarlig forskningspraksis og betegner en enighet med deltakerne om hva som kan gjøres med dataene som er et resultat

av deres deltakelse (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 106, Thagaard, 2014, s. 28). Som regel innebærer det at deres identitet ikke avsløres. Det er særskilte etiske forhåndsregler når det gjelder behandling av personopplysninger. Forskningsprosjekter som forutsetter behandling av personopplysninger er meldepliktige. Dette prosjektet er meldt til NSD og godkjent i samsvar til personvernlovgivningen. I løpet av prosjektet fikk jeg tilgang til navn, e-post, lydopptak og arbeidssted til informantene. Personopplysningene ble oppbevart i en mappe på en privat enhet som var kryptert og flerfaktorautorisert. Materialet hadde en back-up på en harddisk som var innelåst. Identiteten til deltakerne ble anonymisert med koder, hvor lister med de identifiserbare opplysningene og koder var innlåst hele prosjektperioden. Prosjektet ble avsluttet 11.6.19, og da ble alle personopplysninger slettet, inkludert lydopptak. Denne ivaretagelsen av personopplysninger er godkjent av NSD (vedlegg 1).

Konfidensialitet som et usikkerhetsområde er relatert til spenningen mellom ivaretagelsen av anonymitet og forskningsprosjektets pålitelighet og etterprøvnbarhet (Thagaard, 2014, s. 29). Holdes deltakernes identitet anonym, er det vanskelig å etterprøve prosjektet for å sikre pålitelighet. Spørsmålet om konfidensialitet gjelder også gjenbruk og lagring av informasjon. For at data fra prosjektet skal kunne brukes videre i senere forskning, må deltakerne samtykke til dette. Det har ikke deltakerne i dette prosjektet fått spørsmål om, og det er derfor ikke aktuelt. Informasjonen skal også lagres så lenge det er nødvendig, men ikke lenger. Derfor ble all persondata slettet etter prosjektslutt.

3.6.3 Forskerrollen

Forskerens rolle som person og personlig integritet er avgjørende for kvaliteten på den vitenskapelige kunnskapen som produseres og de etiske beslutningene som fattes i kvalitativ forskning (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 108). I intervjuforskning er forskerens integritet sentral fordi intervjueren selv er det viktigste redskapet til innhenting av kunnskap. Med integritet menes forskerens kunnskap, erfaring, ærlighet og rettferdighet.

Personlige egenskaper og ytre kjennetegn som alder og kjønn vil ha innvirkning på hvordan forskeren oppfattes av personer (Thagaard, 2013, s. 88, s. 113). Relasjonen og hvordan forskeren fremstår for deltakerne vil ha betydning for informasjonen forskeren får. Det kan være lettere å oppnå god kontakt med deltakere av samme kjønn. Det er kun 11 helsesykepleiere i Norge som er menn (Bergsagel, 2018), og jeg gikk derfor ut fra at alle informantene var kvinner. At informantene var av samme kjønn kunne gjøre det lettere å oppnå god kontakt i intervjuet, og intervjupersonene kunne oppleve det som lettere å åpne seg

med sine erfaringer og tanker. På den andre siden kan det tenkes at noen av utsagnene er liknende fordi alle er kvinner.

Jeg opplevde som forsker et dilemma mellom å følge intervjuguiden og å følge opp de tema som dukket opp underveis. Hva som kunne være relevant for studiens hensikt å følge opp, og hva som ville føre i andre retninger, måtte hele tiden vurderes. Med en fenomenologisk orientering i forskningsprosessen skulle jeg som forsker gi intervjupersonene stort rom for egne fortellinger. Jeg fokuserte på å be om å utdype utsagn i stedet for å oppsummere det intervjupersonen hadde sagt. Ifølge samtykkeerklæringen har deltakeren ikke samtykket i å bli konfrontert med forskerens fortolkninger (Thagaard, 2013, s. 108). Det var vanskelig å ha balanse mellom en lyttende holdning og en mer styrende holdning for å føre samtalen videre (Thagaard, 2013, s. 106). Noen av deltakerne kunne spore av med å fortelle om oppgaver og erfaringer helsesykepleieren har som ikke angår psykisk helse. Det var da utfordrende å vite når jeg skulle avbryte for å spore inn igjen på tema. Jeg ønsket å etablere en kontakt slik at intervjupersonen følte seg trygg og hadde lyst å dele sine erfaringer med meg. Å avbryte dem kunne påvirke min relasjon til intervjupersonene videre i intervjuet, og jeg lot dem derfor avslutte det de fortalte før jeg peilet inn på tema igjen.

4.0 Presentasjon av funn

I dette kapittelet vil jeg presentere studiens empiri gjennom tema som er sentrale for å kunne svare på forskningsspørsmålene og videre belyse problemstillingen. Jeg har tatt i bruk tematisk analyse for å kunne identifisere, analysere og rapportere mønster/tema i datamaterialet. Jeg kom frem til tre over-tema med tilhørende undertema. Først vil jeg presentere bakgrunnskunnskap om det å være helsesykepleier i barneskolen i dag, helsesykepleierens tanker om psykisk helse i barneskolen og hvordan de arbeider for å fremme barnas trivsel og psykiske helse. Videre presenteres funn knyttet til samarbeidet mellom helsesykepleier og lærer, skoleledelse, sosiallærer og i ressursteamet. Det fremkom av datamaterialet flere faktorer som påvirker hvor godt samarbeidet fungerer, og det vil presenteres avslutningsvis. De fem informantene er tidligere presentert, og har fått fiktive navn for å skape bedre flyt i teksten.

4.1 Helsesykepleier i barneskolen

For helsesykepleierne i barneskolen vil det være stor variasjon i skolestørrelse og således antall elever de har ansvar for, men innholdet i tjenesten skal være den samme. Alle har de

samme pålagte oppgavene. Skolehelsetjenesten er bygget opp slik at hver helsesykepleier har ansvar for hver sin skole. Helsesykepleierne er satt sammen i team, hvor alle som har ansvar for en barneskole er i barneskolegruppa og denne gruppa er igjen delt i tre smågrupper. De har en avdelingsleder og en seksjonsleder over seg som de må forholde seg til. Alle helsesykepleierne i kommunen har ukentlige møter. Ruth formidler at hun setter pris på samarbeidet med de andre helsesykepleierne i kommunen. De får på møtene veiledet hverandre og diskutert saker.

Og det du vil oppdage er jo at vi jobber veldig forskjellig fra skole til skole. Vi har samme utgangspunkt og de samme mål-oppgavene, men personalet i skolen er nok litt forskjellig og selvfølgelig størrelsen – Tone.

Alle helsesykepleierne er tilgjengelig på skolen fra kl. 8 til kl. 15.30 så og si hver dag. En helsesykepleier er en dag i uken på en mindre skole. Alle helsesykepleierne er av og til rundt på andre skoler og hjelper til med vaksinerings og undervisning. Åse forteller at helsesykepleierne prøver å få til mye av de samme oppleggene på alle skolene, men de må selv være igangsettere.

Helsesykepleierne har varierte arbeidsdager som de styrer selv. De jobber ut fra pålagte oppgaver som kommunen har bestemt. Dette er blant annet pubertetsundervisning på 6. trinn, vaksinerings, trivselssamtaler på 3. trinn og skolestartundersøkelser på 1. trinn. De hjelper hverandre med vaksinerings og undervisning på de ulike skolene. Utenom dette deltar de på en del møter, har en åpen dør, følger opp elever, snakker med dem og gir dem råd, veiledning og støtte. Alle samarbeider tett med lærerne og har en del kontakt med foreldre. De underviser i den grad lærer ønsker og observerer elever i timene etter oppfordring fra lærer. Lærere kan og oppfordre elever til å ta kontakt med helsesykepleier. Flere av helsesykepleierne arrangerer «PIS»-grupper som er grupper for barn med to hjem. De har også jente- og guttegrupper i samarbeid med sosiallærer for å styrke elever på det sosiale og bedre miljøet i klassen. Tone opplever at det er flere elever som mobber i dag enn da hun startet i jobben som helsesykepleier for flere år siden. Hun forteller at det er høye krav til elevene i dag, og at de preges av dette. Elevene faller av faglig, kjeder seg i timene og velger derfor å plage andre i stedet. Helsesykepleierne har flere barn på skolen som sliter med lav selvfølelse. Ruth synes at skolen ikke er raske nok til å sette i gang aktivitetsplaner. Hun har tro på aktivitetsplaner og tror at mobbing er veldig negativt for elevenes psykiske helse.

Helsesykepleierne må være på vakt for signaler fra barn som ikke har det bra og ta tak før det er for sent. Tre at helsesykepleierne sier at det er flere barn som sliter med angst i dag enn tidligere. Dette oppleves som den vanligste psykiske utfordringen blant elevene. Anne opplever elevenes psykiske helse som god. Tone har vært med på å oppdage spisevegring på barneskolen. Hun forteller at det er viktig å ikke bagatellisere når det gjelder psykisk helse og å følge opp elevene over tid.

Men grovt sett så er det vel det som gjøres i forhold til psykisk helse. Hele tiden å være observant. Ta tak før det er for sent. Ikke bagatellisere. Få litt tid til å følge opp kan være lurt – Tone.

Helsesykepleierne i kommunen har hatt kurs i psykologisk førstehjelp og bruker «Psykologisk førstehjelp», verktøyskrin om følelshåndtering, til undervisning i klasser eller i enkeltsamtaler. Det er enighet om at psykisk helse i barneskolen er et viktig område. Åse påpeker at alle har en psykisk helse, og den er vel så viktig som den fysiske helsa. Det beste er å forebygge fremfor å slukke branner. Anne har inntrykk av at skolen er på god vei med å øke fokuset på psykisk helse. Ida mener at psykisk helse skulle vært mer på dagsordenen på skolen. Det burde vært mer fokus på hvordan det er normalt å føle seg – uten å sykeliggjøre ting. Det er viktig å lære seg å ha et følelsspråk. Hun synes at flere skoler har blitt flinkere til å ta i bruk verktøy for følelshåndtering. Helsesykepleierne er der for at elevene skal ha en god hverdag. Elevene kan komme til helsesykepleier og «koble av» for så være på igjen i klasserommet. En del av oppgaven til helsesykepleieren er å fremme god psykisk helse. Helsesykepleieren skal helst ligge i forkant til det beste for barna, familiene og samfunnet.

4.2 Helsesykepleiers arbeid for å fremme god psykisk helse

Helsesykepleierne benytter seg av ulike arbeidsmetoder for å fremme god psykisk helse. Noen sentrale metoder som blir brukt er samtaler med enkeltelever, grupper, undervisning i klasser og samarbeid med og veiledning av foreldre. Helsesykepleierne må også gjøre en innsats for å senke terskelen for at elevene skal ta kontakt med dem for støtte og hjelp.

4.2.1 Samtaler med enkeltelever

Åse snakker med elevene om psykisk helse og tar tak i det de måtte streve med. Mesteparten av dagen går til samtaler, forteller Åse. Hun bruker boka «Det er godt å være meg» og plakaten «Jeg er unik» for å bygge selvfølelsen til eleven. Hun jobber for at elevene skal tro på seg selv og at de er unike.

Mesteparten av dagen vår består av rett og slett samtaler og forsøke å være en plass hvor ungene kan få lov til å komme, og samle seg, hvile seg, slappe av, senke skuldrene, forteller Åse.

Helsesykepleierne har to obligatoriske samtaler gjennom skoleåret. De skal gjennomføre skolestartundersøkelsen på 1. trinn og trivselssamtalen på 3. trinn. I skolestartundersøkelsen deltar helsesykepleier, skolelege, foreldre og elev og det er et fastsatt program. Det blir satt av 30 minutter til samtalen som skal omhandle eleven og dens trivsel på skolen, hjemme og i fritiden. Eleven får anledning til å bli kjent med helsesykepleier og hennes kontor.

Trivselssamtalen på 3. trinn blir gjennomført i etterkant av undervisning om kosthold, fysisk aktivitet, vennskap og avdekking av vold og seksuelle overgrep. Da kan helsesykepleieren referere til noe av det hun har snakket om i undervisningen. Det blir satt av 10-15 minutter til hver elev. Foreldrene er informert i forkant, og kan komme med innspill om hva helsesykepleieren skal snakke med eleven om. De samtaler med hver elev om gode og vonde hemmeligheter, hvilke rettigheter de har og hva de skal gjøre om de ikke har det godt. Samtalen omhandler også elevens trivsel hjemme, i fritiden og på skolen. Tone tror trivsel er en stor paraply. Hun bruker en pepperkakemann som elevene kan fargelegge og tegne ansikt på. Dette kan fortelle helsesykepleieren noe om sinnsstemningen til eleven denne dagen. Flere bruker også trivselsskala fra 1-10 hvor elevene skalerer sin trivsel hjemme og på skolen. Om elevene skårer høyt på trivsel på skolen, og lavere hjemme, kan dette være grunn for bekymring:

Og det hender, og da blir jeg jo i tvil, når de skalerer seg høyere på skolen enn hjemme. Hvis de er på en nier på skolen og kanskje sier seks hjemme, så er det jo en grunn til at... Da er det jo noe hjemme som ikke er helt bra - Tone

Ruth forteller at hun er der for at elevene skal ha en god hverdag. Hun har en åpen dør slik at elevene kan komme til henne når de ønsker. Hun snakker med elevene, gir råd og veiledning, støtter dem og prøver å styrke selvfølelsen deres. Samtalene, mener hun, er med på å fremme god psykisk helse blant elevene. Hun samarbeider med lærer om elever som trenger å snakke med en voksen, men som kanskje ikke vil snakke med læreren sin. Lærer spør da om helsesykepleier kan ha samtale med ulike elever, men da må lærer først skaffe samtykke fra foreldre. Foreldre kan selv ta kontakt med lærer eller helsesykepleier å be om at helsesykepleier har samtale med barnet deres. Om helsesykepleieren observerer noe i gangene

som vekker bekymring, trenger ikke helsesykepleieren å innhente samtykke for å snakke med elevene det gjelder – heller ikke hvis elever oppsøker helsesykepleier selv. Som helsesykepleier må en hele tiden være observant.

De fleste helsesykepleierne bruker «Hei-spillet». I dette spillet er det følelseskort hvor poenget er at de skal snakke om følelser og opplevelser de har hatt når disse følelsene oppsto. Åse forteller at det da er viktig å ha en balanse mellom åpenhet og ikke for personlig når hun deltar i spillet. Da kan hun fortelle om opplevelser som kan gjelde for mange. Hun spiller dette enten i grupper eller med en elev. Gjennom spill kan det være lettere for elevene å åpne opp for følelser.

Anne tenker at samtalene med enkeltelever kan bidra til å øke elevenes trivsel ved at de føler seg sett. Mange av samtalene handler om elevenes trivsel, mobbing og vennskap. Dette gjelder spesielt på de øverste trinnene og blant jenter. Tone ønsker å bli flinkere til å hente opp igjen barn hun har hatt samarbeid med for 3-4 uker siden. Da vil hun høre med barnet om forholdene har endret seg. Ida forteller at hun fremmer elevenes psykiske helse ved å møte dem med aksept, vise at hun tar seg tid til dem, gjøre det hun kan for å være tilstede for dem og snakke deres sak. Hun oppsøker dem og er imøtekommende. Elever trenger å følges opp med flere samtaler. Selv skulle hun ønske at det var mer gruppevirksomhet fordi hun føler ikke at en-til-en samtalene gir så gode resultater.

Det er vel det å prøve å møte elevene med aksept og møte de følelsene som er vanskelige. Og vise at jeg tar meg tid til dem. Gjør det jeg kan for å være tilstede for dem og snakke deres sak. Oppsøke dem. Være imøtekommende. Det som en helsesykepleier skal gjøre - Ida

4.2.2 Gruppevirksomhet

Åse har arrangert jente- og guttegrupper for å styrke vennskap og bedre miljøet i klassen. Dette kan være grupper hvor de spiller en del spill sammen. Gruppene arrangeres flere ganger med de samme elevene. Hun har erfart at det ikke er så mye som skal til, det gjelder bare å se behovet, og så må man ha en igangsetter. Tone og sosiallærer arrangerer grupper med elever for sosial trening. De tenker at elevene lærer å være sosiale med andre likeverdige, i stedet for enesamtaler med helsesøster eller sosiallærer. Hun har også arrangert jentegrupper i samarbeid med lærer. Lærerne har da signalisert hvem som har behov for å delta i gruppa. Ida har grupper på 7. trinn for å bedre jentemiljøet i klassen. Disse gruppene arrangerer hun en

gang i uka i en måned. Alle jentene i klassen deltar. Det har vært et ønske fra elevene selv. Hun ser en økende tendens til at jenter føler press på utseende, det å være bra nok og prestere. Elever uttrykker at sosiale medier har gjort at de sliter psykisk. Ida mener at gruppevirksomheten bidrar til å fremme elevenes psykiske helse. Anne har derimot ikke slike grupper selv, men tipser sosiallærer om elever som kunne trenge det. Dette kan være rene jente- og guttegrupper. Hun tenker at gruppene som sosiallærer har kan bidra til å øke trivselen blant elevene. Ruth har også arrangert jentegrupper om det er jentekonflikter i klassen. Hun tenker at gruppene er med på å fremme god psykisk helse blant elevene.

Elevene får brev med seg hjem til foreldrene hvis det er et ønske at elevene skal delta i grupper for å bedre klassemiljøet. Helsepsykeleierne bruker blant annet et program fra «Redd Barna» og «Røde kors» i slike grupper. En av helsepsykeleierne forteller også at hun bruker samtaleverktøyet «Motiverende intervju». Dette har helsepsykeleierne i kommunen deltatt på kurs om. Det er et samtaleverktøy for å finne motivasjonskrefter og få i gang en endring.

Tre av helsepsykeleierne har arrangert «PIS»-grupper (Plan for implementering av samtalegrupper for skilsmissebarn i skolen), grupper for barn som bor på to adresser. Helsepsykeleierne som arrangerer «PIS»-grupper bruker også et eget veiledningsmaterieell til dette. Det inneholder blant annet veiledere, plakater og «PIS»-spillet. En helsepsykeleier forteller at foreldre har etterspurt slike grupper og det har derfor blitt satt i gang på de aktuelle trinnene. Elevene har selv ønske om slike grupper, men Ida er såpass ny på skolen at hun har ikke kommet i gang med det enda. Helsepsykeleierne opplever en økt tendens til at flere barn bor på to adresser eller ikke har kontakt med en av foreldrene. Dette kan oppleves utfordrende for barna. Det er da godt at de kan prate med helsepsykeleier og andre som opplever det samme, om hvordan de har det, forteller Ruth:

Og det å få lov å treffe andre i samme situasjon kan være godt for dem. Se at det er andre som opplever det samme.

4.2.3 Undervisning i klasser

Helsepsykeleierne har obligatorisk undervisning om kosthold, fysisk aktivitet, vennskap, vold og seksuelle overgrep på 3. trinn og pubertetsundervisning på 6. trinn. I pubertetsundervisningen på 6. trinn har helsepsykeleierne et basisprogram som de følger, men kan gjøre det om til sitt eget. De snakker med elevene om holdninger, om kropp og grensesetting, overforbruk av mobil og nettvett. Helsepsykeleierne hjelper hverandre på de

ulike skolene med undervisningen. Når helsesykepleier underviser i klassene er også lærerne tilstede.

Utenom dette underviser helsesykepleierne i den grad lærerne ønsker. Når helsesykepleieren har samlet undervisning kan hun oppfordre elevene til å ta kontakt. De opplever at flere av elevene tar kontakt etter at de har hatt undervisning. Ruth har foreslått for lærere å ha undervisning på enkelte trinn om «Psykologisk førstehjelp». Det er da opp til lærer å ta imot denne undervisningen eller ikke. En av helsesykepleierne forteller at det ikke er noen retningslinjer som sier at helsesykepleier og lærer skal samarbeide inne i klasserommet.

Det er et ønske fra flere helsesykepleiere å ha færre enkeltsamtaler og mer undervisning i klasser og grupper for å nå ut til flere. Slik vil de arbeide forebyggende og kunne fremme elevenes psykiske helse.

4.2.4 Foreldresamarbeid og veiledning

Alle helsesykepleierne samarbeider tett med foreldrene til elevene. Foreldrene er de som står barna nærmest, og dem barna ser mest opp til, forteller Åse. Ruth sier at hun har deltatt på foreldremøter og informert om sin virksomhet. Selv opplever hun at mange barn har foreldre som maser og kjefter på dem hjemme. Det kan være veldig negativt for elevenes psykiske helse å ha negativ oppmerksomhet både hjemme og på skolen. Dette kan bli for mye for elevene og de kan bli stresset. Hun har veiledet foreldrene i forhold til dette og hvordan de skal prøve å ha fokus på det positive med ungene deres, mase mindre, og heller bygge dem opp på en god og positiv måte. Hun har opplevd at foreldre-veiledning har gitt en trivsels- og helsefremmende effekt for barna deres.

Vi må ikke glemme at mor og far er de aller nærmere for barna uansett om utviklingen er slik eller slik. Og det er foreldrene barna ser aller mest opp til og er aller mest glad i - Åse

Tone forteller at hun ofte kontakter foreldre i etterkant av samtaler hun har hatt med barnet deres, for å høre hva som ligger i det eleven sier og hvor alvorlig det er. Noe kan være lett å endre hjemme. Da foretrekker hun å ha samtale med foreldre på telefon eller på kontoret. Noen ting kan det være foreldre ikke tenker at helsesykepleier på skolen kan hjelpe dem med. Helsesykepleieren må kunne mye om kommunikasjon i jobben sin, også i forhold til samarbeid med foreldre. Helsesykepleieren må forsøke å ta foreldrenes perspektiv, spille på

lag med foreldrene, lytte til dem og formidle at *vi vil barnets beste*. Helsepsykepleieren er *barnets talerør*, og det bruker hun for alt det er verdt. Hun deltar på møter med foreldre og lærer. Hun opplever foreldrene som takknemlige.

En av helsepsykepleierne har kontaktet fotballtreneren til en minoritetsspråklig som trengte å styrkes på språket og vennskapet med de på laget. Eleven opplevde selv å bare stå å kikke, og ikke være integrert i fotballaget. Kontakten med treneren ble tatt etter elevens ønske og samtykke fra mor. Helsepsykepleieren fortalte fotballtreneren om eleven og gjorde ham oppmerksom på eleven. Etter dette har eleven fortalt at det går bedre på fotballtreningene.

4.2.5 Psykologisk førstehjelp

Helsepsykepleierne i kommunen har hatt kurs i «Psykologisk førstehjelp». De forteller at de aktivt bruker «Psykologisk førstehjelp» og hjelpehånda i enkeltsamtaler og undervisning. Dette er et selvhjelpsverktøy som hjelper barna å bli klar over og mestre egne følelser. De tar i bruk røde og grønne bamser som representerer vonde og gode tanker. Videre bruker de hånden sin for å finne en løsning på hvordan det er mulig å snu situasjonen til det bedre ved å fokusere på de grønne tankene og hvem som kan hjelpe. Bruk av «Psykologisk førstehjelp» tenker de vil kunne bidra til å fremme god psykisk helse blant elevene. At elevene lærer seg å bruke dette selvhjelpsverktøyet kan bidra til å styrke selvfølelsen og hjelpe elever som er redde for ting.

Ida synes skoler har blitt flinkere til å ha fokus på psykisk helse og følelshåndtering. Ida har ikke brukt «Psykologisk førstehjelp» i undervisning, bare i enkeltsamtaler. Hun skulle ønske at hun fikk muligheten til å bruke det i undervisning på klassenivå. Tidligere har hun foreslått det for lærerne, men det er trolig ikke tid til det eller så blir det ikke prioritert. Ruth har også foreslått for lærerne på 7. trinn å ha denne type undervisning. Det er opp til lærerne om helsepsykepleier får gjennomføre opplegget.

Anne forteller at hun har undervisning på 6. trinn sammen med en annen helsepsykepleier om «Psykologisk førstehjelp». Undervisningen er satt i gang etter ønske fra lærerne. Hun opplever dette som gøy, og kunne tenkt seg og undervist slik på flere trinn etter hvert når det er mer innarbeidet. Slik vil hun kunne nå ut til flere. Åse har også hatt formalisert undervisning på 4. trinn om «Psykologisk førstehjelp».

Og når det blir mer innarbeidet, jeg håper jeg får fortsette med det, at det går an å begynne på de små trinnene og. Gå inn helt fra starten å snakke om det - Anne

4.2.6 Lav terskel for kontakt

Alle helsesykepleierne skal ha en åpen dør for elever og lærere. Åse forteller at noe av funksjonen til helsesykepleieren er å ha et sted hvor elevene kan komme for å snakke og samle seg. Alle helsesykepleierne er tilgjengelig på skolen fra kl. 8 til kl. 15.30 omtrent hver dag. Tone starter dagen med en åpen dør og har dette i perioder av dagen. Tilbudet som skolehelsetjenesten tilbyr skal være et lavterskeltilbud med åpen dør og lite ventetid. Dette synes Ida er vanskelig å få til når det er mange elever som utagerer og har behov for å bli sett, og hun er alene helsesykepleier på en stor skole. Ruth tenker at det å ha en åpen dør kan bidra til at elevene får hjelp og øker deres trivsel. Da kan elevene komme og snakke med henne, motta råd, veiledning og støtte. Hun er glad for at hun har 100% stilling på en skole. Da blir hun bedre kjent med lærere, elever, mer brukt og mer engasjert i jobben.

Alle helsesykepleiere i kommunen har nå fått rosa refleksvester hvor det står «Helsesykepleier» som de kan bruke i friminuttene. Slik skiller de seg ut og er synlige for elevene. Alle helsesykepleierne forteller at de forsøker å gå ut i friminuttene for å være synlige og bli kjent med elevene slik at de skal våge å komme til helsesykepleier når de ønsker det. De kan i friminuttene gå inn i leken. Åse tar noen ganger med seg et langtau ut i friminuttene for å hoppe tau med elevene. Ruth tenker at helsesykepleiere ute i friminuttene er med på å fremme trivselen blant elevene.

For jeg tenker at hvis de skal komme her til meg så må de og føle seg trygg på meg. Så jeg prøver å bli kjent med ungene. Prøver å være en helsesykepleier som ikke er skummel, en som bare kommer med vaksine - Ruth

Helsesykepleierne deltar også på sosiale begivenheter som fellessamlinger og fremvisninger. De får da se hvordan elevene vokser og Åse synes det er naturlig å få med seg fellessamlingene. Tone forteller at hun vil vise for elevene at hun er interessert i det de gjør. Hun har troen på det å være synlig. Noen dager er hun innom i undervisningstimer som «Mat og Helse» og «Kroppøving» og kan da gi tilbakemeldinger til elever når de gjør noe som er bra. Slik gjør hun seg kjent for elevene. Hun har også arrangert musikk og dans i skolegården og yogatimer med 6. trinn.

Gjennom vaksineringsene får helsesykepleierne truffet mange av elevene. Helsesykepleierne forteller at de prater med elevene i gangene. Åse opplever å være mye brukt. Både foreldre og elever kjenner til henne fordi hun har vært på skolen i mange år. Likevel er det noen elever som trenger lenger tid for å åpne seg og betro seg til henne. Da må hun bruke tid med disse elevene for å skape tillit. Ruth har erfart at spill kan hjelpe elevene å åpne opp om følelser.

Ida gjør det hun kan for å være tilstede for elevene og snakke deres sak. Hun forsøker å oppsøke dem, møte dem med aksept og vise at hun tar seg tid til dem. Dette tenker hun er med på å fremme deres psykiske helse. Ruth informerer i klasserommene hver høst om at hun har åpen dør og at elevene kan komme til henne om de ønsker det. Slik gjør hun seg synlig for elevene. De nye retningslinjene gjør også at helsesykepleierne er mer synlige for elevene på 1. trinn og bygger tillit til dem fra starten.

4.2.7 Tidlig innsats

Skolestartundersøkelsen var tidligere på helsestasjonen før barna startet på skolen, men dette året holdes den på skolen etter at elevene har begynt i 1. klasse. Samtalen finner sted på kontoret til helsesykepleier for at de skal bli bedre kjent med henne, hvor hun holder til og senke terskelen for å gå til henne. Helsesykepleier, skolelege, foreldre og elev har en samtale som dreier seg om elevens trivsel på skolen, hjemme og i fritiden. Det settes av 30 minutter til hver elev. Da får helsesykepleieren og skolelegen kartlagt om eleven trenger mer oppfølging. Det kommer frem av intervjuene at nye retningslinjer viser til at helsesykepleierne i barneskolen skal være mer involvert på 1. trinn enn tidligere. Helsesykepleierne er nå med på en del undervisningstimer for å være synlig for 1. klassingene og bygge tillit til dem fra starten.

Det er for at vi skal bygge opp en tillit hos elevene helt fra starten, og at terskelen for å komme hvis det er noe senkes enda mer – Ida

Flere helsesykepleiere har opplevd å ha barn på skolen med angst. Dette er den vanligste psykiske utfordringen på barneskolen, forteller flere av helsesykepleierne. Jo tidligere hjelp, jo bedre, uttaler Åse. Tone forteller at en hele tiden må være observant, og ta tak før det er for sent og ikke bagatellisere. Ida tror det er viktig tidlig å snakke med elever om konsekvenser av valg og handlinger på sosiale medier.

Vi skal helst ligge i forkant. For da får barna det, og familiene det, og samfunnet og mye, mye bedre - Åse

4.3 Samarbeid om elevenes psykiske helse

En sentral samarbeidspartner for helsesykepleier i skolen er læreren. *Hvordan samarbeider helsesykepleier med lærer i barneskolen for å fremme god psykisk helse blant elever?* I dette kapitlet vil jeg presentere funn om hva helsesykepleier samarbeider med lærer om, hvordan samarbeidet oppleves fra helsesykepleieres perspektiv og hva helsesykepleierne mener er viktig i samarbeidet mellom dem og lærer. Helsesykepleier samarbeider også tett med skoleledelsen, sosiallærer og i ressursteamet på skolen. Funn i henhold til dette vil bli lagt frem.

4.3.1 Samarbeid med lærer om elevenes psykiske helse

På spørsmål om hva helsesykepleier og lærer samarbeider om forteller helsesykepleierne at de samarbeider om barnas trivsel og signaler som lærer observerer. Er en lærer bekymret, tar han/hun kontakt med helsesykepleier. Helsesykepleieren kan komme inn i undervisningstimer og observere eleven som læreren er bekymret for. Lærerne får orientering av helsesykepleier om hun skal ta ut elever til samtaler, forteller Tone. Hun og lærerne må samarbeide om å se de barna som kommer til kort – de som ikke har venner eller blir utestengt. Lærerne kan oppfordre elevene til å ta kontakt med helsesykepleier.

Samarbeidet strekker seg fra undervisning til enkeltelever og utfordringer elevene har. Det kan være alt fra konsentrasjonsproblemer og sinnsstemning til matpakken, syn og hørsel. Om lærerne har bekymringer tar de kontakt med foreldrene og spør om de kan involvere helsesykepleier. Får de samtykke av foreldrene til dette, er det «fritt frem» for helsesykepleieren. De kan også drøfte saker anonymt. Samarbeidet omhandler også møter med foreldre, skolevegringsproblematikk, klasse miljøproblematikk og skolestartundersøkelsen. Utfordringene kan være komplekse. Grunntanken er at de skal samarbeide for at elever skal få det bedre. De kan gi råd og veiledning til lærerne i forhold til elever med angst.

Helsesykepleierne samarbeider også med lærerne om undervisning som lærerne etterspør som helsesykepleier kan ha i deres klasse og gruppevirksomhet som foreldrene etterspør. Lærerne kan ønske at helsesykepleier kommer inn i deler av en time og snakker om noe som er aktuelt i den klassen. Det kan for eksempel være at elevene har et sterkt fokus på klær og kropp. Da

kan helsesykepleieren komme inn i en time og ha sin «bolk» etter læreren. Helsesykepleieren bruker alltid helsa som utgangspunkt når hun underviser. Det er det som skiller henne fra læreren, fokuset er alltid på helsa og hun kan tørre å *sette to streker under svaret*. Tone kan si at:

Jeg forteller disse tingene fordi det går ut over helsa di. Og det er det som er jobben min å passe på at du har god helse. Det er viktig for resten av livet ditt at du tar valg for helsa.

Tone har erfart at lærerne vet hva hun kan undervise om fordi de har vært tilstede i annen undervisning som hun har hatt. De samarbeider da i forhold til planlegging i forkant av undervisningen som helsesykepleieren skal ha. Lærerne er tilstede i undervisningen og hjelper til om det oppstår noen tekniske problemer eller utfordringer med elevene. En av helsesykepleierne har blant annet satt i gang undervisning på 6. trinn om «Psykologisk førstehjelp», fordi lærerne så behov for dette i de klassene. Lærer og helsesykepleier avklarer hvilke timer det er gunstig at helsesykepleier tar ut elever i grupper. Lærerne vurderer hvem som har behov for å delta i slike grupper.

4.3.2 Helsesykepleiers opplevelse av samarbeidet med lærer

Alle helsesykepleierne opplever samarbeidet med lærerne som godt. Åse opplever kommunikasjonen mellom henne og lærerne som god. Hun er glad i arbeidsplassen sin og opplever å ha gode kollegaer som alle vil hverandre vel. Hun føler seg som en naturlig del av personalet på skolen. Tone tenker at samarbeidet mellom henne og lærerne flyter mye på hennes erfaring, og at hun har funnet sin måte å nå frem til lærerne på. Hun opplever at de respekterer rammene hennes. Hun informerer alltid lærerne på høsten om sin praksis.

Ida opplever at lærerne bruker henne mye, spesielt de kvinnelige lærerne. Hun har et godt samarbeid med flere av lærerne, men påpeker at hvor godt samarbeidet fungerer er personavhengig. Hun kan noen ganger oppleve at lærerne skyver problemer over på henne, og at de vil at hun skal gjøre mesteparten av arbeidet. Lærerne ser ikke hvor stor arbeidsmengde Ida har.

Anne vurderer at samarbeidet mellom henne og lærerne er greit. Hun har et tettere samarbeid med lærerne som arbeider på de trinnene hvor hun underviser. Det vil variere fra år til år hvilke lærere dette er. Hun erfarer at lærerne er gode til å ta kontakt og kommunikasjonen

mellom dem er grei. Ruth opplever at lærerne er gode til å ta initiativ til samarbeid med henne og kommunikasjonen mellom dem er god.

Tone ser på helsesykepleier som en god avlaster for lærerne. Hun kan involveres i saker som lærer ellers hadde sittet med alene. Hun kan også delta på foreldresamtaler som lærer synes det er ubehagelig å være alene om:

Det er jo ikke til å legge under skjul at vi er en god avlaster. Mye av det som jeg tar tak i det er jo.. Det har ikke lærerne fått gjort noe med eller har sittet alene med. De er jo veldig takknemlige. Og en del tøffe samtaler. Nå har jeg vært sammen med lærer på to samtaler som er litt tøffe fordi foreldrene er litt, kan være litt krasse.

Ida opplever at lærerne tar lett på å sende elevene til henne om de har skadet seg fordi lærerne selv ikke har tid til å ta seg av det. Dette er oppgaver som hun mener ikke er hennes område og som gjør hennes arbeidsmengde større. Hun mener at flere lærere ser på helsesykepleier som en «sykestue» når hun egentlig er der for helsefremmende arbeid. Da slukker hun heller branner for lærerne i stedet for å drive på med det hun egentlig er på skolen for:

Hvis noen skader seg så er noen lærere veldig lett på å sende elevene til helsesøster fordi de har ikke tid til å ta seg av det selv. Slik at da blir arbeidsmengden ved skade, den blir jo veldig forstørret selv om det er ikke mitt bord i det hele tatt.

På spørsmålet om hva helsesykepleierne tenker er viktig i samarbeidet mellom henne og lærerne svarer Åse at hun mener god kommunikasjonsevne og å spille på lag med foreldrene er viktig i samarbeidet. Tone mener at den viktigste rollen til helsesykepleieren i forhold til barnas psykiske helse er å få til samarbeidet mellom henne og lærerne. For å få til dette samarbeidet mener hun at det er viktig å ha en god dialog mellom henne og lærerne, være positive, vise forståelse og være bevisst på hverandres arbeidsområder. Lærerne og helsesykepleieren må også gå frem på den riktige måten. Kommunikasjonen mellom helsesykepleier og lærer handler om hvor tilgjengelig helsesykepleier er og hvordan hun har markedsført sin rolle i skolen. Det er viktig at helsesykepleier strekker ut en hånd innenfor sitt mandat og er på tilbudssiden, men sier i fra når det er oppgaver som hun ikke skal ta på seg. Tone forsøker å oppsøke lærerne for å få til et godt samarbeid.

Ida mener at det er viktig i samarbeidet mellom helsesykepleier og lærer at det er et likeverdig samarbeid. Det skal være klare roller som en respekterer, og en vet hva som er den andres arbeidsområder. Begge må se styrker i den andre og støtte hverandre i møter med foreldre. Det er også viktig å holde seg til saken og det som har betydning når en snakker sammen. Helsesykepleier og lærer bør kontakte hverandre raskt om det er noe de tenker at den andre burde visst om eleven. Lærer burde også inkludere helsesykepleier på møter angående saker om elever som helsesykepleier har vært innblandet i. Hun mener at det er viktig å være inkluderende i samarbeidet.

Respekt for hverandres fagområder er viktig i samarbeidet mellom helsesykepleier og lærer, forteller Anne. Det er viktig at lærerne vet hva som er helsesykepleiers styrker og hva hun kan bidra med. Ruth tenker det er viktig i samarbeidet at de spiller på lag og jobber for ungenes beste. Det er viktig å lytte til barnet og prøve å forstå det – forstå hvorfor ungen er utfordrende, og ikke beskrive den som vanskelig. Hun forsøker å vise seg for lærerne og at hun er tilgjengelig for å få til et samarbeid med dem.

4.3.3 Skoleledelsen, sosiallærer og ressursteam som samarbeidspartnere

Tre av fem helsesykepleiere forteller at de samarbeider godt med skoleledelsen og at de tar initiativ til samarbeid med helsesykepleier. Ida opplever det som vanskeligere å få til et samarbeid med rektoren på den store skolen hvor hun jobber. Terskelen er høyere for å snakke med rektor når det er en stor skole og rektor har det travelt. Det er tilfeldig i hvilken grad skoler ser på helsesykepleier som en ressurs og hvor mye de ønsker å samarbeide med helsesykepleier. Ruth synes samarbeidet med skoleledelsen har blitt bedre etter at hun fikk delta på ressursgruppemøtene. Før dette følte hun seg utestengt og ikke inkludert. Hun synes i dag at skoleledelsen tar litt lite initiativ til samarbeid med henne. Hun kan komme med forslag til tiltak som kan fremme god psykisk helse, men det er skoleledelsen som setter dem i gang.

Anne deltar på møter med rektor, administrasjonen og sosiallærere en dag i uka i forhold til Opplæringslova § 9A. Hun synes det er fint å bli inkludert i disse møtene. Da får hun et innblikk i hva som rører seg på skolen og hvilke elever mobbesakene gjelder. Åse deltar på samarbeidsmøter med skoleledelsen og skolelege. Hun forteller at en må være lojal overfor ledelsen. Tone opplever at skoleledelsen kommer med innspill og ønsker om hva hun skal gjøre og at personalet i skolen viser respekt for hennes jobb. To av helsesykepleierne deltar på

skolens planleggingsdager. De andre har ikke blitt invitert, har blitt invitert dagen før eller så har skoleledelsen ikke uttrykt at de ønsker at helsesykepleier deltar.

Alle helsesykepleierne samarbeider med sosiallærer på skolen. Sosiallærer tar seg av det sosiale og om det er mobbing, forteller Åse. Tone jobber tett med sosiallærer, miljøterapeuter og vernepleier. Hun arrangerer grupper sammen med sosiallærer for sosial trening. Da lærer elevene sosialisering ved å være sosiale med andre likeverdige. Ida tror at en jobber best sammen. Det har skjedd flere ganger at hun og sosiallærer følger opp samme elev uten at de er klar over det. Dette har også Ruth opplevd.

På skolen til Anne er det to sosiallærere som hun samarbeider godt med. Det er de som har gruppevirksomhet. Anne har enkeltsamtaler med elever. Hun kan tipse sosiallærerne om elever som hun ser trenger å styrkes på det sosiale. Dermed kan sosiallærerne starte grupper. Gruppene som sosiallærerne har, tenker hun, kan bidra til å øke trivselen til elevene. Ruth har møter med sosiallærer når det trengs, men ikke noe fast.

Alle helsesykepleierne er deltakere i skolens ressursteam en dag i uka. Ruth har blitt inkludert i ressursgruppemøtet det siste året. Ruth forteller at hun synes det er verdifullt å få delta i denne gruppa hvor alle har ulike innfallsvinkler og kompetanse. Hun ser likevel et forbedringspotensial i gruppa. De kunne vært mer effektive og kommet raskere i gang med aktivitetsplaner. Hun synes undersøkelsesprosessen ved mobbesaker drøyer litt. Hadde de kommet raskere i gang kunne de har hjulpet elevene tidligere.

Så det er mer nå dette året at jeg har blitt inkludert i ressursgruppemøtet. Og nå føler jeg at jeg får mer dele min kompetanse - Ruth

4.4 Erfarte muligheter og begrensninger i arbeidet om å fremme god psykisk helse

I dette kapittelet vil jeg først presentere hva informantene erfarer som muligheter og begrensninger i sitt arbeid om å fremme god psykisk helse blant elevene. Videre vil jeg presentere faktorer fremkommet av studiens empiri som kan påvirke samarbeidet mellom helsesykepleier og hennes samarbeidspartnere i arbeidet om å fremme elevenes psykiske helse.

4.4.1 Helsepsykepleiers opplevde muligheter og begrensninger

Åse ser muligheter for å bety en forskjell for elevene, og mener at det er mye en kan gjøre med den psykiske helsa. Hun forsøker å ta tak i disse mulighetene gjennom arbeidsdagen ved å bruke sanseapparatet, se, og så godt det er mulig gjøre noe med det hun ser. At helsepsykeleieren er tilgjengelig gjør at elevene har et sted hvor de kan komme og koble av, for så å være på igjen i klasserommet. De kan prate med helsepsykeleieren om hvordan de har det.

Det er egentlig mange ting man kan gjøre. Men det det handler om: man må ha tid, man må ha ressurser og man må ha en igangsetter som ser og vil - Åse

Åse har blant annet kontaktet en fotballtrener etter elevens ønske. Eleven følte seg lite sett og inkludert, og hun kontaktet da fotballtreneren for å gjøre ham oppmerksom på eleven. Hun opplever ikke så mange begrensninger i jobben sin, men en må trække varsomt og det er mulig at en annen skal gjøre jobben som trengs for eleven.

Tone tenker at hun har muligheter fordi hun er tett på elevene og til stede. Hun har mulighet til å lytte, se og handle. Hun forsøker å se elevene på fremvisninger og i skolegården, blir kjent med dem og forsøker å gi tilbakemeldinger når de gjør noe bra. Tone opplever å ha mulighet til å hjelpe lærerne med å bedre trivselen på skolen. Blant annet har hun arrangert musikk og dans i skolegården. Lærerne kontakter helsepsykeleieren når det er elever de er urolige for, og da kan hun gå inn i timer og observere eleven. De barna som går og bærer på ting er de viktigste og vanskeligste å få tak i. Det er gøy å jobbe i skolen for da kan Tone bidra til at barn får det bedre.

Jeg tror muligheten ligger i at jeg er tett på. At jeg er tilstede. Jeg har anledning til å lytte. Til å se. Og til å handle - Tone

Tone tenker at den største begrensningen hun har i arbeidet med å fremme god psykisk helse blant elevene er at hun ikke kan nok om psykisk helse. Hun mener at hun skulle hatt bakgrunn i psykologi.

Største begrensningen er at jeg kan ikke nok om psykisk helse. Mye av min jobb føler jeg skjer på grunnlag av erfaringer. Jeg kjenner at jeg skulle vært litt mer psykolog. Altså hatt bakgrunn i psykologi mer. - Tone

Anne påpeker at det var lite fokus på psykisk helse i hennes helsesykepleier-utdanning. Det var også lite fokus på skolehelsetjenesten. Hun visste derfor lite om hvordan det var å arbeide som helsesykepleier i skolen før hun startet i jobben. Hun skulle gjerne hatt litt mer *kjøtt på bena* før hun begynte i skolen, og tenker at utdanningen her har et forbedringspotensial.

Skolehelsetjenesten er veldig underbemannet uttaler flere av informantene. Alle helsesykepleierne i denne studien har flere elever enn anbefalingene, og noen har opp mot eller over det dobbelte. Ida forteller at skolehelsetjenesten er svært underbemannet og at det skulle ha vært to helsesykepleiere i 100% stilling på hennes skole etter den anbefalte normen. Anne og Ruth jobber også på store skoler. Anne opplever å ha tid til må-oppgavene, men mindre til annen undervisning i klasser som hun ønsker å gjennomføre:

Slike ting er det ikke så god mulighet til fordi vi har veldig mye må-oppgaver. Det er så stor skole og...

Ruth har det travelt på høsten i oppstarten, og er i tillegg veileder for en ny helsesykepleier. Det skulle vært flere helsesykepleiere på skolen, men ressursen er ikke slik. Alle helsesykepleierne kan oppleve mangel på tid i perioder. De har mye kontorarbeid og deltar på flere møter.

Så det er en del kontorarbeid. Ganske mye tid går også til møtevirksomhet - Tone

De kan da føle at de ikke strekker helt til og kan få dårlig samvittighet for at de skulle ha orket å dykke mer ned i det. De må da kjenne etter når de har vært lenge nok i en sak, hvor deres mandat ligger, og eventuelt gi saken videre. Dette gjelder for eksempel saker med skolevegring, forteller Tone. Hun klarer ikke å sitte med det alene, og involverer tidlig andre. Hun synes det er komplekse og vanskelige saker. En må som helsesykepleier ikke la seg plage av det en ikke får gjort. Tone mener også at det er for lite fokus på mobberne fordi tiden ikke strekker til og en ikke har vært klar over hvor viktig det er å ha fokus på dem.

*Vi har jo ingen som kommer inn og tar arbeid for oss. Jeg må liksom gjøre alt selv -
Tone*

Mangel på tid fører til at helsesykepleierne ikke klarer å følge opp alle elever som trenger det. Flere elever utagerer og har behov for å bli sett. Det er da vanskelig å få til et lavterskeltilbud med åpen dør og lite ventetid. Det kan være vanskelig å sette ned foten og vite hva en skal prioritere når tiden ikke strekker til og det forventes fra andre at helsesykepleieren skal si ja.

Når det skulle vært en såpass mye høyere stillingsprosent enn det som er satt opp, og vi er flere og flere elever som utagerer og har behov for å bli sett, så opplever jeg at.. En får jo ikke tid til å følge opp slik som en ønsker. Så det er vanskelig å sette ned foten å vite hva en skal si nei til, og prioritere - Ida

«Psykologisk førstehjelp» kunne vært brukt mer på klassenivå, til det det er tiltenkt, uttaler Ida. Det er trolig ikke tid til det, eller så blir det ikke prioritert. Hun mener at det mangler tid og ressurser i skolen. Hun kan oppleve at flere lærere skyver problemer over på henne og at dette kan handle om mangel på ressurser fra lærerens side. De kan ønske at hun skal gjøre mesteparten av arbeidet fordi de ikke ser hvor mye arbeid helsesykepleieren har fra før.

Som helsesykepleier må Ida være kreativ og forsøke å tenke helsefremmende i alt hun gjør. Mangel på tid og ressurser begrenser mulighetene. Hun opplever det enklere å få til et godt samarbeid på den mindre skolen som hun er på en dag i uka, der er det ikke like travelt som på den store skolen hvor terskelen er høyere for å ta kontakt med rektor. Det skulle vært en felles forståelse for hva som er viktig. Personalet i skolen må selv ønske at tiltak blir satt i gang, men helsesykepleieren kan ikke gjøre det alene. Hun opplever å ha muligheter, men de er begrenset på grunn av mye sykdom på skolen, at det er såpass travelt og mange elever som trenger hjelp. Hun tror at arbeidet for barnas psykiske helse på skolen kunne blitt bedre om hun, sosiallærere og miljøterapeuter gikk sammen og jobbet strukturert med hva som kan gjøres på skolen. Anne opplever å ha nok tid til må-oppgavene, men mindre til undervisning klassevis, noe hun hadde ønsket. Da ville hun nådd ut til flere, og kunne ha arbeidet mer forebyggende.

To av helsesykepleierne forteller at noen elever trenger tid for å åpne seg. Dette kan være vanskelig for helsesykepleieren, og en må da trække varsomt. En av dem opplever at lærerne og skoleledelsen forventer at elevene skal gå til henne bare i friminuttene, og ikke bruke av undervisningstimene. Dette kan være en utfordring for helsesykepleieren når flere elever trenger tid for å åpne seg. Med tid til rådighet opplever hun muligheter til å bedre elevenes

psykiske helse ved at hun kan snakke med dem. Det er ikke alltid så mye som skal til, noen ganger trenger de bare å høre at ting er normalt.

4.4.2 Informasjonsflyt og felles forståelse

Åse mener at god kommunikasjonsevne og det å spille på lag med foreldrene er viktig i samarbeidet mellom helsesykepleier og lærer. Hun opplever selv kommunien mellom henne og lærerne som god. Tone forteller at andre helsesykepleierkollegaer av henne har opplevd at lærere reagerer på at de er inne i timen. Da mener hun at det ikke er avklart godt nok i forkant. Hun orienterer lærerne om hun skal inn i timen eller ta ut elever.

Helsesykepleieren trenger å kunne mye om kommunikasjon i jobben sin.

Ida opplever å ikke bli informert om planleggingsdagene før dagen før, og får ikke sakslister for ressursmøte før samme dagen. Dette gjør det vanskelig for henne å samarbeide med lærerne og ressursteamet. Hun mener at lederen for skolehelsetjenesten og rektorer bør snakke sammen på systemnivå om hvordan samarbeidet bør være for at det er til det beste for elevene. Det har også skjedd flere ganger at hun og sosiallærer følger opp samme elev uten at de er klar over det. Dette bekrefter også Ruth har skjedd:

For det har jo skjedd mange ganger at vi ser at sosiallærer følger opp denne eleven, jeg følger opp eleven. Og så sitter bare alle med sitt og med seg. Da blir det på en måte... Da tror ikke jeg det blir til det beste for eleven. Nei. Jeg tror en jobber best sammen hvis en kan jobbe mot et felles mål da - Ida

Det foreslås at samarbeidet kunne blitt bedre om de gikk sammen og jobbet strukturert. Ressursgruppemøtene skulle vært mer strukturerte og med en klar hensikt, men da må ledelsen ha det på agendaen. Det burde vært en felles forståelse for hva som er viktig, og de burde jobbet enda tettere sammen. Tone mener at det kunne blitt lettere å samarbeide med lærerne om elevenes psykiske helse om lærerne hadde lært mer om psykisk helse i sin utdanning:

Så jeg tenker at lærerne, jo mer psykisk helse, og da blir det jo kanskje enda mer spesifikt hvordan vi kan jobbe opp mot dem og.

4.4.3 Taushetsplikten

Helsesykepleierne forteller at de har en strengere taushetsplikt enn lærerne. De må innhente samtykke fra foreldre for å kunne uttale seg til lærer eller for å ha samtaler med elever på oppfordring fra lærer. Denne veien må de alltid gå før de kan uttale seg åpent til lærer med den informasjonen de sitter på. Om de ikke har innhentet samtykke, kan de drøfte saker objektivt/anonymt. Foreldre får brev med hjem hvis det er ønske om at barnet deres skal delta på gruppevirksomhet. Helsesykepleieren tar inn til samtale uten samtykke fra foreldre hvis eleven selv oppsøker henne, eller hvis hun for eksempel ser noe urovekkende i gangene. Lærerne kan også oppfordre elevene til å ta kontakt med helsesykepleier. Det er viktig i samarbeidet mellom helsesykepleier og lærer at de går frem på riktig måte slik at de har foreldrene med seg på laget.

En helsesykepleier har erfart at de strenge lovene for taushetsplikten til helsesykepleiere kan gjøre lærerne usikre på hvor mye hjelp de kan hente hos henne. Flere av helsesykepleierne opplever taushetsplikten som en begrensning i sitt samarbeid med lærerne, men de forteller at det er lett å løse om de får samtykke fra foreldrene. Stort sett så sier foreldrene ja, uttales det. Noe som er problematisk er når helsesykepleieren får sakslista for et ressursgruppemøte samme dagen. Da er det mulig at hun ikke rekker å innhente samtykke av foreldrene, og dermed ikke får delt viktig informasjon som hun sitter på. Dette har en helsesykepleier opplevd flere ganger.

De sender ut sakslista samme dagen slik at jeg ikke får innhentet samtykke til å dele den informasjonen jeg sitter med alltid.

4.4.4 Inkludering av helsesykepleier

Alle helsesykepleierne er glad i jobben sin, og trives på skolene. Tre av helsesykepleierne sier at de føler seg inkludert i skolen sitt fellesskap. Åse opplever personalet på skolen som sine kollegaer og føler seg som en naturlig del av skolens fellesskap. Lærerne spør Tone om hun kan undervise i deler av timene deres når det er noe som er aktuelt i den enkelte klassen. De spør også om hun kan delta på møter med foreldrene. Dette skaper fellesskap mener hun. Anne har vært helsesykepleier på skolen i litt over ett år, og opplever det kjekkere dette året. Hun har kommet bedre inn i rutiner og lærere og elever kjenner til henne.

Anne opplever å være inkludert i skolen sitt fellesskap, men må selv jobbe for å *komme inn i gjengen*. Ida og Ruth opplever å være delvis inkludert. Ida har ikke et naturlig arbeidsmiljø på

skolen. Lærerne jobber i team, mens hun er ansatt i skolehelsetjenesten. Kanskje hun hadde vært en mer naturlig del av fellesskapet om hun var ansatt i skolen, foreslår Ida. Hun må selv ta initiativ til å bygge relasjoner til personalet. Hun tror at flere ser på helsesykepleieren som på besøk, og ikke som en naturlig del av personalgruppa. I tillegg har hun alene kontor i kjelleren, lagt borte fra de andre. Det er ikke alltid hun rekker å gå opp på personalrommet for å spise lunsj. Det har skjedd flere ganger at Ida ikke har blitt invitert på møter med andre instanser i saker hvor hun har vært innblandet. Lærerne skulle vært flinkere til å invitere henne med, sier hun.

Ja, det er litt vanskelig. Men det er godt å være her, ja. - Ida

Ruth føler seg inkludert i noen grad, men kunne tenkt seg å bli invitert på sosiale begivenheter. Hun føler seg som en del av miljøet på skolen og er glad for å være på skolen hver dag. Da blir hun kjent med lærerne, mer brukt og mer engasjert i jobben. Likevel er det mange ansatte på skolen, og ikke lett å bli kjent med alle. Hun må selv ta initiativ til å snakke med lærerne, og ser på de andre helsesykepleierne i kommunen som sine kollegaer. Kontoret hennes er i kjelleren i et annet bygg, langt borte fra personalrommet, rektor og arbeidsrom. Hun forsøker å vise seg og at hun er tilgjengelig for et samarbeid med å spise lunsj med dem på personalrommet.

Men jeg tar jo mye initiativ selv til å snakke med lærerne. Jeg går alltid bort til lærerrommet og spiser lunsj med dem. Sitter og snakker med dem. Jeg er jo litt langt borte fra dem for de har jo kontorer i det bygget, lærerne, administrasjonen og alle. Så jeg er jo litt alene her. Men jeg går en del bort og snakker med dem og prøver å vise at jeg er tilgjengelig for dem - Ruth

Alle helsesykepleierne er inkludert i skolens ressursteam. Anne er med på møter med rektor, administrasjonen og sosiallærere en dag i uka i forhold til Opplæringslova § 9A. To av helsesykepleierne deltar på planleggingsdager og blir invitert på samarbeidsmøter med skoleledelsen, skolelege og sosiallærer. Ruth har deltatt på flere foreldremøter. Hun synes at samarbeidet med skoleledelsen har blitt bedre etter at hun fikk delta på ressursgruppemøtene. Likevel synes hun at skoleledelsen tar litt lite initiativ til samarbeid med henne. Lærerne er flinkere til å ta initiativ.

4.4.5 Kjennskap til helsesykepleiers kompetanse

To av helsesykepleierne svarer ja på at de opplever at personalet i skolen har kjennskap til deres kompetanse. De resterende mener at personalet i skolen kunne hatt enda bedre kjennskap til helsesykepleierens kompetanse og hva hun kan bidra med. Tone mener at helsesykepleieren må være på tilbudssiden og markedsføre seg og sitt mandat i skolen. Hun opplever at lærerne vet hva hun kan undervise i klassen om. Hun synes det er godt å undre seg sammen med en lærer, og Ida opplever det godt å snakke med en utenfra med en annen kompetanse enn henne. Ruth forsøker å si hva hun kan bidra med, og opplever at personalet har mer kjennskap til hennes kompetanse etter at helsesykepleierne fikk delta i ressursteamet på skolen.

Ida tror at det er for lite kjennskap til helsesykepleierens kompetanse og at det gjør at de forventer at hun alltid skal si ja. Det er da vanskelig for henne å sette ned foten og vite hva hun skal prioritere. Det er tilfeldig hvordan skoleledelsen ser på helsesykepleieren som en ressurs. Hun tviler på at rektor og inspektører har satt seg inn i hennes retningslinjer og hva hun egentlig kan bidra med. Hun skal fokusere på det friske og ikke det syke, og forebygge. Noen ser enda på helsesykepleiers kontor som en sykestue hvor branner skal slukkes. Hun skulle ønske at lærerne visste hvilken kompetanse hun sitter på. Da kunne det blitt et enda bedre samarbeid, også i forhold til samarbeid med miljøterapeuter og sosiallærer. Flere av lærerne samarbeider hun godt med, og de ser på henne som en ressurs. Mye handler om økt forståelse for hverandres kompetanseområder for at samarbeidet om å fremme god psykisk helse i skolen skal bli bedre, mener Ida.

Men jeg tviler på at rektor eller inspektør på skolen har satt seg inn i mine retningslinjer og sett hva jeg egentlig kan bidra med og hva som egentlig er.. Ja, hva som er mine hovedområder. For jeg skal jo ikke ha fokus på sykdom. Jeg har jo fokus på det å friske. Hvordan holde elever friske og forebygge at de blir syke. Forebygge at det utvikler seg videre. - Ida

4.4.6 Helsesykepleiers erfaring fra skolehelsetjenesten og på den aktuelle skolen

Åse har flere års erfaring som helsesykepleier. Hun opplever å være mye brukt. Foreldre og barn kjenner til henne fordi hun har vært på skolen i mange år og hun føler seg som en naturlig del av personalet:

Det har økt på fordi at jeg har vært her i såpass mange år. Så vet både foreldre og barn, og lærere, utrolig godt hvem jeg er. Og jeg opplever at jeg er veldig mye brukt.

En annen helsesykepleier opplever samarbeidet med skoleledelsen og lærerne som veldig godt og mener at det flyter mye på hennes erfaring. Hun har funnet sin måte å nå frem til lærerne på. Mye av den jobben hun utfører gjøres på grunnlag av erfaring, og mye kan løses på mellommenneskelig nivå og med sunn fornuft. Derfor opplever hun stort sett å ha den kompetansen som skal til.

Du kan løse ganske mye på rett og slett mellommenneskelig nivå ved å bruke sunn fornuft og tørre å se det du ser og tørre å gjøre noe med det du ser. Det er liksom mitt utgangspunkt - Tone

En av helsesykepleierne som har vært i yrket i litt over ett år synes at det er kjekkere nå det andre året. Nå har hun kommet inn i rutiner og lærere og elever kjenner til henne. Hun synes samarbeidet er lettere dette året nå når hun har funnet sin plass. Hun opplever å ha mange muligheter. Et fremtidig ønske er å undervise mer i hele klasser, men erfaringen stopper henne litt. Hun vil bli tryggere i sin rolle med erfaring. Den andre nyutdannede helsesykepleieren uttrykker også at mulighetene kommer med erfaring. Etterhvert vil hun bli mer kreativ og få en større posisjon i skolen. Hun må hele tiden minne seg selv på at hun er på skolen for helsefremmende og forebyggende arbeid. Hun er såpass ny på skolen at hun ikke har kommet i gang med «PIS»-grupper som er etterspurt.

5.0 Diskusjon

Hensikten med denne studien er å utforske hvordan helsesykepleier i barneskolen arbeider for å fremme god psykisk helse blant elever. For å besvare denne problemstillingen har jeg utformet tre forskningsspørsmål. I denne delen vil jeg belyse problemstillingen gjennom diskusjon av forskningsspørsmålene basert på studiens empiri, teorigrunnlag og tidligere forskning. Helsesykepleierne i denne studien benytter flere arbeidsmetoder, verktøy og praksiser for å fremme elevenes psykiske helse. De samarbeider tett med lærerne, sosiallærer, skoleledelsen og i ressursteamet om elevenes psykiske helse. Helsesykepleierne opplever å ha muligheter, men det er flere faktorer som kan begrense mulighetene for å fremme god psykisk helse blant elevene. I disse faktorene inkluderes også det helsesykepleierne mener er viktig for et godt samarbeid mellom helsesykepleier og lærer.

5.1 Hvilke arbeidsmetoder bruker helsesykepleier for å fremme elevenes psykiske helse?

Studiens funn har pekt på spesielt fire arbeidsmetoder helsesykepleier bruker for å fremme elevenes psykiske helse; samtale, gruppevirksomhet, undervisning i klasser, foreldresamarbeid og foreldreveiledning. I tillegg til dette arbeider de aktivt for å senke terskelen for at elevene skal ta kontakt med helsesykepleier. Tidlig innsats kommer frem som et viktig tema og «Psykologisk førstehjelp» blir aktivt brukt som verktøy. Dette vil diskuteres her.

5.1.1 Samtaler med enkeltelever og tidlig innsats

Helsesykepleierne mener at samtaler med elevene er med på å fremme god psykisk helse. Helsesykepleierne kan gi råd, veiledning, støtte og styrke selvfølelsen til elevene. Barn har en medfødt kompetanse for interaksjon og dialog. Gjennom interaksjon driver barnet selvorganisering og bygger sosiale relasjoner for utvikling ut fra egne erfaringer, og blir subjekt i eget liv. Denne kompetansen er tilgjengelig om relevante forutsetninger og støtte er til stede i situasjonen (Øvreeide, 2009, s. 78). Sosial støtte er den egenskapen ved forholdet til andre mennesker som har sterkest sammenheng med psykisk helse (Helland & Mathiesen, 2009, s. 56). I samspill mellom barn og voksne er samspillet kvalitet og konsekvenser utelukkende den voksnes ansvar (Juul & Jensen, 2002, s. 107). Helsesykepleierne tar en del av ansvaret for samspillet ved å oppsøke elevene og være imøtekommende. I relasjonen mellom voksen og barn bygger anerkjennelsen på den voksnes evne og vilje til å forholde seg åpent, sensitivt og inkluderende til barnets virkelighet og selvforståelse (Juul & Jensen, 2002, s. 235). Dette forteller en helsesykepleier at hun gjør ved å møte elevene med aksept, vise at hun tar seg tid til dem, gjøre det hun kan for å være tilstede for dem og snakke deres sak.

Mesteparten av dagen består av samtaler med elever, og være et sted hvor elever kan komme for å samle seg, hvile seg, slappe av og senke skuldrene, forteller Åse. Tilstedeværelsen av helsesykepleieren og muligheten elevene har til å snakke med henne når de opplever stress og høye krav fra miljøet, kan hjelpe elevene å velge rett mestringsstrategi. Å snakke om erfaringer og tanker med en voksen er avgjørende for mestring, adekvat omsorg, selvforståelse og utvikling (Øvreeide, 2009, s. 75). Helsesykepleierne bruker de røde og grønne tankene og bamsene som verktøy til «Psykologisk førstehjelp» for å forsøke å finne ut hvordan det går an å snu situasjonen til det bedre. De fokuserer på at grønne tanker skal ta mer plass enn de røde, hva en kan gjøre for å snu situasjonen og hvem som kan hjelpe. På

denne måten fremmes både emosjons- og problemfokusert mestring (Lazarus, 2006, s. 145). Emosjonsfokusert mestring handler om å regulere følelser knyttet til den stressende situasjonen, mens ved problemfokusert mestring forsøker en å skaffe seg informasjon om hvordan en kan endre det problematiske forholdet mellom person og miljø (Lazarus, 2006, s. 145). Å forholde seg til langvarig stress kan føre til at personer utmattes og mestringsferdighetene svekkes (Lazarus, 2006, s. 214). En slik tilstand er etter WHO (2014) sin definisjon ikke god psykisk helse. Som utmattet vil en ikke ha kapasitet til å arbeide på en produktiv og fruktbar måte. En er ikke da være i en tilstand av velvære, og en vil trolig ikke klare å håndtere normale stresssituasjoner. Dette kan gå ut over elevenes læringsmuligheter. For å kunne lære, utvikle og utfolde seg er en god psykisk helse sentral (Bru et al., 2016, s. 13). Dagens helsesykepleier er på denne måten en viktig del av skolens personal som støtter skolens akademiske oppdrag gjennom å gi helsetjenester som reduserer eller eliminerer hindringer for læring (Baisch, Lundeen & Murphy, 2010, s. 74).

Selv om elevene har mulighet til å snakke med helsesykepleier når de opplever stressende livssituasjoner, betyr det nødvendigvis ikke at de oppsøker henne. I denne situasjonen kan læreren oppfordre eleven til å ta kontakt med helsesykepleier, noe informantene forteller at lærerne gjør. Eleven er avhengig av lærere og en helsesykepleier som er observant på tegn som kan indikere at eleven har utfordringer, og at det blir tatt tak i. Som en helsesykepleier poengterer er det viktig å ikke bagatellisere. Skolen er sentral for elevens utviklingsprosess (Bronfenbrenner, 1979, s. 22). I hvilken grad skolen klarer å imøtekomme elevens behov for utviklingsstøtte, vil ha stor betydning for om skolen utgjør en positiv eller negativ faktor i elevens utvikling (Drugli, 2012, s. 18). En måte å imøtekomme elevens behov på tenker jeg vil være å bygge relasjon til elevene slik at de tar kontakt om de opplever å ha det vanskelig.

Informantene understreker at de ønsker å bygge tillit til elevene fra starten. I individrettet arbeid dreier det seg først og fremst om å bygge tillit (Meland, 2009, s. 175). Informantene forteller at de da tror terskelen for å ta kontakt med helsesykepleier blir mindre og derfor oppsøker helsesykepleier tidligere. Tillit kan både være et resultat av en meningsfull relasjon og en betingelse for at relasjonen skal eksistere (Hargreaves, 1996, s. 262). Forskning har vist at relasjonsbygging og jevnlig kontakt med elever er en sentral del av helsesykepleierens arbeid for å støtte elever med psykiske helseplager (Ravenna & Cleaver, 2016, s. 61). Helsesykepleiernes praksis samsvarer på denne måten med hva forskning har trukket frem som viktig for å støtte elever med psykiske helseplager. Psykiske helseplager viser seg ofte å debutere i barne- og ungdomsårene, og tidlig og riktig hjelp vil redusere sjansen for at

eventuelle plager vedvarer (Bru et al., 2016, s. 17). Det er da viktig at helsesykepleierne bygger relasjoner til både foreldre og barn for at de skal søke hjelp og motta hjelp ved behov.

Skolestartundersøkelsen er en helseundersøkelse og samtale med eleven hvor helsesykepleier og skolelege kartlegger eleven og gir oppfølging og henvisning med behov. Dette er en del av hva skolehelsetjenesten skal tilby elevene (Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten, 2018, §6). Skolestartundersøkelsen på 1. trinn kan ses i sammenheng med det økte fokuset på tidlig innsats (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009, Helsedirektoratet & Utdanningsdirektoratet, 2013, Helsedirektoratet, 2017). Tidlig innsats kan være en form for primærforebyggende arbeid hvor tiltak settes inn mot alle elever for å hindre at problemer oppstår (Glavin & Kvarme, 2003, s. 100, Dahm et al., 2010, s. 14). En oversiktsartikkel (Rutter et al., 2006, s. 282) om kontinuitet av psykiske lidelser fra barn til voksen viser at barn som har psykiske lidelser har større sannsynlighet for å få tilbakefall av psykiske lidelser som voksen. Å møte eleven og foreldre på et tidlig tidspunkt, opprette kontakt med dem og gjøre seg kjent, kan være avgjørende for å kunne sikre nødvendig oppfølging av elever (Helsedirektoratet, 2017). Dette er starten på relasjonen mellom helsesykepleier, elev og foreldre. Samarbeid mellom hjem og skole, viser seg å ha påvirkning på elevens skolefaglige prestasjoner og sosiale utvikling (Nordahl, 2007, s. 44).

Samtidig er skolestartundersøkelsen gjennomført i løpet av 30 minutter, og jeg stiller spørsmål til hvor godt helsesykepleier og skolelege får kartlagt elevens helse og eventuelle risikofaktorer. Skolehelsetjenesten bør bidra til tidlig innsats ved ekstra oppfølging og støtte i klasser, i grupper eller på individnivå når det er nødvendig (Helsedirektoratet, 2017). Det kommer frem av intervjuene at helsesykepleierne også skal være mer synlige for 1. klassingene etter nye retningslinjer, og de er derfor deltakende i noen undervisningstimer. Slik får de opprettholde en jevnlig kontakt med elevene fra starten, kan bygge relasjon til dem og observere elevene for en mer omfattende kartlegging av eventuelle vansker elevene har. Dette er sekundærforebyggende arbeid (Glavin & Kvarme, 2003, s. 100, Dahm et al., 2010, s. 14).

I tillegg til skolestartundersøkelsen skal alle helsesykepleiere gjennomføre trivselssamtaler på 3. trinn. De blir gjennomført i etterkant av undervisning, og helsesykepleier kan derfor referere til noe av det hun har undervist om. Gjennom samtalen kartlegger helsesykepleieren elevens trivsel hjemme, på skolen og på fritiden. Identifisering av risiko- og beskyttelsesfaktorer er avgjørende for å forebygge sykdomsutvikling (Folkehelseinstituttet,

2009, s. 28). Når de skal kartlegge risiko- og beskyttelsesfaktorer i barnets liv, er det viktig å se utover individet og kjernefamilien, og ta for seg alle systemer som har en betydning for utviklingen. For å forstå barnets utvikling i en helhetlig sammenheng er det viktig å ta hensyn til de ulike systemene som direkte eller indirekte virker inn på utviklingsprosessen (Bronfenbrenner, 1979, s. 16, Drugli, 2012, s. 17). Blant annet har relasjoner innen familien vist seg å ha størst påvirkning på elevenes psykiske helse (Clausson, 2008). Hva som skjer på fotballtreningen, kan også påvirke trivselen på skolen. Den ene helsesykepleieren tok selv kontakt med fotballtreneren til en elev etter samtykke fra elev og foreldre. Etter pasientrettighetsloven har foreldre rett til å samtykke til helsehjelp for pasienter under 16 år (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 4-4). Helsesykepleieren gjorde treneren klar over elevens opplevelse av å være på fotballtrening, som førte til at eleven ble mer inkludert blant lagspillerne og også medelevene. Helsesykepleier involverte seg i systemer eleven inngår i utover skolen og hjemmet. Dette mener jeg er av stor betydning for elevens opplevelse av å være inkludert på fotballtreningen, og det vil gi gevinst i skolesammenheng da medspillerne til barnet er medelever.

5.1.2 Gruppevirksomhet

En av helsesykepleierne erfarer at en-til-en-samtalene ikke har god effekt, og ønsker derfor mer gruppevirksomhet. Skolehelsetjenesten skal gi tilbud til elever om undervisning i grupper og innholdet i tjenesten skal bestå av å fremme gode sosiale og miljømessige forhold (Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten, 2018, § 6). Helsesykepleierne forteller at de arrangerer grupper i ulik grad enten alene eller med sosiallærer. De mener at gruppevirksomheten bidrar til å fremme elevenes psykiske helse og trivsel. En av helsesykepleierne arrangerer ikke grupper. Det at denne helsesykepleieren ikke arrangerer grupper avviker fra hva forskriften sier om innholdet i tjenesten, og det som de andre informantene og hun selv mener bidrar til å fremme god psykisk helse blant elevene. Jente- og guttegrupper arrangeres for å styrke vennskap og bedre miljøet i klassen. En har som mål at gruppeprosessen skal bidra til vekst og problemløsning hos gruppemedlemmene (Heap, 2005, s. 26). En studie har gjort funn på at sosialt tilbaketrukne elever kan ha utbytte av deltakelse i grupper med løsningsfokuset tilnærming for å nå sine mål. Dette skyldes trolig at de kan lære fra hverandre og dele erfaringer, følelser og støtte (Kvarme, Helseth, Sørum, Luth-Hansen, Haugland & Natvig, 2010). Dynamikken i gruppen er preget av jevnbyrdighet (Heap, 2005, s. 22-23). Denne oppfatningen poengterer helsesykepleierne når de uttrykker at elevene lærer ved å være sosiale med andre likeverdige i stedet for å ha en-til-en-samtale med helsesykepleier for å styrke den sosiale kompetansen. Skolemiljøet har også påvirkning på

elevenes psykiske helse (Clausson, 2008). Det er derfor viktig å arbeide for å skape et godt psykososialt miljø i klassen. For at gruppeprosessen skal fungere, må sammensetningen være hensiktsmessig, medlemmene må ha motivasjon for samspill i gruppa og gruppelederen må ha forståelse for medlemmenes behov (Heap, 2005, s. 26). Helsesykepleierne forteller at foreldre eller lærer vet hvem som har behov for å delta i en gruppe. Det kan også være elever som selv ønsker at helsesykepleier arrangerer grupper.

«PIS»-grupper er for barn som har skilte foreldre, som kan oppleve utfordringer med dette og som kan ha godt av å prate med andre i samme situasjon. Hensikten med gruppearbeid er at medlemmene kan hjelpe både seg selv og hverandre ved å blant annet dele følelser, opplysninger, sammenlikne holdninger og erfaringer. De skal også ha mulighet til å utvikle personlige forhold seg imellom (Heap, 2005, s. 22). Dynamikken i gruppen er preget av forståelse for og identifikasjon med hverandres livssituasjoner (Heap, 2005, s. 22-23). Med utgangspunkt i datamaterialet ser det ut til at «PIS»-grupper er mye brukt, og helsesykepleierne mener deltakelse i grupper bidrar til å fremme elevenes psykiske helse. Jeg tror deltakelse i «PIS»-grupper er med på å fremme elevenes psykiske helse fordi de får sosial støtte fra hverandre og helsesykepleier, og dette kan bidra til å dempe stresset de opplever i en krevende livssituasjon.

5.1.3 Undervisning i klasser

Helsesykepleierne har obligatorisk undervisning på 3. og 6. trinn. Gjennom undervisningen gir helsesykepleierne informasjon om ulike tema, hvordan det er normalt å føle seg, hva som er «gode eller vonde hemmeligheter», hvilke rettigheter barn har og hva de skal gjøre om de opplever å ikke ha det godt. På denne måten får elevene kunnskap som kan gjøre dem klar over hva de eventuelt sliter med, og hva de kan gjøre for å få hjelp. Informasjon om psykisk helse er et sentralt tiltak for å fremme elevens sosiale og emosjonelle kompetanse og bidra til at tidlig hjelp blir søkt (Bru et al., 2016, 260). Når helsesykepleier har undervisning i klasser kan de oppfordre elevene til å ta kontakt. En av helsesykepleierne forteller at hun opplever at flere tar kontakt etter at hun har hatt undervisning. Markedsføring av helsesykepleier og hennes tjenester har vist seg å være en sentral del av arbeidsoppgavene (Hjälmhult, 1999, s. 23-24).

Helsesykepleierne har samme utgangspunkt og de samme må-oppgavene, men personalet på skolen og skolestørrelsen gjør at de jobber ulikt, formidlet Tone. Skolehelsetjenesten skal

undervise i grupper, klasse og på foreldremøter i den grad skolen ønsker det (Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten, 2018, § 6). Det varierer derfor i hvor stor grad helsesykepleierne underviser i klasser utenom det obligatoriske. En av helsesykepleierne forteller at hun har sin «bolk» etter læreren om tema som er aktuelt i den klassen. Da har hun alltid helsa som utgangspunkt, det er det som skiller henne fra læreren. De besitter ulik kompetanse og kan komplimentere hverandre slik. Det er et ønske fra flere av helsesykepleierne å ha færre enkeltsamtaler og mer undervisning i grupper og klasser for å nå ut til flere og forebygge. Denne form for forebygging er primærforebygging og en har som hensikt å hindre at problemer oppstår (Glavin & Kvarme, 2003, s. 100, Dahm et al., 2010, s. 14). Helsesykepleieren skal helst ligge i forkant til det beste for barna, familiene og samfunnet og det vil de gjøre gjennom primærforebyggende tiltak. Flere av helsesykepleierne forteller at de har foreslått å undervise i klasser, men at det er opp til lærerne om det blir gjennomført. At lærerne ikke alltid tar imot tilbudene om helsefremmende og forebyggende undervisning, kan virke merkelig når en vet at de beste tiltakene er de som settes i gang før problemene oppstår (Helsedirektoratet & Utdanningsdirektoratet, 2013, s. 36). Helsesykepleierne tenker at det kan skyldes mangel på tid og prioritering fra lærerens side. En mulighet kan være en motstridende oppfatning mellom helsesykepleier og lærer om hva som er viktig å prioritere. Dette skyldes trolig deres ulike profesjonsutdanninger. Ulike mål overfor målgruppen blir omtalt som et hinder for tverrfaglig samarbeid (Glavin & Erdal, 2018, s. 40-41). Grunnet den begrensede rammen for forskningsprosjektet er det ikke datagrunnlag som kan forklare hvorfor noen av lærerne ikke tar imot tilbudene om helsesykepleiers undervisning.

5.1.4 Foreldresamarbeid og veiledning

Alle helsesykepleierne samarbeider tett med foreldrene til elevene. Foreldre representerer en ressurs (Misvær, 2009, s. 450) og tiltak som blant annet mobiliserer foreldre eller foresatte har vist seg å fungere best (Klepp & Aarø, 2017, s. 335, Aarø, 2009, s. 102-103). Foreldre er de som står barna nærmest, og omtales som de viktigste samarbeidspartnerne for å sikre barna riktig og tidlig hjelp (Glavin & Erdal, 2018, s. 23). Samarbeid mellom hjem og skole, viser seg å ha påvirkning på elevens skolefaglige prestasjoner og sosiale utvikling (Nordahl, 2007, s. 44). Foreldene er en del av barnets næreste system og de virker inn på barnets utviklingsprosess (Bronfenbrenner, 1979, s. 22). Relasjoner innen familien har stor innvirkning på barnas psykiske helse (Clausson, 2008). Forskning har vist at tiltak på lavest mulig nivå, så nært barnet og dens hverdagsarenaer som mulig, har best sannsynlighet for å lykkes (Helsedirektoratet & Utdanningsdirektoratet, 2013, s. 33). Dette virker

helsesykepleierne opplyste om, og de har derfor et stort fokus på samarbeid med foreldre når det omhandler elevenes psykiske helse.

Ifølge forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten (2018, § 4) skal skolehelsetjenesten ha rutiner for og legge til rette for nødvendig samarbeid med pasienter og brukere og deres pårørende. Dette kan innebære tilbud om hjemmebesøk, foreldreveiledning eller undervisning i grupper for foreldre. Fra skolestart tilbyr skolehelsetjenesten skolestartundersøkelsen hvor foreldre er invitert slik at de får etablert kontakt. Ravenna & Cleaver (2016, s. 61) konstaterer at ofte kan hovedårsaken til barnas problemer ligge i familien, og helsesykepleieren spiller en viktig rolle i arbeidet med disse familiene. En av helsesykepleierne forteller at hun har veiledet foreldre. Hensikten med foreldreveiledning er å støtte og styrke foreldre i omsorgsrollen (Glavin & Kvarme, 2003, s. 143). Hun har selv opplevd at dette har hatt effekt på barnets helse og trivsel. Et av målene med de nasjonale, faglige retningslinjene (Helsedirektoratet, 2017) er å styrke mestring blant foreldre. Forskning viser at foreldre med lite kunnskap og selvtillit i foreldrerollen står i større fare for en dysfunksjonell oppdragelse. De kan da ha utbytte av undervisning som er laget for å fremme både kunnskap og selvtillit i foreldrerollen (Morawska et al., 2009, s. 217). Strukturert gruppebasert foreldreveiledning har vist seg å fremme barns og foreldres psykiske helse og endre foreldrenes oppdragelsespraksis til en mer positiv foreldrestil og styrke deres kompetanse i foreldrerollen (Reedtz, 2012). Ingen av helsesykepleierne har nevnt at de har drevet strukturert gruppebasert veiledning av foreldre. Dette er trolig en intervensjon som krever ressurser og tid fra helsesykepleiers side, noe hun kan oppleve mangler av. Helsesykepleiers begrensede tid og ressurser vil bli diskutert i et senere kapittel.

Tone forteller at foreldre ikke alltid vet hva helsesykepleier kan hjelpe dem med. Det er viktig at helsesykepleieren tar foreldrenes perspektiv, spiller på lag med foreldrene, lytter til dem og formidler at *vi vil barnets beste*. Dette samsvarer med de to kjennetegnene på gode relasjoner; anerkjennelse og tillit (Drugli, 2012, s. 49-52). På denne måten kan helsesykepleier arbeide med og skape en positiv relasjon til foreldrene, som er en ressurs i samarbeidet om elevens psykiske helse (Misvær, 2009, s. 450). Skolehelsetjenesten må ha gode rutiner for samarbeid med hjemmet for å kunne bruke foreldrene som en ressurs (Misvær, 2009, s. 450). En av helsesykepleierne forteller at hun har deltatt på foreldremøter for å markedsføre skolehelsetjenestens tilbud. En annen forteller at hun deltar på møter med foreldre fordi læreren ønsker ekstra støtte ettersom foreldrene kan være utfordrende å samhandle med. De andre helsesykepleierne forteller at de samarbeider tett med foreldrene, men har ikke nevnt at

de har deltatt på foreldremøter eller møter med foreldre sammen med lærer. Det er opp til skolen i hvilken grad de ønsker at helsesykepleier skal delta på foreldremøter (Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten, 2018, §6). Med utgangspunkt i datamaterialet kan det se ut til at skoleledelsen ikke prioriterer at helsesykepleier skal delta på foreldremøter. Dette strider mot anbefalingene om et systemrettet samarbeid hvor helsesykepleier deltar på foreldremøter (Helsedirektoratet, 2017), og var et overraskende funn.

5.1.5 Psykologisk førstehjelp

Helsesykepleierne i kommunen har hatt kurs i «Psykologisk førstehjelp» som de bruker aktivt i enkeltsamtaler og undervisning. «Psykologisk førstehjelp» er et selvhjelpsverktøy som hjelper barna å bli klar over og mestre egne følelser. Følelser henger sammen med stress (Lazarus, 2006, s. 30). En helsesykepleier forteller at det er høye krav til elevene i dag, og at de preges av det. Krav er press fra det sosiale miljøet personen inngår i, om å handle på bestemte måter eller å ha bestemte sosiale holdninger (Lazarus, 2006, s. 82). Elever som opplever å ikke ha de psykologiske ressursene for å håndtere sine krav og krav som miljøet rundt dem forventer, kan oppleve et stressende forhold. Da kan hjelpehånda, knyttet til «Psykologisk førstehjelp» være nyttig, om de lærer å bruke det. Å forholde seg til langvarig stress kan føre til at personer utmattes og mestringsferdighetene svekkes (Kvello, 2015, s. 264). God psykisk helse handler blant annet om å kunne håndtere normale stressituasjoner i livet (WHO, 2014). Barn som opplever høy grad av stress tidlig i livet påvirker barnets psykiske og somatiske helse og utvikling, og øker sannsynligheten for vansker/lidelser senere i livet (Kvello, 2015, s. 265).

To av hovedmålene i skolen er å utvikle elevenes faglige og sosiale kompetanse (Opplæringslova, 1998, § 1-1). For å kunne gjøre dette, må skolen legge til rette for at elevene trives og mestrer de kravene de blir stilt ovenfor. God trivsel og mestring vil kunne føre til økt motivasjon for å gjøre en innsats i skolen, og være viktig for elevenes utvikling, livsstil, helse og livskvalitet (Samdal, 2017, s. 346). Mestring handler om den kognitive og atferdsmessige innsatsen for å håndtere psykologisk stress (Lazarus, 2006, s. 139). Hvilken mestringsstrategi en skal velge er kontekstavhengig og god mestring handler derfor om å velge den beste strategien i den gitte situasjonen (Lazarus, 2006, s. 104 og 140). Dette kan hjelpehånda hjelpe dem med.

Gjennom bruk av hjelpehånda, røde og grønne tanker, finne løsninger og hvem som kan hjelpe når problemer oppstår, gir helsesykepleierne elevene et verktøy for å mestre de stressende situasjonene. Ved å fokusere på hva en skal gjøre i stedet for å sitte på de vonde røde tankene og hvordan en skal tenke for å mestre situasjonen, vil de grønne tankene ta litt større plass. Slik kan elevene regulere følelsene overfor den stressende situasjonen – hvordan de tenker om situasjonen. Dette er emosjonsfokusert mestring ifølge Lazarus (2006, s. 145). I tillegg skal elevene forsøke å finne ut hvem som kan hjelpe. Oppsøking av sosial støtte er en form for problemfokusert mestring, hvor en forsøker å skaffe seg informasjon om hvordan en kan endre det problematiske forholdet mellom person og miljø (Lazarus, 2006, s. 145). Sosial støtte kan bidra til reduksjon av opplevelsen av stress og delvis til håndtering av den (Kvelling, 2015, s. 266).

Helsesykepleierne tenker at bruk av «Psykologisk førstehjelp» kan bidra til å fremme god psykisk helse blant elevene. For at «Psykologisk førstehjelp» skal fungere som et selvhjelpsverktøy, må elevene faktisk bruke det. Denne studien har ikke gjort funn angående hvor aktivt verktøyet blir brukt blant elever, og det er derfor usikkert i hvor stor grad det bidrar til å fremme elevenes psykiske helse. Helsesykepleierne er likevel positive til verktøyet, og forteller at de bruker det mye sammen med elevene.

«Folkehelse og livsmestring» blir etterhvert et tverrfaglig tema i skolen (NOU 2015:8, s. 19, Utdanningsdirektoratet, 2018), og «Psykologisk førstehjelp» tenker jeg er et aktuelt verktøy som lærerne også kan bruke i undervisning. Noen av helsesykepleierne har kun brukt verktøyet i enkeltsamtaler med elever, og noen har hatt undervisning på enkelte trinn. De vil bruke det mer på klassenivå, men lærerne må også ønske det. Ved å nå ut til flere kan helsesykepleierne arbeide mer primærforebyggende enn det de gjør i dag (Glavin & Kvarme, 2003, s. 100, Dahm et al., 2010, s. 14).

5.1.6 Lav terskel for kontakt

Alle helsesykepleierne arbeider for å være tilgjengelige og synlige for elevene. Å markedsføre seg selv, være synlig i skolemiljøet, presentere seg i klassen og oppsøke steder hvor «medspillere» er, gir flere muligheter for uformelle kontakter og økt kjennskap til hverandre (Hjälmhult, 1999, s. 23-24). Skolehelsetjenesten skal fungere som et lavterskeltilbud (Helsedirektoratet, 2017), og helsesykepleierne forteller om sin «åpne dør». De er tilgjengelige på skolen omtrent hver dag fra kl. 8-15.30. Dette gjør at helsesykepleierne har

mulighet til å være tett på elevene og tilstede for dem, forteller informantene. De forteller også at de deltar på en del møter, hjelper hverandre med vaksinasjon og undervisning på ulike skoler, veileder nye helsesykepleiere og bruker en del tid på dokumentasjon. Forskning viser også at mye av tiden til helsesykepleier går til dokumentering (Ravenna & Cleaver, 2016, s. 67). Det kan derfor stilles spørsmål til hvor tilgjengelig helsesykepleier er for elevene når de trenger henne. I et av intervjuene kommer det frem at lavterskeltilbudet som skolehelsetjenesten skal ha i praksis er vanskelig å få til. Dette vil diskuteres i et senere kapittel.

Selv om helsesykepleierne har et stort fokus på å være tilgjengelige og synlige for elevene, finner en lite forskning på betydningen av en tilgjengelig helsesykepleier for hvorvidt elevene oppsøker og betror seg til helsesykepleier. Det kom frem av delrapporten «Et lag rundt læreren» (2014) at økt ressurs av helsesykepleiere i skolen vil gi større muligheter for helsesykepleier når det gjelder helsefremmende og forebyggende tiltak på skolen.

Alle helsesykepleierne har fått rosa vest til bruk i friminuttene. Slik skal de skille seg ut fra de andre i personalgruppen og være synlige for elevene. Om helsesykepleiers rosa vester bidrar til at flere elever oppsøker henne fordi hun skiller seg ut, eller om det har motsatt effekt, vet vi ikke. Helsesykepleierne hadde akkurat fått vestene når intervjuene ble gjennomført, og ingen av informantene fortalte om effekten av de rosa vestene, kun formålet. I friminuttene går helsesykepleierne inn i leken og skaper slik relasjoner til elevene. Gode relasjoner kan fungere som beskyttelsesfaktorer for elevene (Kvelling, 2015, s. 253, Drugli, 2012, s. 18). I positivt samspill, hvor en utstråler at en vil hverandre vel, vil tillit gradvis vokse frem (Drugli, 2012, s. 52). Dette kan gi utslag i at elevene våger å ta kontakt med helsesykepleier om de har det vanskelig. Helsesykepleierne forteller at noen elever må de bruke tid med for å skape tillit nok til at de skal betro seg til henne med sine problemer. Jeg har ikke lyktes i å finne forskning på betydningen av relasjonen mellom helsesykepleier og elev for elevenes psykiske helse, men det kommer tydelig frem av studien empiri at dette er en sentral faktor. Videre forskning på dette område kunne vært av interesse for å finne mer ut om relasjonens betydning, og i hvilken grad helsesykepleier skal prioritere dette.

5.2 Hvordan samarbeider helsesykepleiere med lærere i barneskolen for å fremme god psykisk helse blant elever?

I skolen er elevene utgangspunkt for alt samarbeid (Haugland, 2009, s. 448). Grunntanken er at helsesykepleierne skal samarbeide med lærer for at elevene skal få det bedre, forteller en informant. Samarbeidet strekker seg fra enkeltsaker til undervisning. Er en lærer bekymret for en elev, tar hun/han kontakt med helsesykepleier som kan komme inn i en undervisningstime å observere eleven. Helsesykepleierne opplever at lærerne ofte tar kontakt angående elever. De viktigste symptomene på psykiske lidelser og plager kommer ofte til uttrykk i skolealder som endret atferd (Folkehelse rapporten, 2018). For at de psykiske vanskene skal avdekkes tidlig, er det viktig at lærere og annet personal i skolen er oppmerksomme på symptomene og kan slik sikre barna den hjelpen de trenger (Drugli & Larsson, 2010, s. 4). I en spørreundersøkelse utført av Utdanningsdirektoratet (Holen & Waagene, 2014, s. 91) kommer det frem at lærerne har god kjennskap til hva de bør være oppmerksomme på når det gjelder atferd hos elevene som kan indikere psykiske vansker. De aller fleste lærerne forteller at de kontakter ulike hjelpetjenester dersom de opplever at elever har behov for det, og de fleste lærerne som ber om hjelp opplever å få det. Lærerne ønsker likevel mer opplæring og kurs om psykisk helse og mer samarbeid både internt og tverrfaglig om psykisk helse (Holen & Waagene, 2014, s. 90).

Er en lærer bekymret må de ta kontakt med foreldre for å skaffe samtykke til å involvere helsesykepleier i saken. Det er lovfestet at alle foreldre eller andre med foreldreansvaret har rett til å samtykke til helsehjelp for pasienter under 16 år (Pasient – og brukerrettighetsloven, § 4-4). Datamaterialet fremhever at dette er noe alle helsesykepleierne er klar over og praktiserer. Begrensninger i henhold til taushetsplikten vil bli diskutert senere.

Helsesykepleier og lærer kan også drøfte elev-saker anonymt uten samtykke fra foreldre, og helsesykepleier kan veilede lærer i forhold til ulike utfordringer elevene måtte ha. Å bruke hverandres ekspertiser og ressurser som en gevinst i samarbeidet (Vangen & Huxham, 2009, s. 69-84) er viktig for at et tverrfaglig samarbeid skal lykkes.

Helsesykepleierne forteller at de samarbeidet med lærerne om elevens trivsel og utfordringer eleven måtte ha. Utfordringene kan gjelde alt fra konsentrasjon, sinnsstemning, skolevegring, mobbing, til syn og hørsel. Utfordringene kan være komplekse og sakene kan da være vanskelige å sitte med alene. En av informantene i denne studien forteller at hun da er rask med å kontakte andre som kan bistå. En slik handling er ifølge helsepersonelloven (1999, § 4)

utført ved faglig forsvarlighet. Den enkelte helsepersonell må kjenne sin faglige begrensing og innrette seg etter denne. Dette innebærer at bedre kvalifisert personell kontaktes om nødvendig, eventuelt ved å henvise eleven videre (Befring, 2009, s. 151). Å involvere flere parter gjør at kompetanse kan deles og en får større mulighet for et helhetlig bilde av situasjonen (Glavin & Erdal, 2018, s. 21). Dette gjelder spesielt ved psykososiale problemer blant barn som ofte er kompliserte.

Lærer og helsesykepleier samarbeider også om undervisning. Utenom den obligatoriske undervisningen vet lærerne hva som kan være aktuelt at helsesykepleier underviser om i klassen, forteller Tone. Hun kan ha sin «bolk» av en undervisningstime med fokus på helse. Ved denne form for tverrfaglig samarbeid blir den samlede faglige kompetansen utnyttet for å sikre kvalitet i arbeidet (Glavin & Kvarme, 2003, s. 162). Lærer og helsesykepleier går sammen på tvers av profesjoner, utnytter den samlede faglige kompetansen for å bidra til løsninger i en «klassesak». Det er kun en av helsesykepleierne som forteller at hun underviser i klasser på denne måten, og jeg tenker meg at dette ikke er «normalen». Det er en av helsesykepleierne med lang erfaring som forteller at hun har undervist om ulike tema lærer har etterspurt. Hennes erfaring som helsesykepleier på den aktuelle skolen kan trolig bidra til at flere lærere tar kontakt om eventuell undervisning fordi de kjenner henne godt og vet hva hun kan undervise om. I hovedsak kommer det frem at undervisningen helsesykepleierne har er av den obligatoriske undervisningen. Slike funn har også kommet frem i tidligere forskning (Borg et al., 2015, s. 47). Ellers er det noen av helsesykepleierne som har undervist om «Psykologisk førstehjelp» på enkelte trinn.

5.2.1 Et godt samarbeid med lærerne

Alle helsesykepleierne opplever samarbeidet med lærerne som godt. For at et tverrfaglig samarbeid skal lykkes må partene besitte samarbeidskompetanse. I dette ligger brukerorientering, helhetsforståelse, problemløsningsevne, samarbeidsevne, fleksibilitet og omstillingsevne (Glavin & Erdal, 2018, s. 38). Tone mener at samarbeidet fungerer godt på grunn av hennes erfaring. Erfaringen har gitt henne samarbeidskompetansen som skal til for at det skal fungere godt. Ida kan oppleve at lærerne skyver problemer over på henne fordi de ikke ser hvor mye arbeid hun har. Her har lærerne ikke helhetsforståelsen hvor de setter barnet i fokus og legger sine egne interesser til side. Dette gjelder også de lærerne som mener at helsesykepleieren bare skal bruke av elevens friminutt til samtaler, når elevene i utgangspunktet har behov for mer tid med helsesykepleieren. I denne situasjonen tenker jeg det er en interessekonflikt, og det vil da være nyttig å gå sammen for å avklare hva som er til

det beste for eleven og hvilke felles mål en skal jobbe mot. Brukerorientering og felles mål er viktige elementer for at et tverrfaglig samarbeid skal lykkes (Glavin & Erdal, 2018, s. 38, Vangen & Huxham, 2009, s. 85).

5.2.2 Helsesykepleier som avlaster for lærer

Tone forteller at hun fungerer som en avlaster for lærer. Hun kan involveres i saker som lærer ellers hadde sittet med alene. Tverrfaglig samarbeid blir sett på som nødvendig for å sikre barns totale oppvekstmiljø (Glavin & Erdal, 2018, s. 20). Helsesykepleier og lærer kan gi faglig støtte til hverandre, bygge opp kompetanse og kunnskapsnivå sammen (Glavin & Erdal, 2018, s. 22). Det blir sett på som en effektiv ressursutnyttelse å utveksle kunnskap og koordinere informasjon. Tone forteller at hun deltar på samtaler med foreldre som lærer anser som utfordrende å forholde seg til. Hun kan da dempe litt av stresset til denne læreren ved å gi sosial støtte.

Ida opplever at lærerne ofte sender elever til henne om de har skadet seg fordi lærer ikke har tid til å ta seg av det. Hun mener at dette ikke er hennes arbeidsoppgave. Innholdet i skolehelsetjenesten skal blant annet bestå av å forebygge sykdom og skade, de skal ikke behandle sykdom, men bidra til at helseproblemer og vansker oppdages tidlig (Klepp & Aarø, 2017, s. 333). Dette gjør helsesykepleierens arbeidsmengde større når de allerede er underbemannet og har lite ressurser. Å oppleve uheldige konsekvenser av samarbeidet virker som et hinder i det tverrfaglige samarbeidet (Glavin & Erdal, 2018, s. 40-41). Ida mener at det er viktig i samarbeidet mellom helsesykepleier og lærer at det er et likeverdig samarbeid. Det skal være klare roller som en respekterer, og en vet hva som er den andres arbeidsområder. I det nevnte tilfellet mener jeg at samarbeidet ikke er likeverdig. Dette skyldes uklare roller og en lærer som ikke er klar over, eller ikke bryr seg om hva som er helsesykepleiers arbeidsområde. På en annen side er dette kun helsesykepleierens opplevelse, og læreren kan på samme måte tenke at han/hun avlaster helsesykepleier gjennom å arbeide helsefremmende på ulike måter.

5.2.3 Skoleledelsen, sosiallærer og ressursteam som samarbeidspartnere

Skolehelsetjenesten bør opprette et systemrettet samarbeid med skolen (Helsedirektoratet, 2017). Det bør være et felles verdigrunnlag, felles forståelse av begreper, avklaring av roller og ansvar og kjennskap til hverandres regelverk (Helsedirektoratet, 2017). Ledelsens engasjement og et felles verdigrunnlag er faktorer av stor betydning for at et tverrfaglig

samarbeid skal lykkes (Glavin & Erdal, 2018, s. 46). Skolehelsetjenesten bør blant annet delta i møter med skolens ledelse og på planleggingsdager (Helsedirektoratet, 2017). Tre av fem informanter forteller at de samarbeider godt med skoleledelsen. To av helsesykepleierne deltar på skolens planleggingsdager. De resterende har ikke blitt invitert, blitt invitert for sent eller så har skoleledelsen ikke uttrykt at de ønsker å ha helsesykepleier med. Ifølge retningslinjene (Helsedirektoratet, 2017) skal helsesykepleieren ha en sentral rolle i skolen, men fordi helsesykepleier ikke er ansatt i skolen, er hun avhengig av å «bli tatt med» når det gjelder planlegging og utforming av skolens planer (Hjälmhult, 1999, s. 52). Dette er spesielt viktig hvis helsesykepleier skal inngå i et systemrettet samarbeid (Glavin & Erdal, 2018, s. 197). Ettersom det er sterkt anbefalt at helsesykepleierne deltar på planleggingsdager på skolen, fant jeg det overraskende at kun to av informantene deltok. Grunnen kan muligens skyldes at skolen ikke er klar over anbefalingene eller at de ikke ser på det som en ressurs at helsesykepleier er med på planleggingsdager. Ettersom studiens informanter kun er helsesykepleiere, er det uklart hvorfor ledelsen ikke inviterer helsesykepleier på planleggingsdager.

Ida som er helsesykepleier ved både en stor og en liten skole opplever at det er høyere terskel for å ta kontakt med rektor på den store skolen. Der har rektor det travlere på grunn av blant annet flere sykemeldinger, forteller Ida. Jeg stiller spørsmål ved informantens utsagn. Hvorfor opplever Ida det som vanskeligere å ta kontakt med rektor på den store skolen, da det er denne skolen hun tilbringer fire av fem arbeidsdager på? Og hvilken betydning har skolens størrelse for helsesykepleiers og skoleledelsens samarbeid om elevenes psykiske helse? Ruth opplever også at skoleledelsen tar lite kontakt, og hennes skole har et høyt elevtall. Dette forsterker Idas påstand om at kommunikasjonen er vanskeligere ved store skoler. For å fremme lærerens arbeid om å støtte og hjelpe elever som har psykiske vansker er det viktigst for alle lærere og skoleledere at skolehelsetjenesten er lett tilgjengelig (Holen & Waagene, 2014, s 90). Med utgangspunkt i hva Ida forteller kan det tyde på at det er et gjensidig behov for at også skoleledelsen er tilgjengelig for helsesykepleier i hennes arbeid for å fremme god psykisk helse. Det viste seg i forskningen til Hjälmhult et al. (2002, s. 45-46) at et godt samarbeid er avhengig av at skolen åpner sine dører og inkluderer helsesykepleier i sitt arbeid og at skolens ledelse også tar kontakt med helsesykepleier og ser på henne som samarbeidspartner. En helsesykepleier som over lang tid forsøker å ta kontakt, men ikke får det, kan bli defensiv (Hjälmhult et al., 2002, s. 44). Tre av helsesykepleierne opplever at skoleledelsen tar kontakt med dem. De to andre helsesykepleierne mener at skoleledelsen burde blitt flinkere til å ta kontakt med dem.

En av helsesykepleierne deltar ukentlig på møte med rektor, administrasjon og sosiallærere i forbindelse med Opplæringslova § 9A som omhandler elevenes rett til et godt og trygt psykososialt skolemiljø (Opplæringslova, 1998, § 9A). Å bli utsatt for mobbing gjør at en ikke har et godt og trygt psykososialt skolemiljø, og dette kan virke som en risikofaktor som kan bidra til et negativt utviklingsløp for elevene som blir utsatt (Kvelling, 2015, s. 251). I NOU (2015:2, s. 319) ser utvalget på skolehelsetjenesten sin rolle som helt sentral i arbeidet for å sikre et godt psykososialt skolemiljø for alle elever. Skolen har etter høsten 2018 blitt pliktet til samarbeid med «...relevante kommunale tenester om vurdering og oppfølging av barn og unge med helsemessige, personlige, sosiale eller emosjonelle vanskar.» (Opplæringslova, § 15-8). I retningslinjene til Helsedirektoratet (2017) er det anbefalt at skolehelsetjenesten skal bidra i skolens arbeid med universelle tiltak som fremmer et godt psykososialt miljø og psykisk helse og forebygger mistriksel, mobbing og psykiske plager blant ungdom. Forskning har vist at det som har størst betydning for skolens psykososiale miljø er skolens tilrettelegging med støttesystem og rutiner (Holen & Waagene, 2014, s. 84). Helsesykepleieren som hver uke er en del av dette møtet får sammen med andre av skolens ansatte bidra i arbeidet for å fremme et godt psykososialt miljø og psykisk helse slik som anbefalingene og forskning tilsier.

De andre helsesykepleierne nevner ikke at de deltar på slike møter, men alle er en del av skolens ressursteam hvor de arbeider for å fremme elevens psykiske helse. Forskning har vist at et tverrfaglig ressursteam på skolen er avgjørende for elevens suksess og trivsel, og for å fremme et positivt skoleklima (Bohnenkamp & Stephan, 2015, s. 725). I teamet er helsesykepleieren sentral fordi hun ofte er den første i kontakt med elever med psykiske helseproblemer. Helsesykepleierne arbeider konsekvent for at elevene skal ta kontakt med dem ved å være synlig og tilgjengelig. Ruth mener at undersøkelsesprosessen ved mobbesaker drøyer litt, og hun tror at det hadde vært til elevens fordel om aktivitetsplanene ble satt i gang tidligere. Hva må til for at undersøkelsesprosessen skal komme i gang tidligere? Det er mulig at undersøkelsesprosessen drøyer fordi de ansvarlige har en ellers travel skolehverdag. Hvem skal da bruke tiden sin for at aktivitetsplanene skal bli satt i gang tidligere? Hva vil det da gå ut over? Dette er et dilemma som jeg tror handler om prioritering og tidsbruk. Likevel er det kun en helsesykepleiers mening, og det trenger ikke å oppleves slik av de andre i ressursteamet, eller på andre skoler. Å bli utsatt for mobbing er en risikofaktor for eleven og tidlige tiltak kan bidra til at barnet ikke opplever overbelastning (Kvelling, 2015, s. 246). Det er slik at risikofaktorer og stress gjerne står i gjensidig påvirkningsforhold, slik at begge opprettholdes over tid (Kvelling, 2015, s. 264). Barn som opplever høy grad av stress tidlig i

livet påvirker barnets psykiske og somatiske helse og utvikling, og øker sannsynligheten for vansker/lidelser senere i livet (Kvelling, 2015, s. 265). Jeg mener at det uansett er viktig å ha fokus på å handle raskt når det gjelder mobbesaker, til det beste for alle involverte.

Alle helsesykepleierne samarbeider med sosiallærer på skolen. De fleste arrangerer grupper sammen for sosial trening. Anne arrangerer ikke grupper med sosiallærer, men tipser henne om elever som trenger å styrke den sosiale kompetansen. Bohnenkamp & Stehan (2015, s. 725) identifiserte at helsesykepleier er dyktig til å koordinere med flere yrkesgrupper til elevenes beste. Når helsesykepleier oppdager elever som trenger å styrkes sosialt, og tar kontakt med sosiallærer om dette, får de utnyttet deres samlede faglige kompetanse (Glavin & Kvarme, 2003, s. 162) og sikret og styrket det totale oppvekstmiljøet for barnet (Glavin & Erdal, 2018, s. 20). Anne deltar ikke selv på gruppene for sosial trening og det er mulig at den samlede faglige kompetansen kunne ha vært utnyttet enda bedre om Anne og sosiallærer arrangerte gruppene sammen.

Ida tror at en jobber best sammen. Det har skjedd flere ganger at hun og sosiallærer følger opp samme elev uten at de er klar over det. Dette har også Ruth opplevd. Ida tror at samarbeidet kunne blitt bedre om hun, sosiallærer og miljøterapeuter gikk sammen som et team og jobbet strukturert med hva de kan bidra med i skolen. Å sette samarbeid i system med felles målsetning og regelmessige møter blir sett på som suksesskriterier for et tverrfaglig samarbeid (Glavin & Erdal, 2018, s. 42). Møtevirksomhet kan ses på som unødvendig om en ikke får noe ut av det selv. Derfor er det viktig å ha en fast møtestruktur, god møteledelse og klare målsettinger for møtet (Glavin & Erdal, 2018, s. 41). Det kan virke som at helsesykepleierne legger alt ansvar for samarbeidet over på skoleledelsen. Dette blir feil ifølge de anbefalte retningslinjene (Helsedirektoratet, 2017) som sier at skolehelsetjenesten skal ta initiativ til et systemrettet samarbeid om det ikke allerede er etablert.

5.3 Hvilke muligheter og begrensninger erfarer helsesykepleiere i arbeidet med å fremme god psykisk helse blant elever?

Helsesykepleierne opplever å ha muligheter til å fremme elevenes psykiske helse ved at de er tilgjengelige for elever og lærere. Skolehelsetjenesten skal fungere som et lavterskeltilbud og være lett tilgjengelig for barn, ungdom og foreldre (Helsedirektoratet, 2017). Deres tilgjengelighet gjør det lettere for dem å løse oppgavene på en forsvarlig måte og etter anbefalingene (Helsedirektoratet, 2017, Waldum-Grevbo, 2018).

Helsesykepleierne er tett på elevene og har mulighet til å observere og identifisere elever som har psykiske helseproblemer. De har ferdigheter til å identifisere psykiske helseproblemer og sitter på flere ressurser (Bohnenkamp & Stephan, 2015, s. 725). En utforskende studie (Stephan & Connors, 2013, s. 179) rapporterer at omtrent 1/3 av elev-saker omhandler bekymringer om psykisk helse som hovedproblemet. De vanligste psykiske vanskene er angst og sosiale vansker (Stephan & Connors, 2013, s. 179). Jevnlig kontakt og relasjonsbygging er sentralt i helsesykepleierens rolle for å kunne støtte elever med psykiske helseplager (Ravenna & Cleaver, 2016, s. 61). Helsesykepleierne har obligatoriske samtaler og undervisning med alle elevene. I tillegg har de muligheter til å oppsøke elever i friminuttene, undervisningstimene og i gangene, og slik bygge relasjon til dem. Deres tilgjengelighet gir dem flere muligheter til å skape kontakt med elevene. Å være synlige i skolemiljøet, oppsøke steder hvor elever er og skape uformelle kontakter og økt kjennskap til hverandre er en viktig del av arbeidet til helsesykepleieren (Hjälmhult, 1999, s. 23-24). Det har kommet frem at helsesykepleierens tilgjengelighet har betydning for samarbeidet mellom skolen og helsesykepleier (Hjälmhult et al., 2002, s. 46). Skolehelsetjenestens tilgjengelighet hjelper i tillegg lærerne i deres arbeid for å støtte og hjelpe elever som har psykiske vansker (Holen & Waagene, 2014, s. 90).

Som nevnt tidligere, kan det diskuteres hvor tilgjengelig helsesykepleier faktisk er. Sammenlikner helsesykepleierne deres tilgjengelighet med hvordan det var for femten år siden, da det i 2005 var ett helsesykepleierårsverk på 1000 elever (Helsedirektoratet, 2010, s. 37), vil tilgjengeligheten i dag være god. Det har de senere årene blitt bevilget millioner av kroner for å styrke skolehelsetjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). Til tross for dette er skolehelsetjenesten fremdeles underbemannet og ikke i nærheten av den anbefalte minstenormen hvor en helsesykepleier i barneskolen i 35% stilling skal kunne følge opp 100 elever (Helsedirektoratet, 2010, s. 48, Helsedirektoratet, 2016, s. 19). I 2016 var det 1,75 årsverk helsesykepleier per 1000 elever i barneskolen (Helsedirektoratet, 2016, s. 20). Alle helsesykepleierne i denne studien har flere elever enn anbefalingene, og noen har opp mot eller over det dobbelte. Når de har ansvar for et høyt antall elever vil det gi utslag i hvor mye tid de har til hver elev. Helsesykepleierne opplever i dag at elevenes utfordringer er komplekse, mange elever trenger hjelp og helsesykepleierne kan oppleve å ikke strekke helt til i enkelte saker. Dette viser også forskning (Ravenna & Cleaver, 2016, s. 67). Flere studier har vist en signifikant korrelasjon mellom helsesykepleierdekningen og elevenes helse (Maughan, 2003, s. 164). Helsen er både relatert til sykdom og mestring av sykdom i en

skolekontekst, men også fremtidige helsemål som graviditet, tobakk- og rusbruk, vold og dødsfall (Maughan, 2003, s. 167-168). Helsepsykepleiere kan bidra til at elever får økt mestringstro (Kvarme et al., 2010, s. 1390). Å kunne mestre eller *håndtere normale stressituasjoner i livet* (WHO, 2014) er nødvendig for en god psykisk helse. Helsepsykepleiers tilgjengelighet i dag kan på denne måten gi dem flere muligheter for helsefremmende arbeid enn for noen år tilbake. I motsetning begrenses de av komplekse saker, mange elever med hjelpebehov og en underbemannet skolehelsetjeneste.

Med utgangspunkt i datamaterialet var det to faktorer som ble fremhevet som begrensninger i arbeidet med å fremme god psykisk helse blant elevene; tid/ressurser og kompetanse. Dette samsvarer med tidligere forskning (Ravenna & Cleaver, 2016, s. 68). Alle helsepsykepleierne forteller at de kan oppleve mangel på tid i sitt arbeid for å fremme god psykisk helse blant elever. Det er mange elever som trenger hjelp og forskning tyder på at det er en generell trend at omfanget av hjelpebehov gjør at helsepsykepleieren ikke klarer å følge opp slik som ønsket (Ravenna & Cleaver, 2016, s. 67). Dokumentering tar mye tid, og selv om bare 37% av alle elev-sakene omhandler psykisk helse tar disse sakene utrolig mye av tiden til helsepsykepleieren (Ravenna & Cleaver, 2016, s. 67). Informantene kan oppleve dårlig samvittighet i perioder for at de skulle ha orket å gå dypere ned i saker. Tone forteller at en må forsøke å ikke la seg plage av det en ikke får gjort. Mangel på tid gjør det vanskelig for helsepsykepleierne å praktisere et lavterskeltilbud og vite hva en skal prioritere. Underbemanningen av skolehelsetjenesten står i motstridende forhold til hva som er anbefalt, og dette ser ut til å påvirke hvorvidt helsepsykepleier klarer å følge de anbefalte retningslinjene (Helsedirektoratet, 2017). Datamaterialet viser til at mangel på tid påvirker samarbeidet med personalet på skolen, ønsket helsefremmende og forebyggende arbeid og helsepsykepleierens samvittighet. Jeg mener at det skulle vært en lovpålagt minstenorm for helsepsykepleierressursen i skolen. Dette ville trolig gitt samfunnsøkonomiske gevinster ved at helsepsykepleierne i større grad kunne jobbet primærforebyggende.

Anne opplever å ha nok tid til de obligatoriske oppgavene, men mindre til undervisning som hun skulle ønsket. Dette samsvarer med tidligere forskning (Hjälmhult et al., 2002, Borg et al., 2015, s. 47). Sluttrapporten «Hva lærerne ikke kan!» (Borg et al., 2015, s. 47) fremhever at helsepsykepleierne har til rådighet en rekke verktøy og metoder som potensielt vil fremme et godt lærings- og arbeidsmiljø, men de begrenses av knappe ressurser og må bruke mesteparten av tiden på de lovpålagte oppgavene. Dette er i tråd med hva flere av helsepsykepleierne påpeker. Det blir derfor foreslått som hovedgrep å øke

helsesykepleierressursen i skolene. Skolehelsetjenesten har over lang tid blitt utpekt som en tjeneste med mangelfulle ressurser (Samdal, 2009, s. 111). Det antas at helsesykepleier, med å øke ressurser, i større grad kan jobbe helsefremmende, forebyggende og bistå lærer i tillegg til de lovpålagte oppgavene. Mangel på tid og ressurser defineres som et hinder for tverrfaglig samarbeid (Glavin & Erdal, 2018, s. 41). Det er avgjørende at kommunen prioriterer ressurser til skolehelsetjenesten. Forskningsprosjektet «Et lag rundt eleven» kan trolig gi noen svar på gevinsten av økt helsesykepleierressurs i skolene (NIFU, 2017).

En oversiktsstudie (Ravenna & Cleaver, 2016, s. 67) viser at mange av sakene som omhandler psykisk helse er komplekse og helsesykepleieren kan oppleve å ikke ha nok kompetanse til å følge opp elevene slik som de har behov for. Saker kan oppleves som komplekse fordi en vet at barnets utvikling er påvirket av mange omliggende faktorer i barnets miljø (Drugli, 2012, s. 17, Bronfenbrenner, 1979, s. 16, Kvello, 2015, s. 255). Helsesykepleiere som opplever å ha for lite kompetanse til å følge opp elever, har dårligere selvtillit og mangel på effektivitet (Ravenna & Cleaver, 2016, s. 67). De opplever å ha begrenset selvtillit når det gjelder intervensjoner om psykisk helse (Stephan & Connors, 2013, s. 183). I følge Helsepersonelloven skal yrkesutøvelsen være i samsvar med krav til faglig forsvarlighet (1999, § 4). Helsesykepleieren skal utføre arbeidet i samsvar med autorisasjon, eventuelle etterutdanning og erfaring. Samtidig må hun kjenne sine faglige begrensninger og innrette seg etter dem ved eventuelt å kontakte kvalifisert personell eller henvise eleven videre (Befring, 2009, s. 151). To av helsesykepleierne understreker at de opplever å ikke ha nok kunnskap om psykisk helse. Den ene av dem mener at hun flyter mye på erfaring, og at dette stort sett er nok. I komplekse saker hvor hun opplever overbelastning, er hun rask med å involvere andre for ikke å sitte med alt selv. Denne handlingen står i henhold til Helsepersonelloven (1999, § 4) om faglig forsvarlig yrkesutøvelse. Den andre mener at det var for lite fokus på psykisk helse og skolehelsetjenesten i utdanningen.

I tillegg til tid/ressurser og kompetanse kan helsesykepleierne oppleve det som en begrensning at det er ulike meninger om når elevene skal kunne gå til helsesykepleier. Elever trenger tid for å åpne seg, og dette kan være vanskelig når skolen forventer at helsesykepleier ikke skal ta av undervisningstiden til elevene. En av informantene savner en felles forståelse på skolen for hva som er viktig. Hun tror at en bedre struktur i arbeidet med å fremme elevenes psykiske helse ville ha kommet dem til gode. Struktur gjennom avklaring av ansvar og felles forståelse er viktige området innenfor et systemrettet samarbeid (Helsedirektoratet, 2017).

5.3.1 Informasjonsflyt og felles forståelse

God kommunikasjonsevne og dialog, være positive, vise forståelse og likeverd mener helsesykepleierne er viktig for at et samarbeid skal lykkes. Dette er en del av samarbeidsevnen som Glavin & Erdal (2018, s. 38) påpeker er viktig for at et tverrfaglig samarbeid skal lykkes. Likeverd i et forhold er med på å bygge anerkjennelse som er viktig for en god relasjon (Drugli, 2012, s. 49). Kommunikasjonen mellom helsesykepleier og lærer handler om hvor tilgjengelig helsesykepleier er og hvordan hun har markedsført sin rolle, mener Tone. Flere av helsesykepleierne forteller at de forsøker å vise seg og være tilgjengelige for å få til et samarbeid med lærerne. Det viser seg at en lett tilgjengelig skolehelsetjeneste har betydning for lærerens holdninger om skolen som en arena for å hjelpe barn med psykiske vansker (Holen & Waagene, 2014, s. 90).

Helsesykepleierne har erfart å ikke få informasjon om møter, planleggingsdager og oppfølging av elever. Dette har ført til at de ikke har vært forberedt til møter, ikke har hatt mulighet til å møte opp på planleggingsdager og at sosiallærer og helsesykepleier følger opp samme elev uten å være klar over det. Felles planleggingstid, integrerte planer og inkludering er faktorer som har vist seg å fremme samarbeidet mellom skolehelsetjenesten og skolen (Hjälmhult, 1999, s. 53, Hjälmhult et al., 2002, s. 45-46). Funnene i studien kan tyde på at samarbeidet mellom skolehelsetjenesten og skolen ikke følger de anbefalte retningslinjene til Helsedirektoratet (2017) om et systemrettet samarbeid. En kartlegging av hvorvidt helsesykepleierne i skolehelsetjenesten følger de anbefalte retningslinjene (Waldum-Grevbo, 2018) viser at de følges i varierende grad. Dette kan skyldes ulik tilgjengelighet i tjenesten fordi stilling varierer, skolehelsetjenestens beliggenhet på skolen varierer, det er opp til skolen hvorvidt de ønsker helsesykepleiers bidrag i undervisning og grupper, retningslinjen er ny og i varierende grad implementert i skolen. Trolig kan en eller flere av disse faktorene ha påvirkning på informasjonsflyten og den felles forståelsen mellom helsesykepleier og skolens personal. Helsesykepleierne har både ulik stilling, fra 80% til 100%, og deres beliggenhet på skolen varierer i stor grad. En av helsesykepleierne er plassert i et bygg langt borte fra arbeidsrom og skoleledelse, og en annen har alene kontor i kjelleren. Det er ukjent i hvor stor grad retningslinjene er implementert i skolen, men funn i denne studien tyder på at det er forskjeller mellom skolene.

Helsesykepleierne ønsker mer struktur i samarbeidet mellom dem og sosiallærer og på ressursgruppemøtene. Det burde vært en felles forståelse for hva som er viktig, og de burde jobbet enda tettere sammen. En av informantene mener at ledelsen må arbeide for å skape

struktur på ressursgruppemøtene og at det bør være en klar hensikt for møtene. Hun uttaler at: *Jeg tror en jobber best sammen hvis en kan jobbe mot et felles mål.* Å ha ulike mål overfor målgruppen kan være et hinder i det tverrfaglige samarbeidet (Glavin & Erdal, 2018, s. 41). Forutsetninger for at et tverrfaglig samarbeid skal lykkes omhandler mål, tillit, kulturelt mangfold og ledelsen (Vangen & Huxham, 2009, s. 85). Det gjelder å ha identiske mål, en oppfattelse av at tillit er nødvendig, bruke hverandres ekspertiser og ressurser som en gevinst i samarbeidet og ledelsen må kunne påvirke samarbeidet i de tidligere nevnte retninger (Vangen & Huxham, 2009, s. 69-84). Funn kan tyde på at det er svakheter i samarbeidet mellom skolen og helsesykepleier. Det er ikke alle helsesykepleierne som opplever å ha felles mål eller at ledelsen arbeider konsekvent for å styrke samarbeidet. Ledelsens engasjement og et felles verdigrunnlag er faktorer av stor betydning for det tverrfaglige samarbeidet (Glavin & Erdal, 2018, s. 46). Samarbeid må læres, og ledelsen må ta ansvar og iverksette tiltak for å opparbeide samarbeidskompetanse i personalgruppen (Glavin & Erdal, 2018, s. 39).

I et systemrettet samarbeid bør det være felles forståelse for begreper (Helsedirektoratet, 2017). En av informantene mener at det ville vært lettere å samarbeide med lærerne om lærerne hadde hatt mer som psykisk helse i sin utdanning. Da kunne det blitt mer klart for begge parter hvordan de skal samarbeide og utnytte hverandres ressurser opp mot elever som strever psykisk. Det hadde trolig vært en bedre forståelse for begreper og de kunne ha utnyttet den samlede faglige kompetansen om psykisk helse. De kunne slik utviklet et felles kunnskapsgrunnlag på tvers av profesjoner (Glavin & Kvarme, 2003, s. 162).

Lærerne i spørreundersøkelsen til Utdanningsdirektoratet (Holen & Waagene, 2014, s. 91) viser at de har god kjennskap til hva de bør være oppmerksomme på når det gjelder atferd hos elevene som kan indikere psykiske vansker. I motsetning opplever lærere stress i forhold til psykisk helsefremmende arbeid (Ekornes, 2016). Dette kan skyldes et misforhold mellom oppfattet ansvar og krav og evnen til å takle det (Ekornes, 2016, s. 349, Lazarus, 1999, s. 58). Av utvalget på 771 norske lærere (Ekornes, 2016, s. 346) er 42,6% uenig eller sterkt uenig i at de har kunnskap om psykisk helse til å hjelpe elever som har vanskeligheter. Lærere med videreutdanning i psykologi og/eller spesialpedagogikk opplever generelt å ha høyere kompetanse innen psykisk helsefremmende arbeid og mindre negative følelser som hjelpeløshet og bekymring angående elever med psykiske vansker (Ekornes, 2016, s. 342). Funn sett i sammenheng med forskning kan tyde på at økt kunnskap om psykisk helse blant lærere kan ha positiv effekt på samarbeidet mellom helsesykepleier og lærer – til elevenes beste.

5.3.2 Taushetsplikten kan påvirke samarbeidet

Helsesykepleierne har taushetsplikt overfor skolen, noe de kan oppleve som en begrensning i enkelte tilfeller. Lærere kan bli usikre på hvor mye hjelp de kan få av helsesykepleier. Dette fører til at lærerne velger å ikke ta kontakt, forteller en helsesykepleier. Etter pasientrettighetsloven har foreldre eller andre med foreldreansvaret rett til å samtykke til helsehjelp for pasienter under 16 år (Pasient – og brukerrettighetsloven, § 4-4). Om helsesykepleier ikke rekker å innhente samtykke før et ressursgruppemøte, kan de ikke dele viktig informasjon de sitter på. I tverrfaglige team kan saker drøftes anonymt forutsatt at opplysningene ikke kan identifisere eleven. Opplysninger om navngitte elever kan utveksles om det foreligger samtykke fra eleven og/eller foreldre (Befring, 2009, s. 159). Helsepersonell må i forkant ha vurdert utleveringen av opplysninger som forsvarlig og til det beste for eleven (Befring, 2009, s. 158). Det vil kunne påvirke og begrense samarbeidet i ressursgruppa at helsesykepleier ikke kan dele sin viktige informasjon om eleven. Det vil være større mulighet for et helhetlig bilde av situasjonen ved et tverrfaglig samarbeid hvor alle kjente opplysninger kan legges frem og drøftes. De ulike partene har opplysninger som er viktige og nødvendige i en helhetsvurdering, ut fra relasjonene de har til barnet og familien (Glavin & Erdal, 2018, s. 21).

Å spille på lag med foreldrene, støtte hverandre i møter med foreldre, gå frem på den riktige måten og innhente samtykke, kommer også frem som viktig i samarbeidet mellom helsesykepleier og lærer. Foreldre er dem som står barna nærmest, og omtales som de viktigste samarbeidspartnerne for å sikre barna riktig og tidlig hjelp (Glavin & Erdal, 2018, s. 23). Det kommer klart frem fra studiens empiri at samarbeid med foreldre er noe helsesykepleierne fokuserer på. Av erfaringer mener Glavin og Erdal (2018, s. 47) at taushetspliktbestemmelsene ikke trenger å være et hinder i arbeidet med barn og unge, men at det er nødvendig å ha kunnskap om de ulike bestemmelsene for kunne håndtere dette på en tilfredsstillende måte. God kommunikasjon og informasjonsflyt i forkant av ressursgruppemøtene, slik at helsesykepleier rekker å innhente samtykke fra foreldre, er til det beste for eleven.

5.3.3 Inkludering av helsesykepleier

Alle helsesykepleierne trives på skolene og er glad i jobben sin. De blir i ulik grad inkludert i skolens fellesskap, på møter og brukt til undervisning. Noen av helsesykepleierne føler seg som en naturlig del av skolen sitt fellesskap, mens andre opplever å ikke ha et naturlig arbeidsmiljø og må jobbe for å bygge relasjon til personalet. Lærerne er ansatt i skolen og

jobber i team, mens helsesykepleier er ansatt i skolehelsetjenesten. Ifølge retningslinjene (Helsedirektoratet, 2017) skal helsesykepleieren ha en sentral rolle i skolen, men fordi helsesykepleier ikke er ansatt i skolen, er hun avhengig av å «bli tatt med» når det gjelder planlegging og utforming av skolens planer (Hjälmhult, 1999, s. 52). Dette er spesielt viktig hvis helsesykepleier skal inngå i et systemrettet samarbeid (Glavin & Erdal, 2018, s. 197). Det ville vært interessant i videre forskning å studert i hvilken grad skolen inkluderer helsesykepleier, sett fra både helsesykepleier og skoleledelsens perspektiv, ettersom forskning påpeker dette som en viktig faktor for å få til et vellykket samarbeid Hjälmhult et al. (2002).

I samarbeidet mellom helsesykepleier og lærer mener informantene at det er viktig å være inkluderende og involvere hverandre i elevsaker. Å spille på lag og jobbe for ungenes beste er viktig mener Ruth. Å samarbeide kan bidra til økt kvalitet, kompetanse og kunnskap hos de involverte (Haugland, 2009, s. 447). Gjennom samarbeid får en utnyttet den samlede faglige kompetansen slik at en kan vurdere og bidra sammen til løsninger i en sak (Glavin & Kvarme, 2003, s. 163). Psykiske problemer blant unge er ofte sammensatte og kompliserte (Glavin & Erdal, 2018, s. 21, Ravenna & Cleaver, 2016, s. 67), og det blir da ekstra viktig å gå sammen for å skape en helhetsvurdering ut fra ulike opplysninger om eleven (Galvin & Erdal, 2018, s. 21). Skoler som inkluderer helsesykepleieren, ser på henne som en ressurs og samtalepartner og hvor helsesykepleier er tilgjengelig, har vist seg å ha en positiv utvikling i samarbeidet (Hjälmhult et al., 2002, s. 45-46). Informantene var tilstede på skolen fire til fem dager i uken. Til tross for dette kan den manglende helsesykepleierressursen føre til at det tverrfaglig samarbeid er lite tilstede i helsesykepleierens arbeidsdag (Hjälmhult et al., 2002, s. 45-46). Er helsesykepleieren ikke tilgjengelig for samarbeid når skolen ønsker å inkludere henne, kan en oppleve en stagnasjon i utviklingen av samarbeidet. Helsesykepleierne som er tilgjengelige, forsøker å vise seg og ta kontakt med personalet i skolen, men blir lite brukt, kan oppleve en negativ utvikling av samarbeidet (Hjälmhult et al., 2002, s. 44-45). Flere av helsesykepleierne har fortalt at de har foreslått undervisning om «Psykologisk førstehjelp» på ulike trinn, men lærerne tar ikke initiativ til å få det gjennomført. Dette kan føre til en defensive helsesykepleiere som i fremtiden ikke foreslår slike opplegg for lærerne.

For å fremme lærerens arbeid for å støtte og hjelpe elever som har psykiske vansker er det viktigst for alle lærere og skoleledere at skolehelsetjenesten er lett tilgjengelig (Holen & Waagene, 2014, s. 90). Noen av informantene har kontor langt borte fra resten av personalgruppa som gjør det mer krevende å ta kontakt for begge parter. Opplevelsen av helsesykepleier som tilgjengelig kan være ulik. Helsesykepleierne forteller at de har åpen dør

og er mottakelig for forespørsler fra lærere og annet personal i skolen. I motsetning kan personalet i skolen oppleve at helsesykepleier ikke er lett tilgjengelig fordi hun har kontor langt borte fra arbeidsrom og klasserom. Skolehverdagen er travel, og de kan ha mangel på tid til å ta turen bort til helsesykepleier. I tillegg er helsesykepleierressursen underbemannet. Dette gjør helsesykepleier mindre tilgjengelig for samarbeid og helsefremmende og forebyggende tiltak i skolen (Borg et al., 2014, s. 17). Som den ene helsesykepleieren forteller forsøker hun hver dag å gå bort til personalrommet for å spise lunsj med de andre. Slik blir hun lettere tilgjengelig for lærerne selv om kontoret er et stykke borte. Hvorfor to av fem helsesykepleiere har kontor totalt avsides og langt borte fra resten av personalet, kan skyldes plassmangel på skolen. Det vil likevel være en prioriteringssak hvor de plasserer kontoret til helsesykepleier. Tidligere forskning kan tyde på at beliggenheten til helsesykepleiers kontor påvirker samarbeidet mellom henne og samarbeidspartnerne på skolen (Waldum-Grevbo, 2018). Det ville vært til fordel for både helsesykepleier, skoleledelse, lærer og elever at helsesykepleierens kontor ble plassert nærmere arbeidsværelser og administrasjon.

5.3.4 Kjennskap til helsesykepleiers kompetanse

På spørsmål om hva som er viktig for å få til et godt samarbeid mellom helsesykepleier og lærer svarer informantene ulikt. Noe av det som går igjen er bevissthet og respekt for hverandres arbeidsområder. Den ene informanten mener at det er viktig med klare roller som en respekterer. Det kommer også frem i Hjälmhult (1999, s. 24-26) at kjennskap til hverandres arbeidsområder er en faktor som påvirker samarbeidet mellom skolehelsetjenesten og skolen. Glavin & Erdal (2018, s. 41) definerer «lite kjennskap til hverandres arbeidsområder» som et hinder for tverrfaglig samarbeid. Forskingen samsvarer med hva informantene mener er viktig for å oppnå et godt samarbeid mellom helsesykepleier og skole/lærer. Når lærerne har kjennskap til helsesykepleiers arbeidsområder vet de hvilke styrker hun har og hva hun kan bidra med, forteller Anne. For at et tverrfaglig samarbeid skal lykkes, må en ifølge Vangen & Huxham (2009, s. 77) bruke hverandres ekspertiser og ressurser som en gevinst i samarbeidet. Da er det en fordel at en vet hvilke ressurser den andre innehar. En av helsesykepleierne forteller at det er viktig å strekke ut en hånd innenfor sitt mandat og være på tilbudssiden, men si fra når det er oppgaver en ikke skal ta på seg. Dette går frem i henhold til helsepersonelloven (1999, § 4) som forteller at den enkelte helsepersonell må kjenne sine faglige begrensinger og innrette seg etter disse. Det er et viktig grunnlag for samarbeid mellom skolehelsetjenesten og skolen at begge parter kjenner til hverandres arbeidsområde og kompetanse (Samdal, 2009, s. 110). Det kan oppstå faglige diskusjoner og uenigheter i samhandling. Da vil innsikt i hverandres kvalifikasjoner og

bevissthet om egen rolle være viktig for å kunne opptre forsvarlig i denne sammenhengen (Befring, 2009, s. 152).

Helsesykepleier og lærer har ulik kompetanse og retningslinjer å forholde seg til. Å sette seg inn i hverandres arbeidsplaner og grunntenkning kan gi nyttig innsikt i hvordan den andre parten tenker og prioriterer (Samdal, 2009, s. 110). Skolehelsetjenesten skal legge til rett for nødvendig samarbeid med skolen for å fremme fysisk og psykisk helse, gode sosiale og miljømessige forhold og forebygge sykdom og skade (Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten, 2018, §1-4). For å få til et systemrettet samarbeid foreslår Helsedirektoratet at en bør ha som mål å oppnå felles verdigrunnlag, felles forståelse av begreper, avklaring av roller og ansvar og kjennskap til hverandres regelverk (Helsedirektoratet, 2017). Helsesykepleierne har ulike oppfatninger av personalets kjennskap til helsesykepleiers kompetanse. To mener at personalet har kjennskap til kompetansen, og vet hva helsesykepleier kan bidra med. De tre andre opplever at skoleledelsen og lærerne burde hatt enda bedre kjennskap til helsesykepleiers kompetanse. En av informantene tviler på at ledelsen har satt seg inn i helsesykepleiers retningslinjer og hva hun kan bidra med. Om dette er tilfellet, tror jeg det vil være viktig slik som Tone forteller å markedsføre seg og sitt mandat i skolen. Dette har vist seg i tidligere forskning som sentralt i samarbeid mellom skolehelsetjenesten og skolen (Hjälmhult, 1999, s. 23-24).

5.3.5 Helsesykepleiers erfaring i skolehelsetjenesten og på den aktuelle skolen

Flere av helsesykepleierne uttrykker at erfaringen som helsesykepleier i skolen har stor påvirkning på samarbeidet med elever, lærere og foreldre. Når helsesykepleier har vært på skolen i flere år vil foreldre, elever og lærere kjenne godt til henne og hva hun kan bidra med. Helsesykepleier lærer seg hvordan hun skal nå ut til de ulike samarbeidspartnerne for å bygge god relasjon. Med erfaring vil helsesykepleieren også bli tryggere i sin rolle og oppleve å ha flere muligheter i arbeidet om å fremme god psykisk helse. De psykologiske ressursene vil med erfaring samsvare mer med krav og forventinger fra miljøet (Lazarus, 1999, s. 58). Kompetansenivå har vist seg å ha sammenheng med helsesykepleiers selvtillit og effektivitet (Ravenna & Cleaver, 2016, s. 67). Erfaringen kan gi dem flere verktøy for håndtering av psykiske helseplager blant barn og unge, og videre høyere selvtillit og effektivitet. Mye av jobben Tone gjør for elever med psykiske helseproblemer gjøres på grunnlag av erfaring. Hun mener at mye kan løses på mellommenneskelig nivå og med sunn fornuft.

6.0 Oppsummering og avsluttende kommentarer

Skolehelsetjenesten står i en unik posisjon i skolen, som er utpekt som den viktigste arenaen for helsefremmende og forebyggende arbeid blant barn og unge (Haugland & Grimsmo, 2009, s. 27). Helsesykepleierne opplever å ha mulighet til å fremme elevenes psykiske helse ved at de er tilgjengelige på skolen så og si hver dag, og er tett på elevene. De forøker å være synlige og oppsøker elevene i friminuttene. De bruker sanseapparatet og er observante på tegn fra elevene som kan indikere at de ikke har det greit. Det er viktig å ta tak i det elevene måtte streve med, ikke bagatellisere og følge opp elever over tid.

Med bakgrunn i datamaterialet kommer det frem at helsesykepleieren arbeider på flere måter for å fremme elevenes psykiske helse. Helsesykepleierne har samtaler med enkeltelever og grupper med elever, underviser om ulike tema, veileder foreldre og lærer elevene å bruke «hjelpemåter». Tidlig innsats er et fokusområde i dagens samfunn (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009, Helsedirektoratet & Utdanningsdirektoratet, 2013, Helsedirektoratet, 2017) og dette svarer skolehelsetjenesten på ved å tilby skolestartundersøkelse for elever på 1. trinn. Gjennom samtalen får de muligheter til å opprette kontakt med elev og foresatte, kartlegger eleven og gi oppfølging og henvisning med behov. Ved enkeltsamtaler med elever bygger de relasjoner til elevene og gir dem sosial støtte. Sosial støtte er den egenskapen ved forholdet til andre mennesker som har sterkest sammenheng med psykisk helse (Helland & Mathiesen, 2009, s. 56). Relasjonen til, og støtten fra helsesykepleier kan fungere som beskyttelsesfaktor (Drugli, 2012, s. 18) og veie opp mot eventuelle risikofaktorer eleven utsettes for (Kvelling, 2015, s. 247). Grupper, for å styrke den sosiale kompetansen og det sosiale miljøet i klassen, blir arrangert. Her får de være sosiale med andre likeverdige. De har også «PIS-grupper» for barn med skilte foreldre. I gruppene får de møte elever i samme livssituasjon, noe informantene påpeker kan være godt for elevene. Gjennom gruppearbeid kan deltakerne hjelpe seg selv og hverandre ved sammen å dele følelser og erfaringer. Helsesykepleierne underviser om ulike tema som kan skape opplysning blant elevene og bidra til at tidlig hjelp blir søkt. Bruken av «Psykologisk førstehjelp» blir trukket frem som sentralt for å gi elevene et verktøy for mestring av stress og følelser. Selv om helsesykepleierne mener at enkeltsamtalene med elevene er med på å fremme god psykisk helse, er de samstemte om at de ønsker mer primærforebyggende arbeid. De vil undervise mer i hele klasser, arrangere mer gruppevirksomhet og på den måten nå ut til flere. De beste tiltakene er dem som settes i gang før problemene oppstår (Helsedirektoratet & Utdanningsdirektoratet, 2013, s. 36). Fagfornyelsen med «Folkehelse og livsmestring» som tverrfaglig tema kan trolig bidra til mer primærforebyggende arbeid i skolen. Dette vil være til

det beste for elevene, familiene og samfunnet. Videre forskning på primærforebyggende tiltak med fokus på psykisk helse, samarbeid mellom helsesykepleier og skolen, og effekten av dem, kan være nyttig i videre arbeid for å fremme god psykisk helse i skolen.

Helsesykepleierne samarbeider tett med lærere, sosiallærer og i ressursteam. Samarbeidet med lærerne strekker seg fra enkeltsaker til undervisning. Helsesykepleierne opplever at lærerne er gode til å ta kontakt. Lærerne tar kontakt om de er bekymret for en elev. Forskning har vist at lærere har god kjennskap til hva de skal være oppmerksomme på når det gjelder atferd hos elevene som kan indikere psykiske vansker (Holen & Waagene, 2014, s. 91). Dette er helsesykepleierne avhengige av for å kunne fange opp elever som strever psykisk. I ressursteamet på skolen får de drøftet saker. Psykososiale problemer blant barn og unge er komplisert, og det vil være større mulighet for et helhetlig bilde av situasjonen ved et tverrfaglig samarbeid (Glavin & Erdal, 2018, s. 21). Flere av helsesykepleierne opplever et godt samarbeid med skoleledelsen, mens noen mener at skoleledelsen ikke er gode til å inkludere helsesykepleier. Inkludering, god kommunikasjon og bevissthet om hverandres arbeidsområder blir fremhevet av informantene som viktige faktorer for å få til et vellykket samarbeid. Det er anbefalt at skolehelsetjenesten har et systemrettet samarbeid med skolen (Helsedirektoratet, 2017). Studiens empiri kan tyde på at det er svakheter i samarbeidet, eller at det ikke er satt godt nok i system. Forskning har vist at det kan være flere grunner til at de anbefalte retningslinjene ikke blir fulgt (Waldum-Grevbo, 2018). Det kan skyldes ulik tilgjengelighet i tjenesten fordi stilling varierer, skolehelsetjenestens beliggenhet på skolen varierer, det er opp til skolen hvorvidt de ønsker helsesykepleiers bidrag i undervisning og grupper, retningslinjen er ny og i varierende grad implementert i skolen. Videre forskning som utforsker hvordan skolehelsetjenesten og skolen bør arbeide for å oppnå et vellykket systemrettet samarbeid anbefales.

Helsesykepleierne arbeider aktivt for å markedsføre seg og sitt tilbud i skolen for lærere, elever og foreldre. Markedsføring av helsesykepleier og hennes tjenester har vist seg å være en sentral del av arbeidsoppgavene (Hjälmhult, 1999, s. 23-24). Helsesykepleierne er tilgjengelige på skolen så og si hver dag, noe som gjør det mulig for både lærere, foreldre og elever å ta kontakt. I motsetning har de mange pålagte oppgaver som tar av den tilmålte tiden. De må stille på møter, dokumentere, veilede og hjelpe hverandre på de ulike skolene. Skolehelsetjenesten skal være et lavterskeltilbud (Helsedirektoratet, 2017). Likevel kan helsesykepleierne oppleve det som utfordrende å praktisere et lavterskeltilbud i en hektisk arbeidsdag med pålagte oppgaver, møter og dokumentering. Det er etter den anbefalte

minstenormen ikke nok helsesykepleiere i skolen. Dette går ut over deres muligheter for samarbeid, helsefremmende arbeid og tiden de har til oppfølging av elever. Jeg mener at det skulle vært en lovpålagt minstenorm for helsesykepleierressursen i skolen, at dette ville gitt samfunnsøkonomiske gevinster i form av mer forebyggende og helsefremmende arbeid fra helsesykepleiers side. Det er mange elever som trenger hjelp og forskning tyder på at det er en generell trend at omfanget av hjelpebehov gjør at helsesykepleieren ikke klarer å følge opp slik som ønsket (Ravenna & Cleaver, 2016, s. 67). I tillegg opplever helsesykepleierne å ikke ha nok kompetanse til å følge opp elevene slik de har behov for. Dette samsvarer med tidligere forskning (Ravenna & Cleaver, 2016, s. 67). utfordringene til elevene kan være komplekse og vanskelige, og det er da viktig at ikke elevene må bære dette alene. «Et lag rundt eleven» kan trolig gi et svar på effekten av økt helsesykepleierressurs i skolen.

Helsesykepleierne opplever muligheter for å fremme elevenes psykiske helse, men det som må til er tid, ressurser og kompetanse. I tillegg er det viktig med god informasjonsflyt, felles forståelse, bevissthet rundt lover og forskrifter, inkludering av helsesykepleier, en tilgjengelig skoleledelse og kjennskap til hverandres kompetanse. Helsesykepleiers erfaring i skolehelsetjenesten kan også påvirke samarbeidet mellom henne og de ulike samarbeidspartnerne. Med bakgrunn i denne studien anbefales det at skolehelsetjenesten og skolen setter seg inn i de anbefalte retningslinjene om et systemrettet samarbeid (Helsedirektoratet, 2017) og har som mål å oppnå felles verdigrunnlag, felles forståelse av begreper, avklaring av roller og ansvar og kjennskap til hverandres regelverk. I tillegg er det sentralt at skolen inkluderer helsesykepleier i planarbeid og møter, og at helsesykepleier er tilgjengelig for skolen. Økt helsesykepleierressurs i skolen er trolig nødvendig for å få til et vellykket tverrfaglig samarbeid. Med dette utgangspunktet vil helsesykepleier kunne utnytte sitt potensial og sine ressurser til det beste for elevenes psykiske helse.

Referanser

- Aarø, L. E. (2009). Om å påvirke helseatferd. I Haugland & Misvær (Red.), *Håndbok for skolehelsetjenesten* (2. utgave, s. 93-105). Oslo: Kommuneforlaget.
- Baisch, M. J., Lundeen, S. P. & Murphy, M. K. (2010). Evidence-Based Research on the Value of School Nurses in an Urban School System. *Journal of school health*, 81(2), s. 74-80.
- Bakken, A. (2018). *Ungdata 2018 Nasjonale resultater* (8). Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA).
- Barneombudet. (2013). *Helse på barns premisser*. Hentet fra <https://docplayer.me/378836-Barneombudets-fagrapport-2013-helse-pa-barns-premisser.html>
- Befring, A. K. (2009). Jus i skolehelsetjenesten. I Haugland & Misvær (Red.), *Håndbok for skolehelsetjenesten* (2. utgave, s. 148-163). Oslo: Kommuneforlaget.
- Bergsagel, I. (2018, 7. desember). Her er alle Norges mannlige helsesøstre. *Sykepleien*. Hentet fra <https://sykepleien.no/2018/11/her-er-alle-norges-mannlige-helsesostre>
- Bohnenkamp, J. H. & Stephan, S. H. (2015). Supporting student mental health: The role of the school nurse in coordinated school mental health care. *Psychology in the Schools*, 52(7), s. 714-727.
- Borg, E., Christensen, H., Fossetøl, K. & Pålshaugen Ø. (2015). *Hva lærerne ikke kan! Et kunnskapsgrunnlag for satsing på bruk av flerfaglig kompetanse i skolen* (AFI-rapport 6/2015). Hentet fra <http://www.hioa.no/Om-OsloMet/Senter-for-velferds-og-arbeidslivsforskning/AFI/Publikasjoner-AFI/Hva-laererne-ikke-kan!>
- Borg, E., Drage, I., Fossetøl K. & Jarning H. (2014). *Et lag rundt læreren. En kunnskapsoversikt* (AFI-rapport 8/2014). Hentet fra <http://www.hioa.no/Om-OsloMet/Senter-for-velferds-og-arbeidslivsforskning/AFI/Publikasjoner-AFI/Et-lag-rundt-laereren>
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), s. 77-101.

Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development : Experiments by Nature and Design*. Cambridge: Harvard University Press.

Bru, E., Idsøe, E. C. & Øverland, K. (red). (2016). *Psykisk helse i skolen*. Oslo: Universitetsforlaget.

Clausson, E. K. (2008). *School health nursing – perceiving, recording and improving schoolchildren’s health*. Göteborg: The Nordic School of Public Health.

Dahm, K. T., Landmark, B., Kirkehei, I. & Reinart, L. M. (2010). *Effekter av skolehelsetjenesten på barn og unges helse og oppvekstvilkår* (17). Hentet fra https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2010/rapport_2010_17_effekter-av-skolehelsetjenesten-pa-barn-og-unges-helse-og-oppvekstvilkar.pdf

Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora. (2016) *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi*. Hentet fra https://www.etikkom.no/globalassets/documents/publikasjoner-som-pdf/60125_fek_retningslinjer_nesh_digital.pdf

Drugli, M. B. (2012). *Relasjonen lærer og elev avgjørende for elevens læring og trivsel*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

Drugli, M. B. & Larsson, B. (2010). Psykisk helse blant norske skolebarn i 1.-7. klasse – målt med bruk av Teacher Report Form (TRF). *Spesialpedagogikk*, 75(3), s. 4-11. Hentet fra <https://uit.no/Content/184732/Psykisk%20helse%20blant%20norske%20skolebarn%20i%201.%20-%207.%20klasse.pdf>

Ekornes, S. (2016). 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), s. 333-353. <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/00313831.2016.1147068>

Finansdepartementet. (2010). *Opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2008*. Hentet fra <https://www.statsbudsjettet.no/Statsbudsjettet-2010/Dokumenter/Fagdepartementenes->

[proposisjoner/Helse--og-omsorgsdepartementet-HOD/Prop-1-S/Del-3-Omtale-av-sarlige-tema/8-Opptrappingsplanen-forpsykisk-helse-1999-2008/](#)

Folkehelseinstituttet (2009). *Psykiske lidelser i Norge: et folkehelseperspektiv*. (FHI rapport 8/2009). Hentet fra: <https://www.fhi.no/publ/eldre/psykiske-lidelser-i-norge-et-folkeh/>

Folkehelseinstituttet (2014). *Livskvalitet og mestring i Norge*. Hentet fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/tillegg/livskvalitet-og-mestring-i-norge/>

Folkehelseinstituttet (2018). *Livskvalitet og psykiske lidelser hos barn og unge*. Hentet fra: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/psykisk-helse-hos-barn-og-unge/#selvrapporterte-psykiske-plager>

Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten. (2018). Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten (FOR-2018-10-19-1584). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2018-10-19-1584?q=skolehelsetjenesten>

Glavin, K. & Erdal, B. (2018). *Tverrfaglig samarbeid i praksis – til beste for barn og unge i kommune-Norge*. Oslo: Kommuneforlaget.

Glavin, K. & Kvarme, L. G. (2003). *Helsesøstertjenesten – Fra meninghetssykepleie til folkehelsevitenskap*. Oslo: Akribe Forlag.

Hargreaves, A. (1996). *Lærerarbeid og skolekultur – Læreryrkeets forandring i en postmoderne tidsalder*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Haugland, S. (2009). Om tverrfaglig samarbeid. I Haugland & Misvær (Red.), *Håndbok for skolehelsetjenesten* (2. utgave, s. 447-449). Oslo: Kommuneforlaget

Haugland, S. & Grimsmo, A. (2009). Skolehelsetjenesten i et samfunnsperspektiv. I Haugland & Misvær (Red.), *Håndbok for skolehelsetjenesten* (2. utgave, s. 27-44). Oslo: Kommuneforlaget

Haugland, S. & Misvær, N. (2009). *Håndbok for skolehelsetjenesten*. Oslo: Kommuneforlaget.

Heap, K. (2005). *Gruppet metode for sosial – og helsearbeidere*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Helland, M. J. & Mathiesen K. S. (2009). *13-15 åringer fra vanlige familier i Norge – hverdagsliv og psykisk helse*. (FHI rapport 1/2009). Hentet fra: <https://www.fhi.no/publ/eldre/13-15-aringer-fra-vanlige-familier/>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. (Meld. St. 47 2008-2009). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2013, 26. april). *Styrker helsestasjons- og skolehelsetjenesten* (Pressemelding Nr: 14). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumentarkiv/stoltenberg-ii/hod/Nyheter-og-pressemeldinger/pressemeldinger/2013/styrker-helsestasjons--og-skolehelsetjen/id725240/>

Helsedirektoratet (2010). *Utviklingsstrategi for helsestasjons- og skolehelsetjenesten* (IS-1798). Oslo: Helsedirektoratet

Helsedirektoratet. (2016). *Kartlegging av årsverk i helsestasjons- og skolehelsetjenesten* (Rapport IS-2543). Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/kartlegging-av-arsverk-i-helsestasjons-og-skolehelsetjenesten>

Helsedirektoratet (2017, 8. februar). *Skolehelsetjenesten 5-20 år*. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten/skolehelsetjenesten-520-ar>

Helsedirektoratet (2019, 15. januar). *Helsesøster er nå helsesykepleier*. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/nyheter/helsesoster-er-na-helsesykepleier>

Helsedirektoratet (2019, 6. februar). Om helsedirektoratets normerende produkter. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/produkter/om-helsedirektoratets-normerende-produkter#veilder-til-lov-og-forskrift>

Helsedirektoratet & Utdanningsdirektoratet. (2013). *Læring, læringsmiljø og psykisk helse, 20*. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/Documents/Psykisk%20helse/L%C3%A6ring,%20%C3%A6ringsmilj%C3%B8%20og%20psykisk%20helse.pdf>

Helsenorge.no (2018, 20. desember). Helsestasjon og skolehelsetjenesten. Hentet fra <https://helsenorge.no/hjelpetilbud-i-kommunen/helsestasjon-og-skolehelsetjenesten>

Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_5#KAPITTEL_5

Hjälmhult, E. (1999). *Skolehelsetjenesten – innenfor eller utenfor? Intervjuer om samarbeid i skolehelsetjenesten og den helsefremmende skolen*. Bergen: Allkopi Bergen.

Hjälmhult, E., Wold, B. & Samdal, O. (2002). Skolehelsetjenesten og helsefremmende arbeid: Samarbeid mellom helsesøstre og lærere ved de norske skolene i «Europeisk nettverk av Helsefremmende skoler». *Vård i Norden*, 63(22), s. 42-46.
<https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/010740830202200108>

Høgskolen i Oslo og Akershus, NIFU. (2017, 1. november). *Et lag rundt eleven – bruk av flerfaglig kompetanse i skolen*. Hentet fra <https://www.udir.no/tall-og-forskning/finnforskning/rapporter/et-lag-rundt-eleven---bruk-av-flerfaglig-kompetanse-i-skolen/>

Holen, S. & Waagene, E. (2014). *Psykisk helse i skolen* (NIFU rapport 9). Hentet fra <https://www.udir.no/globalassets/upload/forskning/2014/psykisk-helse.pdf>

Juul, J. & Jensen H. (2002). *Pædagogisk relationskompetance: fre lydighed til ansvarlighed*. København: Apostrof.

Klepp, K-I. & Aarø L. E. (red) (2017). *Ungdom, livsstil og helsefremmende arbeid*. Oslo: Gyldendal Akademiske.

Kunnskapsdepartementet. (2010). *Tid for læring – oppfølging av Tidsbrukutvalgets rapport* (Meld. St. 19 2009-2010). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/e09a8895e0ac4e36ab2565ec5e59f804/no/pdfs/stm200920100019000dddpdfs.pdf>

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningssintervju*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kvarme, L. G., Helseth, S., Sørum, R., Luth-Hansen, V., Haugland, S. & Natvig, G. K. (2010). The effect of a solution-focused approach to improve self-efficacy in socially withdrawn school children: A non-randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 47(11), s. 1389-1396. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748910001495>

Kvello, Ø. (2015). *Barn i risiko – Skadelige omsorgssituasjoner*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Lazarus, R. S. (2006). *Stress og følelser – en ny syntese*. København: Akademisk Forlag.

Lazarus, R.S. (1999). *Stress and Emotion. A New Synthesis*. New York: Springer Publishing Company.

Maughan, E. (2003). The Impact of School Nursing on School Performance: A Research Synthesis. *The Journal of School Nursing*, 19(3), s. 163-171.

Meland, E. (2009). Veiledning, dialog og konfliktløsning. I Haugland & Misvær (Red.), *Håndbok for skolehelsetjenesten* (2. utgave, s. 171-182). Oslo: Kommuneforlaget

Misvær, N. (2009). Foreldre. I Haugland & Misvær (Red.), *Håndbok for skolehelsetjenesten* (2. utgave, s. 450-458). Oslo: Kommuneforlaget

Morawska, A., Winter, L. & Sanders M. R. (2009). Parenting knowledge and its role in the prediction of dysfunctional parenting and disruptive child behavior. *Child: care, health and development*, 35(2), s. 217-226. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1365-2214.2008.00929.x>

Nordahl, T. (2007). *Hjem og skole – Hvordan skap et bedre samarbeid?* Oslo: Universitetsforlaget.

Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning (2017). Et lag rundt eleven. Økt helsesøsterressurs i systemrettet og strukturert samhandling med skole. Hentet fra <https://www.lagrundteleven.no/bakgrunn/>

NOU 2015:2. (2015). *Å høre til – Virkemidler for et trygt psykososialt skolemiljø*. Oslo: Departementenes servicesenter, Informasjonsforvaltning. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/35689108b67e43e59f28805e963c3fac/no/pdfs/nou201520150002000dddpdfs.pdf>

NOU 2015:8. (2015). *Fremtidens skole – Fornyelse av fag og kompetanser*. Oslo: Departementenes servicesenter, Informasjonsforvaltning. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/da148fec8c4a4ab88daa8b677a700292/no/pdfs/nou201520150008000dddpdfs.pdf>

OECD (2013). *Education at a glance 2013: OECD indicators*. OECD Publishing. Hentet fra: [http://www.oecd.org/education/eag2013%20\(eng\)--FINAL%2020%20June%202013.pdf](http://www.oecd.org/education/eag2013%20(eng)--FINAL%2020%20June%202013.pdf)

Opplæringslova. (1998). Lov om grunnskolen og den videregående opplæringa (LOV-1998-07-17-61). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1998-07-17-61>

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63) Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasientrettighetsloven#KAPITTEL_4

Postholm, M. B. & Jacobsen D. I. (2016). *Læreren med forskerblick – Innføring I vitenskapelig metode for lærerstudenter*. Oslo: Cappelen Damm.

Reedtz, C. (2012). Foreldreveiledning fremmer barns og foreldres psykiske helse. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 49(12), s. 1174-1179.

Rutter, M., Kim-Cohen, J. & Maughan, B. (2006). Continuities and discontinuities in

psychopathology between childhood and adult life. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47 (4), s. 276-295. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1469-7610.2006.01614.x>

Ravenna, J. & Cleaver, K. (2016). School Nurses' Experiences of Managing Young People With Mental Health Problems: A Scoping Review. *The Journal of School Nursing*, 32(1), s. 58-70. DOI: 10.1177/1059840515620281

Samdal, O. (2009). Trivsels- helsefremmende arbeid. I Haugland & Misvær (Red.), *Håndbok for skolehelsetjenesten* (2. utgave, s. 106-126). Oslo: Kommuneforlaget.

Samdal, O. (2017). Trivsels- og helsefremmende arbeid i skolen. I Klepp, K-I. & Aarø, L. E. (Red.), *Ungdom, livsstil og helsefremmende arbeid* (4. utgave, s. 345-369). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Seale, C. (1999). *The quality of qualitative research*. London: Sage.

Silverman, D. (2014). *Interpreting qualitative data*. London: SAGE Publications

Stephan, S. H. & Connors, E. H. (2013). School nurses' perceived prevalence and competence to address student mental health problems. *Advances in School Mental Health Promotion*, 6(3), s. 174-188. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/1754730X.2013.808889>

Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse – En innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget.

Utdanning.no. (2019, 7. mai). Yrkesbeskrivelse helsesykepleier. Hentet fra <https://utdanning.no/yrker/beskrivelse/helsesykepleier>

Utdanningsdirektoratet. (2017, 5. mai). *Ny generell del av læreplanverket*. Hentet fra: <https://www.udir.no/laring-og-trivsel/lareplanverket/fagfornyelsen/ny-generell-del-av-lareplanen/>

Utdanningsdirektoratet (2018). *Overordnet del av læreplanverket (2.5.1)*. Hentet fra: <https://www.udir.no/laring-og-trivsel/lareplanverket/overordnet-del/prinsipper-for-laring-utvikling-og-danning/tverrfaglige-temaer/folkehelse-og-livsmestring/>

Utdanningsdirektoratet (2019). *Nye læreplaner i grunnskolen og gjennomgående fag i vgo – hva skjer når?* Hentet fra: <https://www.udir.no/laring-og-trivsel/lareplanverket/fagfornyelsen/hva-skjer-nar-i-fornyelsen-av-fagene/>

Vangen, S. & Huxham, C. (2009). En teoretisk forståelse av samarbeidets synergi. I Willumsen (Red.), *Tverrprofesjonelt samarbeid: i praksis og utdanning*. (Utgave 1, s. 67-87). Oslo: Universitetsforlaget.

Waldum-Grevbo, K. S. (2018). Helsesøster: Følger du de nye, nasjonale anbefalingene? *Sykepleien*, 106. <https://static.sykepleien.no/sites/default/files/pdf-export/pdf-export-70773.pdf?c=1528281770>

Waldum-Grevbo, K. S. (2018). Lovendring gir skolen plikt til samarbeid. *Norsk sykepleierforbund*. Hentet fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/3916330/10501/Lovendring-gir-skolen-plikt-til-samarbeid>

World Health Organization. (2014, August). Mental health: a state of well-being. Hentet fra https://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/

Øverland, S., Knudsen, A. K. & Mykletun, A. (2011). Psykiske lidelser og arbeidsuførhet. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 48 (8), 739-744. <https://psykologtidsskriftet.no/fagartikkel/2011/08/psykiske-lidelser-og-arbeidsuforhet>

Øvreeide, H. (2009). Samtalen med barn og unge. I Haugland & Misvær (Red.), *Håndbok for skolehelsetjenesten* (2. utgave, s. 75-92). Oslo: Kommuneforlaget

Vedlegg

Vedlegg 1: Godkjent meldeskjema fra NSD

Meldeskjema for behandling av personopplysninger

about:blank



NSD sin vurdering

Prosjektittel

Psykisk helse i barneskolen - Helsesøsters arbeid

Referansenummer

659511

Registrert

12.12.2018 av Britt Inger Espeland - BI.Espeland@stud.uis.no

Behandlingsansvarlig institusjon

Universitetet i Stavanger / Fakultet for utdanningsvitenskap og humaniora / Nasjonalt senter for læringsmiljø og atferdsforskning

Prosjektansvarlig

Hilde Margrethe Hegna, hilde.m.hegna@uis.no, tlf: 45241431

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Student

Britt Inger Espeland Høiland, BI.Espeland@stud.uis.no, tlf: 46784878

Prosjektperiode

04.01.2019 - 11.06.2019

Status

18.12.2018 - Vurdert

Vurdering (1)

18.12.2018 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personverndatalovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 18.12.2018. 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 11.06.2019.

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 lenger 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 ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Belinda Gloppen Helle
Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

Vil du delta i forskningsprosjektet

«Psykisk helse i barneskolen - helsesykepleiers arbeid»?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å utforske hvordan helsesykepleiere i barneskolen arbeider for å fremme god psykisk helse blant elever. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Formålet med denne studien er å utforske hvordan helsesykepleiere i barneskolen arbeider for å fremme god psykisk helse blant elever. Vi ønsker å oppnå innsikt og bedre forståelse for deres samspill med lærere og hvilke muligheter og begrensninger helsesykepleiere erfarer i sitt arbeid. Vi vil forske kvalitativt for å undersøke dette fenomenet og vil bruke semistrukturert intervju med helsesykepleiere som arbeider i barneskolen som metode. Dette forskningsprosjektet er en mastergradsoppgave.

Problemstillingen i denne studien er foreløpig formulert slik:

Hvordan arbeider helsesykepleiere i barneskolen for å fremme god psykisk helse blant elever?

For å besvare denne problemstillingen har vi utviklet to forskningsspørsmål:

- *Hvordan samarbeider helsesykepleiere med lærere i barneskolen for å fremme god psykisk helse blant elever?*
- *Hvilke muligheter og begrensninger opplever helsesykepleiere i arbeidet med å fremme god psykisk helse blant elever?*

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Nasjonalt senter for læringsmiljø og atferdsforskning på Universitetet i Stavanger er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Utvalget er strategisk, det vil si at vi velger deltakere som har egenskaper eller kvalifikasjoner som er strategiske i forhold til problemstillingen. Inklusjonskriterier for deltakelse er utdanning som helsesykepleier, og at vedkommende nå arbeider i barneskolen. Vi vil rette en formell henvendelse til lederen for skolehelsetjenesten i en kommune, som vi håper vil representere prosjektet for helsesykepleiere i denne kommunen. De helsesykepleierne som er interessert i å delta i prosjektet, vil få dette informasjonsskrivet med mulighet for samtykke til deltakelse.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at du intervjues av masterstudent en gang, i ca. 1 time. Intervjuet vil inneholde temaområder som psykisk helse i barneskolen, trivsels- og helsefremmende arbeid, samarbeid med lærer, opplevde muligheter og utfordringer som helsesykepleier. Intervjuet vil bli tatt opp på lydopptaker.

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 da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

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.

Student og veileder vil ha tilgang til opplysningene.

Navnet og kontaktopplysningene dine vil vi erstatte med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data. Filer med lydopptak krypteres, og maskinene opplysninger lagres på skal være beskyttet av relevante sikkerhetsmekanismer.

Opplysninger om utdanning og arbeid i barneskolen vil inngå i publikasjonen, men identiteten til deltakerne anonymiseres i publikasjon.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet skal etter planen avsluttes 11.6.19. Når prosjektet er avsluttet/levert, vil vi bruke programvare for permanent sletting av alle personopplysninger. Dette inkluderer også lydopptakene.

Dine rettigheter

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

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- få slettet personopplysninger om deg,
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger?

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Nasjonalt senter for læringsmiljø og atferdsforskning på 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:

- Nasjonalt senter for læringsmiljø og atferdsforskning Universitetet i Stavanger avdeling Porsgrunn ved Hilde Margrethe Hegna. Kan kontaktes på epost: hilde.m.hegna@uis.no, telefon: 51834543 eller mob: 45241431.
- Masterstudent Britt Inger Espeland Høiland kan kontaktes via epost BI.Espeland@stud.uis.no, eller på mobil: 46784878.
- Vårt personvernombud: Kjetil Dalseth på epost personvernombud@uis.no.
- NSD - Norsk senter for forskningsdata AS, på epost (personverntjenester@nsd.no) eller telefon: 55 58 2117.

Med vennlig hilsen

Hilde Margrethe Hegna (Forsker/veileder)



(masterstudent)

Britt Inger Espeland Høiland



Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet *Psykisk helse i barneskolen - helsesykepleiers arbeid* og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

å delta i intervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca. juni 2019

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Intervjuguide

Problemstilling: *Hvordan arbeider helsesykepleiere i barneskolen for å fremme god psykisk helse blant elever?*

Forsknings spørsmål: *Hvordan samarbeider helsesykepleiere med lærere i barneskolen for å fremme god psykisk helse blant elever?*

Helsesykepleier i barneskolen

Kan du fortelle litt om ditt arbeid i barneskolen?

1. Hva består din arbeidsdag i skolen av?
2. Hvem har du å forholde deg til?
3. Hvor ofte/lenge er du på skolen?
4. Opplever du å ha nok tid til ditt arbeid?
5. Opplever du å være inkludert i skolens fellesskap?
6. Deltar du på møter og planleggingsdager?
7. Opplever du at skolen har kjennskap til din kompetanse?

Psykisk helse

Kan du fortelle litt om psykisk helse i barneskolen?

8. Hvordan opplever du elevenes psykiske helse?

Samarbeid

9. Hvordan opplever du samarbeidet med skolen?
 - a. Tar skolen initiativ til samarbeid?
10. Hvordan opplever du samarbeidet med lærere?
 - a. Hva samarbeider du med lærer om?
 - b. Hvordan opplever du kommunikasjonen mellom deg og lærer?
 - c. Hvordan er arbeidsfordelingen mellom deg og lærer på tvers av fagområder?
 - i. Hva tenker du om dette?
11. Hva tenker du er viktig i samarbeidet mellom helsesykepleier og lærer?

Trivsels- og helsefremmende arbeid

Kan du fortelle litt om erfaringer med trivsels- og helsefremmende arbeid i barneskolen?

12. Hva gjør du for å fremme trivsel blant elevene?
 - a. Hvilke verktøy/ressurser bruker du?
13. Hva gjør du for å fremme god psykisk helse blant elevene?
 - a. Hvilke verktøy/ressurser bruker du?
14. Er tiltak satt i gang i samarbeid med skolen?

Forskningsspørsmål: *Hvilke muligheter og begrensninger erfarer helsesykepleiere i arbeidet med å fremme god psykisk helse blant elever?*

Muligheter

15. Hvilke muligheter opplever du å ha som helsesøster i skolen i arbeidet med å fremme god psykisk helse?
 - a. Hvordan utnytter du disse mulighetene?
 - b. Hvordan opplever du dette?

Begrensninger

16. Opplever du begrensninger/utfordringer i arbeidet med å fremme god psykisk helse blant elevene?
 - a. Evt. hvilke? Kan du si noe mer om dette?
 - b. Evt. hva tenker du om det? Kunne noe vært gjort annerledes?

Til slutt

17. Er det noe du vil legge til?

Vedlegg 4: Forenklet intervjuguide

Problemstilling: *Hvordan arbeider helsesykepleiere i barneskolen for å fremme god psykisk helse blant elever?*

Forskningsspørsmål: *Hvordan samarbeider helsesykepleiere med lærere i barneskolen for å fremme god psykisk helse blant elever?*

Helsesykepleier i barneskolen

Kan du fortelle litt om ditt arbeid i barneskolen?

1. Hva består din arbeidsdag i skolen av?
2. Hvem har du å forholde deg til?
3. Hvor ofte/lenge er du på skolen?
4. Opplever du å ha nok tid til ditt arbeid?
5. Opplever du å være inkludert i skolens fellesskap?
6. Deltar du på møter og planleggingsdager?
7. Opplever du at skolen har kjennskap til din kompetanse?

Psykisk helse

Kan du fortelle litt om psykisk helse i barneskolen?

8. Hvordan opplever du elevenes psykiske helse?

Samarbeid

9. Hvordan opplever du samarbeidet med skolen?
10. Hvordan opplever du samarbeidet med lærere?
11. Hva tenker du er viktig i samarbeidet mellom helsesykepleier og lærer?

Trivsels- og helsefremmende arbeid

Kan du fortelle litt om erfaringer med trivsels- og helsefremmende arbeid i barneskolen?

12. Hva gjør du for å fremme trivsel blant elevene?
13. Hva gjør du for å fremme god psykisk helse blant elevene?
14. Er tiltak satt i gang i samarbeid med skolen?

Forskningsspørsmål: *Hvilke muligheter og begrensninger erfarer helsesykepleiere i arbeidet med å fremme god psykisk helse blant elever?*

Muligheter

15. Hvilke muligheter opplever du å ha som helsesøster i skolen i arbeidet med å fremme god psykisk helse?

Begrensninger

16. Opplever du begrensninger/utfordringer i arbeidet med å fremme god psykisk helse blant elevene?

