

“..litt mer frem med brystkassa for helsesøstre og den jobben de gjør”

Psykisk helsearbeid i skolen:  
Læreres beskrivelser og erfaringer omkring  
helsesøsters rolle og funksjon

Lisbeth Jensen Gallefoss

*Masteroppgaven er gjennomført som ledd i utdanningen ved Universitetet i Agder og er godkjent som del av denne utdanningen. Denne godkjenningen innebærer ikke at universitetet inntår for de metoder som er anvendt og de konklusjoner som er trukket.*

Universitetet i Agder, 2010  
Fakultet for helse- og idrettsfag  
Institutt for psykososial helse



## FORORD

Gjennom dette mastergradsprosjektet har jeg beveget meg både i et jomfruelig landskap og tråkket på kjente stier. Det har gitt erfaringer om hva som kreves både faglig og personlig for å komme i mål. I noen perioder har jeg vært i den berømmelige ”flytsonen”, men jeg har også vært i kontakt med ”dalbunnen”. Totalt sitter jeg igjen med mye lærdom og mange positive opplevelser fra denne reisen.

Først og fremst retter jeg en stor takk til *informantene* som har vært så sjenerøse å meddele tanker og erfaringer som jeg kunne jobbe med, og til *rektorene* som var positive til min forespørsel.

Jeg retter en stor, varm takk til min kjære mann *Frode* og våre flotte jenter *Gina* og *Helene*, for all forståelse og hensynstaking.

Jeg vil takke alle *kolleger* på Sentrum Lund helsestasjon for interessen dere har vist, og at dere har støttet meg i troen på at vi alle gjør en viktig jobb! Helseleder *Torstein Westgaard* ved Sentrum Lund helseenhet i Kristiansand kommune, fortjener en takk for at jeg fikk dekket studiemateriell og delvis lønnet permisjon i siste fase av prosjektet.

Universitetslektor i psykisk helsearbeid *John Olav Bjørnstad* må jeg takke spesielt for støtte og hjelp i en vanskelig avgjørelsesfase tidlig i prosjektet. Førsteamanuensis i psykisk helsearbeid, Phd/Ass Professor *Inger Beate Larsen* og Professor, dr. Polit. *Kjell Kristoffersen* takkes begge for å holde et utmerket faglig undervisningsnivå og for god organisatorisk tilrettelegging i studiet. De tilhører alle Institutt for psykososial helse, Fakultetet for helse- og idrettsfag, Universitetet i Agder.

Sist, men ikke minst vil jeg takke min dyktige og klartenkte veileder, *Anne Brita Thorød*, førstelektor ved Institutt for psykososial helse, Fakultetet for helse- og idrettsfag, Universitetet i Agder. Du har vært uvurderlig i denne prosessen og jeg setter veldig stor pris på deg!

**Denne masteroppgaven dedikeres *Marit* – min sjef og mentale velgjører**

# INNHold

## SAMMENDRAG

## ABSTRACT

1.0 INNLEDNING.....	1
1.1 Bakgrunn for prosjektet .....	1
1.2 Sentrale retningslinjer for helsesøsters oppgaver i grunnskolen .....	2
1.3 Sentrale retningslinjer for læreres oppgaver i grunnskolen .....	3
1.4 Føringer for samhandling omkring elevenes psykiske helse .....	4
1.5 Prosjektets hensikt og problemstilling .....	5
2.0 TIDLIGERE FORSKNING.....	6
2.1 Skolehelsetjenesten og helsefremmende arbeid .....	6
2.2 Organiseringen av det psykiske helsearbeidet for barn og unge .....	7
2.3 Læreres syn på egen rolle relatert til elevenes psykisk helse .....	9
2.4 Helsesøsters og skolehelsetjenestens posisjon i skolen .....	10
3.0 TEORETISK FORANKRING .....	12
3.1 Sosial konstruksjonisme .....	12
3.2 Gergens antakelser omkring sosialkonstruksjonismen .....	13
3.3 Språkskapte virkeligheter .....	13
3.4 ”Handlingsskapte virkeligheter” .....	14
3.5 Relasjonsprofesjoners legitimitet.....	14
3.5.1 Relasjonsprofesjonenes ufordringer i dagens samfunn .....	15
3.5.2 Læreryrkets legitimitetsstatus og profesjonsutøvelse .....	15
4.0 METODE.....	18
4.1 Prosjektets forskningsdesign og metode.....	18
4.2 Prinsipper for utvalg av informanter og utvelgelsesprosedyre .....	18
4.3 Forberedelse og gjennomføring av datainnsamling.....	19
4.4 Analyseprosessen.....	19
4.5 Refleksjoner rundt metode.....	20

4.5.1	Datainnsamlingens troverdighet .....	20
4.5.2	Intern validitet.....	21
4.5.3	Ekstern validitet .....	22
4.6	Forskerrollen .....	22
4.7	Etiske overveielser .....	23
5.0	”INKLUDERT EKSPERT” .....	25
5.1	Helsesøsters kompetanse .....	25
5.2	Ressurs for lærerne .....	29
5.3	Støttefunksjon for elevene .....	31
5.4	Tilfører helseperspektivet inn i samhandlingen.....	33
5.5	Oppsummering.....	36
6.0	”LIKEMANN” .....	38
6.1	Lik rolle.....	38
6.2	Avlaster lærerne .....	41
6.3	Oppsummering.....	42
7.0	”PÅ BESØK” .....	44
7.1	Er der for elevene.....	44
7.2	Manglende informasjon .....	48
7.3	Uinkludert samhandlingspartner .....	50
7.4	Oppsummering.....	52
8.0	”VÆRE DISPONIBEL” .....	54
8.1	Tilgjengelighet og tid.....	54
8.2	Oppsummering.....	57
9.0	OPPSUMMERING OG VURDERING .....	58

REFERANSELISTE.....	63
Vedlegg 1: Intervjuguide .....	66
Vedlegg 2: Informantforespørsel .....	68
Vedlegg 3: Brev til rektorer .....	69
Vedlegg 4: Godkjenning fra NSD .....	70
Vedlegg 5: Prosjektvurdering fra personvernombudet .....	71





## **SAMMENDRAG**

Prosjektets utgangspunkt er elevenes psykiske helse og samhandling mellom helsesøstre og lærere. Undersøkelser viser at det er utfordringer med å få til et godt samarbeid. Hensikten er å få frem ny kunnskap som helsesøstre og helseledere kan bruke til å kvalitetsforbedre samhandlingen. Problemstilling er: ”Hva er læreres beskrivelser og erfaringer omkring helsesøsters rolle og funksjon relatert til elevenes psykisk helse?”

Innsamling av data ble gjort gjennom halvstrukturerte kvalitative intervju av seks lærere fra to ungdomskoler. Samtalene ble tatt opp digitalt, transkribert og bearbeidet via systematisk tekstkondensering. Funnene kan kategoriseres i tre typer roller. ”Inkludert ekspert” betyr at helsesøster er inkludert i skolen som ekspert på fysisk og psykisk helse. Lærerne har i liten grad erfart hennes kompetanse på helsefremmende og forebyggende arbeid, og hun er ikke rutinemessig innlemmet i psykososiale tiltak rettet mot hele elevmassen. Som ”Likemann” regnes hun med på lik linje som lærerne, der rollene innen psykososialt arbeid synes å flyte over i hverandre. ”På besøk” karakteriseres ved at hun jobber med elevene på egen hånd og at hun ikke inkluderes i skolen. Mulige årsaker til lite samhandling er at ingen av partene tar initiativ til det. ”Å være disponibel” trekkes frem for å vise at helsesøsters tidsressurs i skolen innvirker på samhandlingen. Det kan synes som samhandlingen henger sammen med helsesøsters tilgjengelighet, og hvorvidt læreren kjenner til og bruker hennes kompetanse innen både psykisk helse relatert problematikk og det helsefremmende og forebyggende arbeidet.

Nøkkel ord: Psykisk helsefremmende og forebyggende arbeid, lærere, helsesøstre, samarbeid, inkludering, rolledefinerings, tilgjengelighet

## **ABSTRACT**

The background for this project is adolescent mental health and collaboration between school nurses and teachers. Surveys show challenges connected to this kind of work. The intention is to reveal knowledge aiming school nurses and leaders of public health service, for improving the quality of collaboration. The topic is: “How do school teachers describe and experience the school nurse’s acting and role, concerning student mental health service?”

Data material is collected by semi-structured interviews of six teachers practicing in secondary classes. The conversations are digitally taped and systematic text condensation is used for data analysis. The findings can be categorized in different types of roles. “Included expert” means that the school nurse is included as an expert on physical and mental health issues. The respondents have little experience with school nurse’s competence on health promoting and preventive work, and she is not included in psychosocial promoting studentmass actions. As “Peer” she is included on the same level as the teachers, where the roles concerning psychosocial work don’t differ. “Paying visits” is explained by the school nurse working single concerning the students, and the fact that she is not automatically included in the school. None of them taking initiative, might cause little collaboration. “To be available” is pointed out because the school nurse’s time allocated in school health service, matters a lot to the collaboration. It seems that time available, the teacher’s knowledge of the school nurse’s competence on mental health issues, as well as mental health promoting and preventive work, matters to the quality of the collaboration.

Keywords: Mental health promoting and preventive work, teachers, school nurses, collaboration, including, role definition, availability

# 1.0 INNLEDNING

## 1.1 Bakgrunn for prosjektet

Etter mange år som helsesøster i ungdomsskole er jeg nå mastergradsstudent i psykisk helsearbeid. Denne rollen har gitt meg anledning til å fordype meg i både teoretiske og erfaringsbaserte spørsmål omkring min yrkesutøvelse. De ulike vilkårene for barn og unges oppvekst, har både frustrert og engasjert meg. Gjennom utdanning og yrkeserfaring har jeg erfart at det ”reisefølget” barn og unge har med på sin vei, kan gjøre en stor forskjell. Dette reisefølget kan være en forelder, en ungdomsleder, en lærer eller sågar en helsesøster! Mine erfaringer er at de *systemene* som omgir våre barn og unge, også kan gjøre en forskjell. *Skolen* er en faktor i denne sammenheng og dens betydning for hvordan den oppvoksende slekt har det i hverdagen, opptar meg i stor grad.

Samhandling er ”in” for tiden. Det skrives side opp og side ned om dette tema. Blant annet om hvor viktig det er at etatene og nivåene samhandler godt. Dette gjelder også arbeidet med barn og unges psykiske helse, som dette prosjektet omhandler (Sosial- og helsedirektoratet, 2007). I skolen ligger det lite føringer på hvordan det skal arbeides aktivt i relasjon til elevers psykiske helse (Berg, 2005). Helsesøstre er pålagt å jobbe med dette (Sosial- og helsedirektoratet, 2004). For å kunne gi god helsehjelp og sette i verk gode forebyggende tiltak i forhold til disse utfordringene, er skolen en viktig samarbeidspartner for skolehelsetjenesten (Sosial- og helsedirektoratet, 2007). Jeg erfarer at tverrfaglig samarbeid er helt nødvendig for god kvalitet på helsesøsterarbeidet for barn og unges psykiske helse i skolen. Dette understrekes også av Misvær og Haugland (2009).

I mange offentlige dokumenter nevnes viktigheten av tverretattlig samhandling, men forutsetningene for å lykkes og hvordan dette i realiteten skal foregå er lite utdypet. Dette er oppfatninger jeg deler med flere helsesøsterkolleger. Berg er også opptatt av dette i sin bok om psykisk helse i skolen. Hun refererer til oppfordringer om samarbeid mellom skole og skolehelsetjeneste omkring elevenes psykiske helse, uten at det foreligger retningslinjer fra sentralt hold for hvordan dette skal foregå eller struktureres

(Berg, 2005). Jeg har felles erfaringer med helsesøsterkolleger om at samarbeidet med ansatte i skolen ikke alltid går knirkefritt. En faktor av betydning for samhandlingsklimaet, kan være den begrensede tid helsesøstre har i skolen. I tillegg kan det innvirke at de er ansatt i helseetaten, men i praksis jobber på en arbeidsplass de formelt ikke tilhører. Lærere er ansatt i skole har opplæring som sin primære oppgave. Det kan derfor hende at disse profesjonsgruppene har ulik forståelse av hverandres rolle og funksjon i samhandlingen.

Glavin og Erdal poengterer at det må settes av tid til å få kjennskap til hverandres kompetanse og ansvarsforhold når tverrfaglig samarbeid skal utøves i praksis (Glavin & Erdal, 2007). Jeg har erfart viktigheten av dette, og vil nå utforske det jeg anser som et viktig moment for å få til et godt samarbeid mellom lærere og helsesøster. Jeg ønsker å få mer innsikt i læreres tanker og meninger om helsesøsters rolle og funksjon i skolen. Før jeg går videre inn på problemstillingen, kan det være på sin plass å klargjøre sentrale bestemmelser og føringer som ligger til grunn for både helsesøsterfunksjonen og lærernes oppgaver.

## **1.2 Sentrale retningslinjer for helsesøsters oppgaver i grunnskolen**

Skolehelsetjenestens organisering og innhold er lovfestet gjennom helsetjenestens lovverk. Kommunehelsetjenesteloven sier at skolehelsetjeneste skal tilbys alle elever i grunnskoler og videregående skoler. Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten regulerer tjenestens innhold. Tjenesten må også være kjent med og forholde seg til en rekke lover og forskrifter som er med å regulere barn og unges rettigheter. Veiledere, generelle retningslinjer og kommunale planer er også bestemmende for hva arbeidet skal bestå i (Misvær & Haugland, 2009; Sosial- og helsedirektoratet, 2004).

I følge Sosial- og helsedirektoratets veileder, er skolehelsetjenestens oppgave blant annet fremming av elevenes psykiske helse samt forebygging av psykisk sykdom og skade så tidlig som mulig. Skolehelsetjenesten skal være tilstede i skolen for at barn, unge og foreldre kan komme med sine bekymringer eller problemer, samt arbeide for en

positiv styrking av foreldrerollen. Nettverks skapende og annet psykososialt miljørettet arbeid, samt å bidra til å fremme elevenes læringsmiljø er også en av oppgavene. Skolehelsetjenesten skal være pådriver for tidlig intervensjon når vansker avdekkes, og delta i og koordinere samarbeid med andre instanser både i og utenfor kommunen (Sosial- og helsedirektoratet, 2007).

Skolehelsetjenesten skal jobbe med forebyggende og helsefremmende tiltak for en best mulig fysisk og psykisk helse blant elevene. Helsesøster er her gitt en sentral rolle med sin videreutdanning i helsefremmende og forebyggende arbeid, blant annet bestående i forebyggende psykososialt arbeid. Hun skal utøve sin virksomhet i samsvar med sin autorisasjon, etterutdanning og erfaring, og hun skal henwise videre når egne faglige begrensninger tilsier det. Forsvarlig yrkesutøvelse omhandler blant annet bevissthet omkring egne kvalifikasjoner og rolle, samtidig med innsikt i samarbeidspartneres kvalifikasjoner og respekt for deres rolle (Misvær & Haugland, 2009).

### **1.3 Sentrale retningslinjer for læreres oppgaver i grunnskolen**

Grunnskoleloven og den tilhørende formålsparagrafen er lovgrunnlaget for lærernes yrkesutøvelse. Læreplanverket er lov hjemlet og gjør nærmere rede for mål og prinsipper for opplæringen. Både kommunen, skoleledelsen og skolens personell har enkeltvis og samlet et ansvar for å følge læreplanene. Læreplanverket er tredelt og består av den generelle delen, grunnskoleopplæringens retningslinjer og de enkelte fagplaner (Berg, 2005; Kirke- utdannings- og forskningsdepartementet, 1996).

Grunnskoleopplæringen skal bidra til å ruste barn og unge til å mestre livets oppgaver. Formålsparagrafen sier at opplæringen skal tilpasses det enkelte individ ved å ta hensyn til elevens egne ressurser og personlige forutsetninger. Skolen må forholde seg til stadige omstillingsprosesser i takt med skiftningene i barn og unges levekår, og de krav til opplæringens innhold og kvalitet som samfunnet krever. Skolene har et eget ansvar for å gjennomføre opplæringen innenfor rammen av læreplanverket, og samtidig tilpasse dette til de lokale forhold. Arbeidet krever samarbeid og evne til å utøve faglig

skjønn, både hos skoleledelse og den enkelte lærer (Kirke- utdannings- og forskningsdepartementet, 1996).

#### **1.4 Føringer for samhandling omkring elevenes psykiske helse**

I veilederen Psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene tydeliggjøres skolens oppgaver. Blant annet skal skolen aktivt og systematisk arbeide for å fremme et godt psykososialt miljø, for at hver elev skal få mulighet til å oppleve trygghet og sosial tilhørighet. Det står videre at skolen skal være arena for forebyggende og helsefremmende tiltak og legge til rette for et godt og inkluderende læringsmiljø. Lærerne skal ha øye for elever som viser bekymringsfull atferd og melde dette videre til rette person. Det skal også varsles og settes i gang tiltak overfor mobbing, vold og diskriminering. Barn med særskilte behov skal få tilrettelagt undervisning. Skolen skal samarbeide med elever, foreldre og andre aktuelle kommunale instanser om utforming av skolemiljøet. Lærerne oppfordres til å ha fokus på elevenes psykiske helse og hva som fremmer den, blant annet gjennom å samhandle med andre faginstanser. Skolehelsetjenesten nevnes som en viktig samarbeidspartner og rådgivningsinstans for skolen i dette arbeidet (Sosial- og helsedirektoratet, 2007). Videre er det laget flere opplæringsprogram som retter seg mot både elever og lærere, hvor fokus blant annet er å gi økt kunnskap om psykisk helse og hva som er med å fremme den. Skolehelsetjenesten nevnes også her som en viktig samhandlingspartner og ressurs i både opplæringsprogrammene og i flere av tiltakene, der blant annet Opptappingsplanen for psykisk helse er sentral (Andreassen, 2008; Berg, 2005; Nordahl & Manger, 2005; Sosial- og helsedirektoratet, 2003, 2007, 2008).

I styringsdokumenter og veiledere for skolen og faggruppen lærere finner jeg ingenting som direkte omhandler samhandling med helsesøster eller skolehelsetjenesten. I veilederen som omhandler utvikling av sosial kompetanse i skolen, står kun PPT nevnt som lokal samarbeidspartner for skolen i dette arbeidet. I den samme veilederen poengteres at en felles forståelse blant personalet for det mangesidige livet på en skole, er en sentral forutsetning for å skape en god skole. For å utvikle en god sosial læreplan er det viktig at den baseres på en kollektiv aktivitet der alle skolens ansatte er involvert (Utdanningsdirektoratet, 2007). Således kan det tolkes at lærere ikke har noen særskilte

styringsdokumenter å forholde seg til når det gjelder samarbeid med helsesøster. Det kan heller forstås som de oppfordres til, snarere enn å pålegges et samarbeid med skolehelsetjenesten (Sosial- og helsedirektoratet, 2007, 2008).

Helsesøster har tydelige føringer om å samarbeide med skolen i relasjon til sine oppgaver. Det ligger for så vidt i kortene at et samarbeid med skolen er nødvendig for å kunne skjøtte rutineoppgavene. Men samarbeidet er ment å innbefatte mer enn dette. I Forskrift 2003-04-03 nr 450 står det nevnt flere steder at skolehelsetjenesten skal arbeide i et tverrfaglig samarbeid omkring elevenes trivsel, helse og sikkerhet. Det nevnes særskilt at det skal samarbeides med skolens personell når det gjelder elevenes psykososiale miljø. Helsetilsynet gir klare påpekninger i sitt rundskriv IK-33/95 om at skolehelsetjenesten skal jobbe målrettet og systematisk med aktuelle samarbeidspartnere, deriblant anses skolens personell som sentrale (Helse- og omsorgsdepartementet, 2003; Helsetilsynet, 1995). Dette er vesensforskjellig fra hva lærerne forholder seg til.

## **1.5 Prosjektets hensikt og problemstilling**

Siden det ikke foreligger noen bestemmelser om at lærere *skal* samarbeide med helsesøster, så kan det være interessant å få frem hvordan helsesøsterprofesjonens rolle og funksjon forstås av representanter for lærerprofesjonen. Denne kunnskapen vil være av verdi for helsesøstre og ledere av helsetjenesten, og informasjonen som fremkommer vil kunne brukes til å kvalitetsforbedre samarbeidet omkring elevenes psykiske helse i skolen. Forhåpentligvis vel det til syvende og sist komme målgruppen til gode. Problemstillingen er da følgende: **Hva er læreres beskrivelser og erfaringer omkring helsesøsters rolle og funksjon relatert til elevenes psykisk helse?**

## **2.0 TIDLIGERE FORSKNING**

Til tross for at skolehelsetjenesten har vært inne i skolen i mange år, finnes det relativt lite forskning som belyser relasjonen mellom lærere og helsesøstre, og definitivt ikke hvordan helsesøsterrollen beskrives av lærere. Jeg har derfor ikke lyktes å finne empirisk forskning som kan sammenliknes direkte med tema for prosjektet. Dog finnes det materiale som tangerer emnet, som vil brukes for å gi perspektiver på det problemstillingen tar opp.

### **2.1 Skolehelsetjenesten og helsefremmende arbeid**

I en artikkel presenterer Hjälmhult (2002) hvordan et tiltaksprosjekt i helsefremmende arbeid påvirker samarbeidet mellom helsesøstre og lærere ved ulike norske skoler. Bakgrunnen er Stortingsmelding nr 37 som vektlegger betydningen av et nært samarbeid mellom blant annet skole og skolehelsetjeneste, og at det forutsetter gode, etablerte relasjoner mellom samarbeidspartene. Hjälmhult refererer videre til at det i Norden finnes lite forskning på rollen som skolehelsepersonellet har i helsefremmende arbeid og likeledes samarbeid mellom skolehelsetjenesten og skolen.

Tiltaksprosjektet Helsefremmende skoler (HEFRES) ble startet på 1990-tallet og involverer førti europeiske deltakerland som deltar med ti skoler hver. HEFRES har følgende felles mål: ”å oppnå god helse og sunn livsstil for alle på skolen ved å utvikle støttende miljø som fremmer helse”. En tidligere kartlegging av de norske skolene som er med i HEFRES-prosjektet (Hjälmhult, Wold & Samdal, 1996 i Hjälmhult, 2002), viste at flere av skolene etterlyste en mer synlig skolehelsetjeneste til stede i skolen. Mye av helsesøsters tid gikk med til rutinearbeid og enkeltsaker, og det var liten tid til generelt helsefremmende og forebyggende arbeid. Lærene svarte at de samarbeidet mest med skolehelsetjenesten i forhold til enkeltelever, og sjeldent i saker av allmenn karakter. Fem av ti HEFRES-skoler deltok i den kvalitative intervjuundersøkelsen Hjälmhult refererer til her. Data ble hentet gjennom intervju av helsesøstre og skolekoordinatorene i prosjektene, og tema var erfaringer og opplevelser fra samarbeidet mellom skole og skolehelsetjeneste.



Resultatanalysen viser fire utviklingsforløp i samarbeidsprosessen. Det ene var en positiv utvikling. Her var partene opptatt av å fremheve hverandres initiativ og kompetanse, og skolen anså helsesøster som en nødvendig ressurs både som samtalepartner og at hun var tilgjengelig i skolemiljøet også for lærerne. Videre ble det fremhevet at felles planarbeid var et godt redskap for å synliggjøre helsesøsters funksjon som kompletterende til virksomheten i skolen. Det ble også poengtert at bevisstgjøring på inkludering av helsesøster i skolen var svært viktig for samarbeidsprosessen. Det andre forløpet var stagnasjon. Dette ble forklart med at helsesøsters tid i skolen var for knapp, men at også lærerne hadde for små tidsressurser. Tredje form var en negativ utvikling av samarbeidet. Årsaker var at helsesøster ikke ble involvert i samarbeidet selv om hun aktivt tilbød dette, eller at forventninger om å bli kontaktet som samarbeidspartner ikke ble innfridd. Helsesøsters opplevelse av å være utenfor som samarbeidspartner ble forsterket når hun ikke ble inkludert i skolens aktiviteter, og det førte til at hun fikk en mer defensiv holdning. Det fjerde utviklingsforløpet var fullstendig mangel på samarbeid. For skolen følte det ikke naturlig å tenke på samarbeid med helsesøster i HEFRES, og det var alt for mye arbeid å skulle inkludere henne skolens planlegging. En helsesøster uttrykte at hun samarbeidet lite med skolen fordi lærerne ikke viste interesse for skolehelsetjenesten. Oppsummert er samarbeidet avhengig av skolens inkludering av helsesøster og hvor tilgjengelig helsesøster er (Hjälmhult, 2002).

## **2.2 Organiseringen av det psykiske helsearbeidet for barn og unge**

Norsk institutt for by- og regionsforskning har laget et notat fra en studie av organisering og samarbeid i syv kommuner relatert til psykisk helsearbeid (Myrvold & Helgesen, 2009). Notatet er en del av rapporteringen fra prosjektet "Evaluering av Opptrappingsplanens effekter på kommunenes organisering av psykisk helsearbeid". Utgangspunktet for notatet er spørsmål om hvilken betydning organisering av det psykiske helsearbeidet har for det arbeidet som drives. Det fokuseres på sammenheng mellom organisasjonsmodellen og kommunens evne til å samordne et helhetlig tilbud til innbyggere med psykiske helseproblemer.

Data er hentet fra syv kommuner ved å intervju 46 ansatte innen forskjellige faggrupper og stillingstyper, som alle jobber med psykisk helsearbeid. Dette gir kunnskap om hvordan noen kommuner arbeider med Opptappingsplanen, men er ikke representativt for alle landets kommuner.

Under gjennomgang av statusen på Opptappingsplanen i 2002, ble det klart at det var behov for å øke satsningen på barn og unge, derfor skulle 20 prosent av midlene gå til styrking av det psykiske helsearbeidet blant barn og unge. Funnene fra studien viser at dette arbeidet i stor grad i varetas innenfor de etablerte tjenestene. Kommunene har ikke dannet noen nye organisasjonsmessige strukturer rundt arbeidet. Felles for kommunene er at det nå oppleves økt interesse for og oppmerksomhet rundt arbeidet med barn og unges psykiske helse.

En kvantitativ kartlegging i forbindelse med prosjektet viser at i all hovedsak er psykisk helsearbeid blant skoleelever forankret i helsesøstrenes arbeid i skolene og ved helsestasjon for ungdom. Barnevernet er ganske mye involvert, PP-tjenesten noe svakere, mens bare en tredjedel svarer at skolene og barnehagene er sentrale i dette arbeidet (Myrvold, 2005 i Myrvold & Helgesen, 2005). I intervjuundersøkelsen peker flere informanter på at det kan være vanskelig å få gjennomslag for prioritering av forebyggende psykisk helsearbeid. De mener dette er fordi slikt arbeid er lite synlig og vanskelig å måle. I tillegg kommer behovet for "brannslukking" av de mange enkeltsakene og andrelinjetjenestens dårlige kapasitet. Dette fører til at kommunene selv må drive behandling, og på grunn av dette er forebyggende arbeid vanskelig å realisere (Myrvold & Helgesen, 2005).

Helsesøstre som jobber i skole gir klart uttrykk for at de trenger et nært samarbeid med skolene og legene for å få til et effektivt og godt tilbud. På spørsmål om lærerne, som til daglig arbeider nærmest barn og unge står bedre rustet til å håndtere problemstillinger knyttet til elevenes psykiske helse, så er svaret et klart nei. Det nevnes at grunnene kan være at skole og skolehelsetjeneste har valgt ulik organisering av samhandlingen, og dels at personlig engasjement blant helsesøstre og lærere varierer. Inntrykket er at undervisningssektoren og helsesektoren flere steder utgjør separate

verdener. Begge grupper relaterer seg til elevene, men lite til hverandre og driver med hver sine oppgaver på skolen. Det synes ikke som lærerne er uinteressert i elevenes psykiske helse, men de makter ikke å utnytte den ressursen de har i helsesøsterens kompetanse til å kunne styrke sine kunnskaper omkring emnet.

Ut fra konklusjonene gis det noen særskilte anbefalinger til kommunene når det gjelder det psykiske helsearbeid rettet mot barn og unge: Det er viktig å holde et fokus på dette, selv når kommuneøkonomien er presset. Arbeidet må forankres på en klar og entydig måte ved styrking av lærernes kompetanse på å fange opp symptomer og faresignaler, samt hvor søke hjelp på et tidlig stadium. Her anbefales det at helsesøster får en mer aktiv rolle ved å gi kurs og informasjon til lærerne (Myrvold & Helgesen, 2005).

### **2.3 Læreres syn på egen rolle relatert til elevenes psykisk helse**

I sin masteroppgave ser Andreassen (2008) på lærerne som ressurs i et forebyggende psykisk helseperspektiv. Bakgrunn for prosjektet er kommunenes ansvar for å iverksette forebyggende tiltak for å hindre psykiske vansker hos barn og unge. Forfatteren kommenter at de opplæringstilbud som gis til lærere omkring psykisk helse i skolen, viser seg å bli dårlig fulgt opp av skolens ledelse. Hun mener også at det er et for dårlig tilbud innen BUP-systemet, slik at skolene blir sittende med mye av ansvaret for de elevene som sliter. Når det gjelder forebyggende arbeid, sier forfatteren at skolen er den offentlige instansen som kommer tettest inn på barnet, og derfor vil læreren spille en sentral rolle i forebyggende psykisk helsearbeid. Videre sier hun at et nært samarbeid mellom lærere og profesjoner i første- og andrelinjetjenesten, vil gjøre oppgaven lettere når barn i risikozonen skal fanges opp.

Tema i undersøkelsen er hvordan lærere opplever sin rolle overfor barn som utsettes for påkjenninger og om læreren klarer å identifisere barn i risikozonen. Data ble samlet inn ved dybdeintervju av 3 lærere fra samme barneskole. Under temaet "lærerrollen og dens støttespillere" sier lærerne at de opplever risikoutsatte elever som en spesiell utfordring for dem i deres arbeid, og de mener ikke å kunne løse dette alene. Når det gjelder samarbeid med helsesøster i det forebyggende psykiske helsearbeidet, så fortrekker de ikke å bruke henne. Den viktigste årsaken mener de bunner i at hun er for lite

tilgjengelig, og at hennes tid på skolen i hovedsak brukes til konsultasjoner. Dessuten nevner forfatteren selv at helsesøstre etterspør mer kompetanse innen psykisk helse feltet, og hun stiller spørsmål ved om helsesøstre kan møte slike problemstillinger relatert til barn og unge. Når det gjelder eksterne instanser slik som PP-tjenesten, barne- og ungdomspsykiatrien og barnevern, så mener flere at systemet er for byråkratisk og har for liten kapasitet samt gir dårlige tilbakemeldinger. De mener at lærerne ofte vil sitte igjen med ansvaret.

Forfatteren konkluderer undersøkelsen med at lærerne ser på seg selv som en stor ressurs med tanke på at de kan fremme psykisk helse hos risikoutsatte elever. De ønsker bedre rammer for å imøtekomme denne utfordringen, gjennom økte ressurser og kompetanseheving (Andreassen, 2008).

Dette prosjektet sier noe om hva tre lærere i barneskole tenker omkring sin rolle i forhold til å fremme psykisk helse hos elever i risikozonen. De anser ikke helsesøster som noen viktig ressurs for seg og sin faggruppe i dette arbeidet. Det kan synes som helsesøster ved denne skolen ikke innehar en rolle som nær samhandlingspartner, og at noe av årsaken ligger i at lærerne anser henne som lite tilgjengelig. Helsesøsters tidsressurs på skolen er ikke nevnt. Siden datamaterialet er basert på intervju med lærere i en barneskole, kan det tenkes at det ikke er overførbart til ungdomsskole. Men det kan gi noen innspill til hvordan helsesøsters rolle i skolen kan betraktes fra læreres synsvinkel.

## **2.4 Helsesøsters og skolehelsetjenestens posisjon i skolen**

Armstrong (2004) ser på helsesøsters rolle i den australske skolen og hvordan denne funksjonen blir verdsatt av det australske helsedepartementet. Innledningsvis nevner forfatteren at alle skolebarn kan dra fordeler av forebyggende helsearbeid, og at noen barn i tillegg vil ha behov for spesiell oppfølging. Helsesøstre som jobber i skolen har en viktig funksjon i dette arbeidet. Jobben karakteriseres som variert og med et stort ansvar. Noen skoler har inkludert helsesøster som en del av sin stab. Hun ses på som en ressurs knyttet til både pensumundervisning, og som veileder for lærere omkring

helserelevante spørsmål i forhold til elevene. Forfatteren viser til en undersøkelse hvor det fremkommer at helsesøstre i skolen er en verdifull ressurs, men at skolen har undervurdert dette potensialet (Education Department and Health Department of Western Australia, 2000 i Armstrong, 2004). Det nevnes at utdanningsdepartementet reagerte med overraskelse på det som fremkom når det gjelder omfanget av arbeidet helsesøster gjør. Artikkelen konkluderer med å trekke frem viktigheten av den kunnskap omkring holistisk og systemisk tenkning som helsesøstre besitter, og at dette er viktig for å kunne se elevene i et utvidet perspektiv. Hun anses å være en viktig kunnskapsformidler omkring helsefremmende og forebyggende tema, både til elever, lærere og foresatte. Avslutningsvis kommer det frem at noen skoler har ønsket mer av denne kompetansen, og at de har ansatt helsesøstre i skolen som rådgivere i helsespørsmål (Armstrong, 2004).

En amerikansk undersøkelse om kvalitetssikring i skolehelsetjenesten understøtter Armstrong det referer til. Resultatene peker på at den kunnskap og rolle helsesøster står for i det helsefremmende og forebyggende psykiske helsearbeidet i skolen, er viktig. Kompleksiteten i mange av elevenes problemer, krever en kunnskap som ser den enkelte elev i et systemisk og kontekstuel perspektiv. Dette fremheves i artikkelen som en viktig del av skolehelsesøstrenes kompetanse (Newell, Schoenike, & Lisko, 2003).

### 3.0 TEORETISK FORANKRING

Jeg belyser sider av det som fremkommer gjennom sosialkonstruksjonisten Kenneth Gergens betraktninger, samt sosiologiske aspekter ved læreryrkets legitimitetsstatus og profesjonsutøvelse fra antologien til Moos, Krejsler & Fibæk (2008).

#### 3.1 Sosial konstruksjonisme

Sosialkonstruksjonismen befatter seg ikke med de klassiske diskusjonene om hvorvidt virkeligheten oppleves objektivt eller subjektivt. Teorien trekker frem det den mener er et tredje selvstendig fenomen som kan beskrive hva som er sant og virkelig, og det er den sosialt konstruerte virkelighet.

Den sosiale virkelighet rommer flere komponenter. Det hevdes at subjekter og objekter ikke har mening i seg selv, men er et resultat av *relasjoner*. Således betraktes relasjoner som forut for alt som eksisterer for oss. Mening blir til gjennom stabilisering og utbredelse av relasjoner mellom subjekter eller mellom subjekter og objekter. Sosialkonstruksjonismen betrakter enhver relasjon som utgangspunkt for konstruerte virkeligheter, hvilke blir til som resultat av menneskelig aktivitet.

En annen viktig komponent er *sosiale konvensjoner*. De kan forstås som regler for interaksjon mellom subjekter eller mellom subjekter og objekter, og de beskriver meningsinnholdet som knytter seg til et bestemt sett av relasjoner. Begreper som kultur, viten, regler for praksis, institusjoner, ritualer, tradisjoner, normer, prosedyrer, roller, er alle betegnelser på sosiale konvensjoner. Mange sosialkonstruksjonister regner språket blant de viktigste sosiale konvensjoner, fordi det er sentralt i både kulturen, vitens- og livsformene. Interessen dreier seg i særlig grad om språkets betydning for hvordan den sosiale virkelighet konstrueres i form av både ord og begreper.

Et annet sentralt punkt i sosialkonstruksjonismen er *radikal pluralisme*. Innen rammene for den sosiale virkelighet finnes det potensielt uendelig mange forskjellige beskrivelser for enhver tilstand. Alle sosiale beskrivelser kan i prinsippet være like riktige. Den

sosiale virkelighet spiller hele tiden sammen med den fysiske, poenget er bare at den fysiske virkelighet ikke behøver å beskrives på en bestemt måte.

*Det kritiske* begrep er den siste komponenten, og henspiller på at ”det virkelige” er et produkt av menneskelig praksis. Man snakker ikke om at det *er* en virkelighet, men om konstruksjon av den. Begrepet er knyttet til at innen et sosialt fellesskap finnes det taus kunnskap eller ”selvfølgelige” normer, som kan danne grunnlaget for praksis. Dette er ofte seiglivede sannheter som kan være nyttig å reflektere over, siden de kan skygge for andre måter å betrakte virkeligheten på (Esmark, Bagge Laustsen, & Åkerstrøm Andersen, 2005).

### **3.2 Gergens antakelser omkring sosialkonstruksjonismen**

Selv om man innen sosialkonstruksjonismen er lite opptatt av å definere sannheter, så mener sosialpsykologen Kenneth Gergen at det kan være nyttig å betrakte visse antakelser som sentrale for denne type virkelighetssyn. Han poengterer at ingen tolkning av et fenomen har fortrinnsrett fremfor et annet, og at det finnes ubegrensede karakteristikkmuligheter. Forståelsen av oss selv og verden omkring er blitt til gjennom sosiale prosesser, der teorier og begreper får verdi gjennom kontekstuell erfaring. Teoretiske forklaringer på hvordan verden ser ut, kan endre seg uavhengig av beskrivelser av verdens fenomener og vice versa. Innen vitenskapelig metodologi betyr det at ingen beskrivelse eller forklaring er mer objektiv enn en annen, og kan kun verifiseres ved å sees i sammenheng med sosiale systemer. Videre sier han at språket er meningsdannende gjennom relasjonelle prosesser og kulturelle forståelsesrammer. Gjennom dialog og evne til overordnet perspektiv, er det mulig å finne fellesfaktorer for de forskjellige forståelsesrammer både i form av ord og praksisformer. Slik kan fellesskaper som ellers har vært fremmede for hverandre, oppleve å henge sammen (Gergen, 2005).

### **3.3 Språkskapte virkeligheter**

Gergen regnes for å være noe kontroversiell innen sosialkonstruksjonismen, fordi han i større grad vektlegger språkets betydning og hvordan det brukes i praksis (Alvesson &

Sköldberg, 2008; Esmark et al., 2005). Han sier at ord og språkstruktur er med å definere og opprettholde relasjoner innen eksempelvis forskjellige sosiale grupper eller profesjoner. Man kan ikke fristille seg fra språket og betrakte verden enten objektivt eller subjektivt, for språket er interaktivt og alltid tilstedeværende. Når man skal prøve å forstå et mellommenneskelig fenomen, må det fokuseres på språket i det aktuelle fellesskapet. En felles virkelighet oppleves når vi koordinerer våre ord og handlinger i sosialt aksepterte mønstre. Sett i et sosialkonstruksjonistisk perspektiv, gir et ord forskjellige meninger relatert til de tradisjoner bruken av ordet inngår i. Men en refleksiv holdning inn i dette interaktive rommet, vil man kunne se flere mulige ”virkeligheter” (Gergen, 2005, 2009).

### **3.4 ”Handlingsskapte virkeligheter”**

Gergen forfekter at kunnskap aldri er abstrakt, objektiv og absolutt. Den er bundet til menneskelig handling og den aktuelle setting. Denne antakelsen om at konstruksjon av virkeligheter skjer gjennom sosiale prosesser, kaller jeg ”handlingsskapte virkeligheter”. Gergen sier at det ikke finnes noen Sannhet med stor S, men bare de lokale som er blitt til gjennom sosiale prosesser. Sosialkonstruksjonismen sier at ordene våre som regel er nedfelt i våre handlinger. Det betyr at det språket vi anvender, er innlemmet i bredere handlingsmønstre. Gergen kaller dette livsformer. Han eksemplifiserer ved å si at yrkesgrupper er identisk med forskjellige livsformer. Det lokale språket holder en livsform sammen. Slik dannes også grensene for hva som hører inn under den enkelte livsform (Gergen, 2009).

### **3.5 Relasjonsprofesjoners legitimitet**

Moos et al., (2008) definerer relasjonsprofesjoner som faggrupper med relasjoner til andre mennesker som en sentral del av arbeidet sitt. Pedagog-, sosial- og helsefagutdannelsene hører inn her. Relasjonsprofesjonene har blant annet sitt virke i kommunene og betjener ofte de samme brukerne, slik som lærere og helsesøstre i skolen gjør. I takt med moderniseringen av den offentlige sektor med flere faggrupper, er enkelte arbeidsoppgaver som før var forbeholdt spesifikke profesjoner, ikke lenger en like selvfølgelig praksis. Derfor kan det være et behov for relasjonsprofesjonene å kunne bevise din berettigelse i den offentlige sektor.



### **3.5.1 Relasjonsprofesjonenes utfordringer i dagens samfunn**

Det ligger sentrale og lokale føringer om at de forskjellige faggruppene skal kunne samarbeide om løsning av felles problemer. For å kvalitetsforbedre dette, legges det opp til felles videreutdanninger for flere av disse profesjonene. Selv om intensjonen er god, så kan det i følge forfatterne føre til utilsiktede problemer å være opptatt av at relasjonsprofesjonene skal utvikle likhetstrekk, fordi dette kan svekke den enkelte profesjons integritet.

Det moderne samfunn har utviklet seg, og man ser endrede krav til blant annet relasjonsprofesjonene. Man må vise til faglig autonomi, og kunne formidle den i praksis. Samtidig forutsettes kapasitet til å tilpasse seg stadige omstillinger og ha evne til fleksibilitet. Likeledes må den profesjonelle kunne forholde seg til en faglig tradisjon som er under stadig forandring og mer mangfoldig.

Forfatterne nevner at i et sosialkonstruksjonistisk perspektiv, kan en profesjons forståelse av seg selv og sin relasjon til andre profesjoner aldri være nøytral. Man må blant annet trekke inn hvilke samfunnsmessige og kulturelle sammenhenger som påvirker våre oppfattelser av oss selv og en annen profesjon. I denne sammenheng nevnes at det er viktig for relasjonsprofesjonene å utvikle et felles språk, for å vise hva de er særlig dyktige til. De kan ellers lett fremtre som mindre kompetente enn de egentlig er, i den offentlige diskurs. Det handler om både å kunne differensiere seg fra en annen relasjonsprofesjon ved å vise til egen fagkompetanse, men også å kunne legitimere sin berettigelse gjennom fellesskap med andre relasjonsprofesjoner. Derfor er det viktig at disse profesjonene har et felles forståelsesgrunnlag (Moos et al., 2008).

### **3.5.2 Læreryrkets legitimitetsstatus og profesjonsutøvelse**

Når det gjelder læreres posisjon i dagens pluralistiske samfunn, så mener Krejsler i Moos et al., (2008) at den er blitt stadig mer komplisert. Nå finnes det mange flere mulige "sannheter", og tilgang på informasjon er uendelig. Profesjonen har ikke lengre den samme "ekspertstatus" i dagens skole. Derfor må læreren i prinsippet kunne

begrunne hvert eneste valg som gjøres, i takt med de krav som elever, foreldre, skoleledelse og samfunnet ellers stiller.

Den sterkt voksende individualiseringen i skolen har gjort at læreren har et motsetningsfullt spillerom for sin profesjonelle yrkesutøvelse. På den ene siden skal han tilpasse seg elevenes selvbestemmelsesrett og økende demokratisering av skolen. I tillegg skal han inneha en viten som ikke hvem som helst har. Derfor er det, i følge forfatteren, viktig for læreren å kunne legitimere sin profesjonalitet. Blant annet handler det om å begrunne hvordan undervisning utøves. Lovverket sier noe om hva som skal læres, men ikke *hvordan* det skal gjøres. Her står læreren temmelig fritt. Den uskarpe isolasjon av lærerrollen gjør at en lærer har store variasjonsmuligheter i sin yrkesutøvelse. I en ende av skalaen skal han forholde seg konformt og rette seg etter de krav som settes, og i den andre enden skal han være ”maskert ulydig” og utnytte friheten til det ytterste i sin yrkesutøvelse. Forfatteren hevder at den personlige lærerrolle er dermed blitt en nødvendighet, nettopp for å kunne konkretisere egen profesjonsutøvelse.

I kjølvannet av skolens demokratisering har også andre grupper gjort sitt inntog i skolen, slik som foreldre, assistenter og andre profesjonelle. Tidligere kunne læreren utøve sin solopraksis i klasserommet sammen med sine elever. Nå stilles det krav til hans vilje og evne til blant annet å jobbe i team og å utøve sin profesjon i samhandling med andre, slik som kolleger og hjelpeinstanser.

Demokratiseringstendensen har også ført til et økende krav til skolen som institusjon i samfunnet. I følge Krejsler i Moos et al., (2008) ligger det et press på skolen fra ulike interessenter, slik som politikere, offentligheten, forvaltningen, foreldre og elever. ”Alle” har en mening om skolen og den strever med å tilfredsstille forventningene. Han mener at skolen må bort fra kravet om å fastholde en general-kompetanse på all type kunnskap og ferdigheter, slik det kreves hvis skolen skal holde tritt med elevenes ulike interesser og utgangspunkt. Han mener at skolen og lærerne i stedet må fokusere på prosesser som karakteriserer god læring og representere noe som er annerledes enn elevenes individuelt opplevde verdener. Forfatteren mener at legitimering og

avgrensning av profesjonen fordrer at læreren har kompetanse på følgende felt: Han må kunne vise elevene vei inn skolens annerledesverden av mening, sørge for at skolen gir elevene forutsigbarhet samt trygge rammer, og ved hjelp av sin personlige stil må han gi elevene vekstmuligheter og være en god rollemodell i forhold til å omgås og håndtere sin egen vilje (ibid).

## **4.0 METODE**

### **4.1 Prosjektets forskningsdesign og metode**

Problemstillingen fokuserer på forståelse av individers beskrivelser og meninger omkring aktuelt tema, og til dette formål passer kvalitativ forskningsmetode. For å fremskaffe egnet datamateriale, har jeg foretatt individuelle dybdeintervju. Metoden er godt egnet som redskap for informasjon omkring hvordan mennesker forstår kvalitetene ved et fenomen (Ryen, 2002), slik jeg ønsker å få frem i mitt prosjekt.

### **4.2 Prinsipper for utvalg av informanter og utvelgelsesprosedyre**

Informantene skal være typiske representanter for den gitte sammenheng det skal forskes på (Fog, 2004). Problemstillingen tilsier at dette er lærere. Prosjektet har et kort tidsaspekt, derfor er utvalget kun på seks informanter. For å sikre en viss grad av varians og samtidig få gruppens erfaringsgrunnlag så homogent som mulig, skaffet jeg tre informanter fra henholdsvis en stor og en liten ungdomsskole. Ingen kriterier ble satt for hvilken type erfaring informantene måtte ha i forhold til helsesøster. Men ved å intervju kontaktlærere og sosiallærere, ville jeg med stor sikkerhet å få relevante data i forhold til problemstilling.

Utvelgelse av informanter startet ved å skaffe oversikt over alle ungdomsskolene i den kommunen hvor jeg er ansatt. Disse ble delt i to grupper etter selvvalgte kriterier for lite og stort elevtall. To av skolene ble utelatt på grunn av min nære kjennskap til de ansatte der. Alle skolene i hver gruppe fikk et tall. En person ble bedt om å velge to tall blant sifrene i nummereringen min, og slik ble de to skolene valgt ut. Godkjenning fra Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD) forelå, og jeg sendte en skriftlig forespørsel til rektorene ved skolene. Etter en tid tok jeg muntlig kontakt, og ble møtt med svært positiv respons. Rektorene forespurte sosiallærer og to kontaktlærere på sine respektive skoler, og var således de eneste som hadde befattning med informant utvelgelsen. Samtlige lærere svarte ja med en gang. De ble forelagt informantskrivet av rektorene, og jeg tok så kontakt med de aktuelle.

Hos informantene, som også betegnes lærere, er begge kjønn representert. Av anonymiseringshensyn og praktiske grunner, benevnes lærerne *han* og helsesøstre *hun*.

### **4.3 Forberedelse og gjennomføring av datainnsamling**

På forhånd gav jeg all nødvendig informasjon og innhentet skriftlig samtykke. Informantene fikk skriftlig og muntlig orientering om prosjektets tema, men ikke hvilke emner jeg ønsket å ta opp under intervjuet. Jeg presiserte reservasjonsretten, for å klargjøre prinsippene for deres deltakelse. Praksis for oppbevaring av data under forskningsprosessen og konfiskering i etterkant ble tydelig presisert.

Intervjuene, som hadde samtaleform, tok en drøy time av informantenes arbeidstid og foregikk på arbeidsplassen. I forkant ble de informert om praktiske forhold omkring opptaket. Det ble brukt en halvstrukturert intervjuguide og enkelte notater ble tatt underveis. Tema for samtalene, som ble endret noe i løpet av prosessen, handlet i hovedsak om beskrivelser og erfaringer omkring helsesøsters rolle og funksjon i forhold til elevenes psykiske helse.

### **4.4 Analyseprosessen**

Transkribering ble foretatt fortløpende. For å få nærhet til datamaterialet transkriberte jeg lydopptakene selv. Notatene som ble tatt under intervjusituasjonene, samt spørsmål og ideer underveis, ble komplettert i forbindelse med de etter hvert 120 sidene med utskrift. Jeg ønsket å belyse problemstilling på en planmessig måte, og brukte modellen *systematisk tekstkondensering* som analysestrategi for å bearbeide råmaterialet (Malterud, 2003).

Idealet er å legge bort forforståelse og aktuell teori, og ha fullstendig åpenhet for hva materialet forteller (Widerberg & Bolstad, 2001), derfor skumleste jeg først teksten for å kunne danne meg et helhetsbilde. Jeg skimtet aktuelle temaer som ble studert inngående og *dekontekstualisert* ved å markere dem eksplisitt. Jeg *kodet* ved å fargemarkere tekst relatert til temaene, som fra nå kalles *kodegrupper*. Etter nøye

refleksjon over sorteringsvalgene, kuttet jeg ut noen kodegrupper og flyttet enkelte meningsbærende enheter over til andre grupper.

Neste fase bestod i å kondensere kunnskapen ved å omskrive de meningsbærende enhetene til abstrakt mening. Her var jeg særlig oppmerksom på at informantenes beskrivelser ikke ble generalisert i fremstillingen og at deres meninger klart ville fremkomme. Jeg beholdt enkelte treffende sitater, og flettet dem inn den kondenserte teksten. Det fremkom meningsnyanser i noen av kodegruppene og disse organiserte jeg i *subgrupper* under tilhørende kodegruppe. De meningsbærende enhetene innen hver kodegruppe, og eventuelt subgruppe, ble samlet og knyttet til de respektive informanter gjennom et selvlaget kodesystem. Hver kodegruppes informasjon lagret jeg i egen datafil. Ved hjelp av linjemarkering, hadde jeg nøyaktig oversikt hvor i opprinnelig tekst, de forskjellige meningsbærende enhetene var hentet fra.

Ved siste trinn som kalles *rekontekstualisering*, ble det tatt utgangspunkt i den kunnskapen som fremkom i hver kodegruppe. Jeg validerte funnene ved å kryssjekke med den opprinnelige transkripsjonsteksten, og forkastet noen av tolkningene. Til slutt satt jeg igjen med min fortolkning av hva datamaterialet forteller om problemstillingen.

## **4.5 Refleksjoner rundt metode**

### **4.5.1 Datainnsamlingens troverdighet**

Det har betydning for studiens troverdighet hvordan jeg utførte intervjuene og tilhørende refleksjon. Særlige forhold ved min funksjon omtales under punktet om forskerrollen. Forberedelse og praktisk gjennomføring av datainnsamling gikk nærmest problemfritt. Ved et par av intervjuene hadde vi noen korte episoder av banking på dør, men dette opplevde jeg ikke som avbrytelser av stor betydning for flyten i intervjuet.

Under de første intervjuene var jeg mer oppmerksom på å sjekke at opptaket fungerte, enn jeg ideelt sett ønsket. Utstyret var testet på forhånd, men likevel var det vanskelig å

slappe helt av før jeg hadde gjennomført et par intervjuer. Slik kan jeg ha overhørt utsagn som kunne ha vært nyttig å forfølge videre.

Mitt subjektive inntrykk var god dynamikk mellom meg selv og de respektive informanter, og de gav positive tilbakemeldinger i etterkant. Informantenes beskrivelser gjorde at jeg endret på innhold og tema for intervjuene underveis, og derfor ble ikke intervjuguiden brukt i særlig stor grad. Dette kan ha ført til at jeg enkelte ganger formulerte meg upresist, og respondentene har muligens oppfattet meg som ukonsentrert. I de forskjellige intervjuene hadde informantene ordet størsteparten av tiden, og de fikk mulighet til å ta opp det de måtte ønske på slutten av intervjuet. Fire av informantene hadde mer på hjertet etter jeg hadde gått gjennom mitt, og dette tilførte datamaterialet verdifull informasjon.

Jeg har selv vært aktiv deltaker i kunnskapsutviklingen, men informantene er de viktigste bidragsyterne til den empiriske datainnsamlingen. De viste stor velvillighet til å bidra med informasjon og dette øker studiens troverdighet (Malterud, 2003). Noen av dem uttalte før intervjuoppstarten at de var usikre på om de hadde noe nyttig å bidra med. Til tross for disse uttalelsene syntes det ikke å påvirke dem videre i intervjuet. Informantene var svært klare i sine beskrivelser og refleksjoner. Jeg var oppmerksom på eventuell inkonsekvens i det de beskrev, men fant ikke dette ved analysering av materialet.

#### **4.5.2 Intern validitet**

Den håndverksmessige utførelsen har betydning for graden av gyldighet i forhold til om jeg har undersøkt det jeg ønsker (Fog, 2004). Den anvendte metoden er relevant for studiens datainnsamling, men den har også sine svakheter. Det er ikke mulig å gjenskape det som foregikk i intervjuene. Blant annet har jeg ved avskrift av taleopptakene utelatt en del av småordene og pausene som fremkom under intervjuene. Dessuten kan ikke fakter og ansiktsuttrykk fremstilles skriftlig. Kjennskap til min profesjonsbakgrunn kombinert med temaet de uttalte seg omkring, kan ha påvirket deres uttalelser og rokker ved gyldigheten av funnene. For å redusere denne innvirkningen,

har jeg utelatt informasjon i de få tilfellene der informantene med klare ord har henvist til min bakgrunn.

Forhåndsvalgte teoretiske perspektiv og egen forforståelse kan ha påvirket mine fortolkninger av ord og begreper. Jeg mener likevel å ha vært tro mot det empiriske materialet, og har ikke valgt bort eller føyet til noe for å styre innholdet i en eller annen retning. For å øke validiteten har jeg søkt å være systematisk i alle deler av prosessen.

### **4.5.3 Ekstern validitet**

Det er også viktig å vurdere prosjektets allmenne nytteverdi. Konsistens i materialet er viktig i så henseende (Malterud, 2003). Jeg tydeliggjør hele veien hvordan prosessen har forløpt og hva jeg har foretatt meg underveis. Derfor ser jeg den som overførbart til en ny kontekst. Likevel er ikke resultatene allmenngyldig overførbare, fordi det er lokalbasert kunnskap som er fremsatt. En av grunnene er at informantene i løpet av sin yrkeskarriere har møtt et begrenset antall helsesøstre, og deres beskrivelser er følgelig basert på dette. En annen årsak er at det er få informanter, og de representerer et lite tverrsnitt av en begrenset del av lærerpopulasjonen i kommunen. Gjennom mitt perspektiv har jeg således analysert og fortolket et lite utsnitt av seks informanters beskrivelser av få helsesøstre.

## **4.6 Forskerrollen**

Som tidligere nevnt i forhold til troverdighet og intern validitet, innvirker min funksjon og rolle på forskningen og de resultater som fremkommer. Motivasjonen for å forske på temaet er basert på egne faglige erfaringer, og jeg hadde denne forforståelsen med meg inn i intervjusituasjonen. Det var derfor viktig med åpenhet for ytringer som gikk på tvers av forforståelsen og være så frigjort som mulig fra dette. Ved et par anledninger fremkom beskrivelser som gikk på tvers av mine antakelser, og jeg forfulgte dette ved å spørre etter utdypende beskrivelser. Intervjukonteksten kan påvirke informantene til ytringer ut fra hva de trodde ble forventet av dem. Tema for samtalen var forhåndsbestemt av meg, og selve intervjusituasjonen kan derfor betraktes som ubalansert. De gjør meg en tjeneste, ved at de gir meg informasjon jeg ønsker som



forsker. I tillegg kan de påvirkes av at jeg er helsesøster, og derfor oppleve det ubehagelig eventuelt å uttale seg negativt om min profesjon. Jeg oppfattet likevel ikke at intervjuene bar preg av en kunstighet fra informantenes side. Underveis reflekterte jeg også over om de snakket til meg som helsesøster, eller som en mer nøytral intervjuer. Det skjedde et par ganger at en informant brukte ordet ”dere” og henviste til helsesøstre. Men det totale inntrykket var at de hadde lite fokus på min profesjonsbakgrunn og samtalene fløt dialogisk (Fog, 2004; Kristoffersen, 2009; Kvale, 1997; Malterud, 2003).

Som aktiv deltaker i kunnskapsutviklingen har mitt perspektiv og posisjon betydning for hva slags viten som fremkommer (Malterud, 2003). Min nære kjennskap til feltet innvirker på fortolkning av det skriftlige materialet. Selv om jeg har vært oppmerksom på dette forhold, kan jeg ubevisst ha søkt bekræftelser på egne forestillinger. Det fremkom også data jeg gjenkjente fra egen praksis, noe som kan ha påvirket min evne til å oppdage viktige nyanser og nytt meningsinnhold. Analysestrategien var til stor hjelp for å finne og klargjøre de meningsbærende enhetene på et mer nøytralt grunnlag.

Jeg diskuterer mitt materiale med et bevisst teoretisk perspektiv som kan føre til at jeg overser viktige momenter i tolkningsprosessen. Jeg har hatt nytte av å diskutere og få innspill på dette fra veileder.

#### **4.7 Etiske overveielser**

Jeg sendte søknad og fikk godkjenning av prosjektet fra NSD før jeg gikk i gang med intervjuene. Kvale (1997) har inspirert mine etiske overveielser, og det han skriver har gitt meg viktige perspektiver under hele prosessen.

Jeg har reflektert over intervjuundersøkelsens overordnede formål, som er å belyse forhold omkring arbeidet som drives i skolen relatert til elevenes psykiske helse. Den kunnskapen som fremkommer har etisk sett en verdi som et bidrag til å kunne forbedre elevenes tjenestetilbud.

De etiske sider ved informantenes deltakelse er ivaretatt ved at alle har fått muntlig og skriftlig informasjon på forhånd, samt frihet til å trekke seg som informant. Jeg betrakter ikke den informasjonen de har gitt som sensitiv. Tydelige uttalelser omkring personer er heller ikke tatt med i bearbeiding av data. Jeg har også sikret konfidensialitet ved at ingen kan identifiseres gjennom informasjonen som fremkommer i materialet. Rektorene kjenner sine læreres identitet, og de er derfor bedt om å vise diskresjon. Av denne grunn har jeg utelatt å referere til om det er sosiallærer eller annen lærer som formidler seg. Under transkribering har jeg søkt å være lojal mot de muntlige uttalelser som er gitt. Informantene har ikke vært delaktige i analyseprosessen ved eksempelvis gjennomlesning og godkjenning av fortolkninger, men jeg har tatt de nødvendige etiske hensyn og ikke har gått veldig dypt i mine tolkninger.

Jeg har vært oppmerksom på ivaretagelse av anonymiteten til helsesøstrene ved de enkelte skoler. Informantene ble bedt om å forholde seg tause i forhold til sin deltakelse i prosjektet. Likevel er det en viss sårbarhet i dette, fordi at jeg har hentet informasjon fra ansatte ved kun to skoler i den kommunen jeg selv jobber i. Det kan komme for en dag hvilke skoler jeg besøkt, til tross for at diskresjon vises. Av den grunn har jeg i intervjusituasjonen forsøkt å styre unna enhver beskrivelse av helsesøster som person eller av enkeltepisoder. Noen få uttalelser har vært detaljerte og identifiserbare, og slik informasjon er tatt ut av materialet. Det samme er gjort i de få tilfellene informantene har fortalt om situasjoner rundt elever.

## 5.0 ”INKLUDERT EKSPERT”

Under datainnsamling fremkom beskrivelser omkring helsesøsters rolle og funksjon som ble fortolket og samlet under betegnelsen ”inkludert ekspert”. I dette begrepet legger jeg at helsesøster betraktes som inkludert i skolens fellesskap og innehar en rolle som helsefaglig ekspert.

### 5.1 Helsesøsters kompetanse

Når det gjelder kunnskap omkring helsesøsters formelle kompetanse, så baserer informantene dette på antakelser. Alle mener at en helsesøster har sykepleierutdanning, samt en eller annen form for spesialkompetanse i tillegg. Type og varighet på videreutdanningen har de ingen klar formening om, men noen bruker beskrivelser som ”høy kompetanse” eller er ”godt skolert”.

Informantene har både sammenfallende og ulike oppfatninger av hva kompetansen består i. Det nevnes at helsesøster kan noe om kropp og barns utvikling, samt mye om vaksinasjon, amming og barneoppdragelse. Flere nevner helsesøsters spesifikke kunnskap i forhold til ungdomsskoleelever, som blant annet er seksualitet, samliv, pubertet, kropp og følelser. Det er meninger om at helsesøster også har kunnskap på felt, og en informant sier det slik: *”De har opplagt noe som dreier seg om psykiske lidelser, om kommunikasjon. De kan også mye om død og kriser inn i familier og skoler”*. Uttalelser som at helsesøster kan en del psykologi og har peiling på ungdom og relasjoner, fremkommer også. En informant mener at helsesøster har god kompetanse på seksuelle overgrep. Hva som er helsefremmende for elevene og hvordan en kan forebygge, hevder *en* av informantene er en *”svært betydningsfull del av helsesøsterutdanningen”*.

Det kommer også frem spontane meninger om at helsesøstre er lite flinke til å markedsføre sin kompetanse inn i skolen. I tillegg mener et par informanter at de burde fremstå mer faglig sikre og vise hva de kan. En informant sier følgende om hvordan helsesøster fremstår som fagperson:

*”Jeg mener at de må stå mer frem med det de kan, for det er akkurat som statusen er for lav i forhold til den kompetansen de har som er så viktig på alle skoler. Jeg skulle ønske det var litt mer frem med brystkassa for helsesøstre og den jobben de gjør”.*

Gergen (2005) er opptatt av at vi skaper vår forståelse gjennom språket vi bruker, de såkalte språkskapte virkeligheter. Vi har felles forståelse med dem vi identifiserer oss med. Når informantene beskriver helsesøster som en fagperson med høy kompetanse eller godt skolert, så kan dette være et bilde på at de betrakter helsesøster som ”inkludert” i gruppen av fagpersonell på en skole. I lys av sine respektive utdannelser, kompetanse og stilling kan lærerne se seg selv og helsesøster som eksperter på sine felt. Således kan de konstruere en virkelighet av at hun er innlemmet i skolen. Dette kan også relateres til hva Moos et al. (2008) sier om behovet for at relasjonsprofesjonene står sammen, samtidig som de hver for seg skal legitimere sin egen profesjonalitet.

Når de beskriver helsesøsterskompetanse relatert til spesifikke benevnelser som ”kropp”, ”seksualitet” eller ”pubertet”, så kan dette være et bilde på hvordan de i fellesskap med andre lærere, forstår helsesøsters kompetanse. Det brukes også ord i beskrivelsen av hennes kompetanse som er knyttet til spesifikk problematikk, slik som ”psykiske lidelser”, ”død” og ”kriser”. Dette kan fortelle oss at helsesøster forstås som en ekspert på et psykisk helserelatert problemfelt. Gjennom denne ordbruken konstruerer de et bilde av hva som er helsesøsters ekspertkompetanse. Gergen (2005) hevder også vi *handler* i tråd med de språkskapte virkelighetene våre. En mulig tolkning er da at informantene *braker* hennes ekspertkompetanse etter hvordan de beskriver henne. Hvis de for eksempel sier om henne at *”hun er god til å få kontakt med foreldre”*, så vil de kanskje henvende seg til henne når en elev strever med hjemmeforholdene.

Relatert til at forståelse kan preges av de sosiale rammene vi befinner oss i (Widerberg & Bolstad (2001), så kan man undre seg på om konstruksjonene av helsesøsters kompetanse er preget av selve intervjusituasjonen. Det er kun *en* informant som nevner at helsesøster har kunnskap om hva som er forebyggende og helsefremmende for elevene. Innen helsesøsterfaget er dette selve grunnpilaren i hva helsesøster *kan* og *skal*

drive med (Misvær & Haugland, 2009). Man kan da stille spørsmål om vedkommende kjenner til dette faktum, eller er påvirket av prosjektets tema eller min yrkesbakgrunn. Ingen av de andre nevner at helsesøster har denne type kompetanse. Men i et sosialkonstruksjonistisk perspektiv vil ikke en hvilken som helst sosial setting (les: intervjusituasjonen) påvirke virkelighetsforståelsen av et fenomen. Endringer av dette skjer gjennom prosesser i det sosiale fellesskap der forståelsene er blitt til (Esmark et al., 2005). Noe liknende sier Gergen (2005) om at vi får forståelse av noe gjennom kontekstuell erfaring, og det tar noe tid før et fellesskap endrer oppfattelse av virkeligheten. I dette perspektivet kan man tenke seg at den ene informanten som kjenner til at helsesøster har kompetanse på helsefremmende og forebyggende arbeid, har erfart dette for eksempel i en tidligere jobb. Det samme kan tenkes at hvis lærere i et kollegium ikke erfarer annet enn at hun vaksinerer elever og underviser i seksualitet og samliv, så vil denne forestillingen være ved, inntil de i fellesskap erfarer noe nytt.

Informantenes manglende kunnskap om forebyggende og helsefremmende arbeid som helsesøsters grunnkompetanse, kan også sees i lys av skolekulturen og dens syn på helsepersonell. Hvis ikke skolen har tradisjon for å involvere og erfare helsesøsters kompetanse i forhold til eksempelvis anti mobbeprogram eller lignende, så kan det hende at dette også påvirker informantenes meninger om hva hun har kompetanse på. I lys av ”handlingsskapte virkeligheter” kan dette være at de ikke oppfatter at hun kan noe om forebyggende arbeid, fordi aldri har erfart det i praksis. Hjälmhult (2002) skriver om helsepersonellet sin rolle i skolen når det gjelder denne type arbeid, og at inkludering av helsesøstre er essensielt. I mitt materiale fremkommer det at begge skolene har erfaring med forebyggende arbeid, men helsesøstre ved de respektive skolene er ikke involvert i de større programmene som retter seg mot hele elevmassen. På spørsmål om grunnen til dette, så kan svarene tolkes omtrent liklydende: ”*skolen ikke har tenkt på helsesøster i denne sammenheng*”. Dette kan også være med å forklare at informantene kanskje ikke oppfatter helsesøster som en ”ekspert” på helsefremmende og forebyggende arbeid.

Når det gjelder kompetanse på *psykisk* helsefremmende og forebyggende arbeid, så er det ingen som nevner dette relatert til hennes kompetanse. Sett i lys av hvordan slikt

arbeid må struktureres, så er det kanskje ikke så rart. For det er helt nødvendig at slike tiltak implementeres i skolen og at helsesøster involveres i samarbeidet omkring dette. Hvis det skal få gjennomslagskraft, så kan det ikke initieres og driftes av helsesøster alene. Dette understøttes av en nylig utgitt SINTEF-rapport av Andersson, Bungum, Kaspersen, Bjørngaard, & Buland (2010) om effektevaluering av to opplæringsprogram omkring psykisk helse i skolen. Det er riktignok gjort i videregående skole, men er overførbart til ungdomsskole i forhold til læreres forståelse for, og engasjement i forhold til programmene. Evalueringen viser at det er helt nødvendig med en forankring i skolen. De programmene som er initiert av helsesøster eller en annen ”ildsjel”, blir gjerne forstått som noe som ikke har med skolen å gjøre.

Et annet moment er det flere informanter trekker frem omkring helsesøsters manglende markedsføring av egen kompetanse. En vinkling kan være å forstå informantenes oppfatninger som påvirket av de sosiale referanserammer de erfarer dette i. Det kan tenkes at lærere snakker sammen om at helsesøster kan mer enn hun viser, at de selv ikke bruker hennes kompetanse slik de kunne gjort, eller at hun er beskjeden på egne vegne. Slik kan de konstruere sin oppfattelse gjennom fellesskapet med sine kolleger (Gergen, 2005). En kontrast til dette kan være hva Andreassen (2006) referer til omkring Cecilie Basbergs prosjekt fra 2004 *”Vanskelig feltilgang – noen metodologiske refleksjoner”*. Hun beskriver at helsesøstre kjennetegnes av relativt stor grad av autonomi, hvor helsesøstres arbeid på helsestasjon er preget av selvstyring, frihet, fleksibilitet og autoritet. Dette mener hun er viktige verdier som helsesøstre er redde for å miste. I mine data beskriver en informant følgende om hvordan helsesøstre fremstår med sin kunnskap: *”de er ikke veldig **synlige**, synes jeg, det har vært lite grann i media om utslitt ungdom, press og stress blant ungdom, men ellers så er de lite synlig [...] de må stå frem med alt de **kan**, fordi at det er akkurat som om statusen er for lav..”* Basbergs beskrivelser om at helsesøster fremstår med autoritet, er svært forskjellig fra denne informantens. Jeg synes det er vanskelig å trekke noen slutninger ut fra mitt materiale, annet enn at dette *en* informants oppfatning av helsesøstre. Likevel vil jeg antyde en mulig forklaring. I helsestasjon er helsesøstre ”eiere” av virksomheten, mens i skolen er det lærerne. Derfor kan helsesøsters faglige autoritet være mindre fremtredende i skolen.

Hansbøl & Krejsler i Moos et al., (2008) snakker om at den profesjonelle kompetanse er sammenvevd med den enkeltes personlighet og livshistorie. Slik fremstår man med en personlig ”vri” på sin profesjonalitet. Beskrivelsene som fremkommer i materialet har ikke karakteristikker av helsesøster som person, hvilket heller ikke skal fremkomme. Men det går an å betrakte dette mer generelt, og bruke denne vinklingen på beskrivelsene om helsesøster som for lite frempå. Hvilken ”type” helsesøster informantene har møtt, speiles i bildene de har dannet seg av helsesøsters kompetanse. Dersom informantene har møtt en helsesøster som har mye fokus på å ta ansvar og ordne opp i problemer, kan hun oppfattes som aktiv og geskjeftig. Erfaring med en helsesøster som er opptatt av relasjoner og samhandling, vil muligens oppfattes som ”sosial”. Når helsesøstre i datamaterialet beskrives som beskjedne, og at de burde fremstå tydeligere med sin kompetanse, kan det være fordi informantene har møtt helsesøstre med en personlig beskjedenhet. Muligens kan den faktiske kompetansen på denne måten kamufleres bak den personlige ”vrien”.

## 5.2 Ressurs for lærerne

Av en informant blir det presisert at læreres faglige kompetanse innen psykisk helse ikke er tilstrekkelig, og at helsesøster her er en viktig ressurs. Det nevnes både i forhold til enkeltsaker med elever og inn i undervisning. Flere mener at det er godt ikke å føle seg alene med ansvaret for elevene. En informant sier det slik:

*”der hvor jeg er nå, så er alltid helsesøster tilgjengelig og jeg føler at hun gir inntrykk av at hun alltid er der for oss[...]og har alltid tid til enkeltelever som vil komme ned”.*

Noen betrakter henne som en ressursperson også når det gjelder familieevansker, med begrunnelse i fagkompetansen samt at foreldre har tillit til helsesøster. En informant sier følgende:

*”Alt det som dreier seg om familien, da merker jeg at jeg har lett for å tenke at her skal helsesøster inn, for hun har en historikk på familien som ikke jeg har og hun **har** en kompetanse på det, vant til å snakke med foreldre på sitt kontor, hun kjenner eleven, hun kjenner oss, hun kjenner skolesystemet, så hun har på en*

*måte den bredden med alle etatene. Og spesielt det med familievansker, da merker jeg at jeg trenger den der ekstra kompetansen, som i hvert fall **hun** har”.*

Det er også informanter som sier at hun er en ressurs med sin kompetanse på fysisk og psykisk helse, men ikke på atferdsproblematikk i skolen eller problematikk knyttet til hjemmeforhold.

En informant mener også at det er forskjell mellom læreres og helsesøstres roller i forhold til elevene. Han sier at helsesøster ofte vil kunne nå inn til en elev på en annen måte, både i kraft av sin fagkompetanse og med sin helsefaglige rolle i forhold til eleven. Flere lærere forteller at de mange ganger har tatt elever med til helsesøster, fordi de selv opplever å ha kommet til kort i problematikken som eleven har presentert.

Helsesøster oppleves av flere som en viktig ressurs når det gjelder ad hoc situasjoner med elever. Slik sier en informant det:

*”..så har jeg tatt kontakt med henne fordi jeg har tenkt at her kan hun hjelpe til, for hun har greie på dette. Så du kjenner på at hun kan være en fagperson som også kan støtte deg!”*

Sett i lys av ”handlingskapte virkeligheter” kan det være at informantene gjennom sine respektive faglige fellesskap har dannet seg et bilde av helsesøster som ressursperson for dem. I materialet beskrives hun som en fagperson med bred kompetanse, og dette kan de ha erfart ved at helsesøster har gjort noe med en sak de har behøvd hjelp til. De beskriver at de kan gå til henne med bekymringer i forhold til elevenes helse, og at hun vet hva hun skal gjøre. Det fremkommer at det er visse typer problematikk som helsesøster *ikke* involveres i, blant annet familiesaker og psykososial problematikk. Dette står i sterkt kontrast til hva helsesøsters formelle kompetanse består i, og at helsesøstre kan være en ressurs i slike saker (Misvær & Haugland, 2009). Materialet viser imidlertid også beskrivelser om at helsesøster ses på som en viktig ressurs i familiesaker.



Ved å betrakte informantenes utsagn i et ovenfra perspektiv, så beskriver de at hun har en spesifikk kunnskap. Krejsler et al. i Moos et al. (2008) snakker om lærernes profesjonalisering. Han sier at deres profesjonalitet på en side er sterkt manifestert, men også uklar på andre områder. Lærernes kunnskaper betraktes som allmenne og skolen må kunne stå fram som en særegen institusjon i samfunnet. En tolking av det informantene sier, er at helsesøster besitter kunnskap de ikke selv har. Sett i lys av Moos, så kan det være en måte å differensiere egen kunnskap fra helsesøsters. Med andre ord, så er helsesøsterrollen en annen enn deres egen. Helsesøster kan da betraktes som å ha en ekspertstatus på det de ikke selv kan. I materialet fremkommer det at flere har søkt hjelp ved ”å følge eleven ned til helsesøster”. En måte å se dette på, er at lærerne flytter ansvaret over til en annen profesjon når det gjelder spesifikke problem. Helsesøsters rolle kan være en ekspert som overtar saken og ordner opp. En annen vinkling er at en lærer ønsker å dele på ansvaret for en elev, fordi han ser at egen kompetanse ikke strekker til på visse områder.

### **5.3 Støttefunksjon for elevene**

Samtlige informanter har meninger om at helsesøster har stor grad av tillit hos elevene. En informant sier:

*”For elevene er helsesøster en tillitsvekkende person på alt som har med helse å gjøre, også på det psykiske plan. Jeg tror at det er fordi helsesøstre viser elevene at de **kan** dette”.*

Flere tror at elevene ser på henne som ”ekspert” på det som har med ungdom og kropp å gjøre, og i den forbindelse nevnes seksualitet og vaksinerings. Et par informanter mener at helsesøsters funksjon overfor elevene dreier seg mest om den fysiske helsen. Andre poengterer at elevene ikke går til helsesøster når det gjelder problemer på det psykiske plan eller følelser og konflikter hjemme. En av dem mener det motsatte, og sier følgende:

*”En kan ha lett for å tenke at med helsesøster er det litt mer fysisk relatert, men det er jo aldeles ikke sånn, det er jo ikke sånn jeg opplever det med elevene”.*

Noe av det samme nevnes av flere som sier at helsesøster har kompetanse til å hjelpe elever på mange plan, og spesielt når de sliter psykososialt.

Det nevnes også at tjenesten er et tilbud som mange elever spør etter og benytter seg av, og en informant mener dette ufarliggjør det å ta kontakt med helsesøster. En annen mener at det er legitimt å oppsøke helsesøster for fysiske plager, og at det kan brukes til å skjule overfor medelever at man oppsøker hjelp på det mentale plan. En av dem mener følgende om helsesøsters rolle overfor elevene:

*”At når så mange elever oppsøker helsesøster, så betyr det at hun har en kompetanse som imøtekommer elevenes behov”.*

Informantenes beskrivelser kan knyttes til at helsesøster er en ressurs for elevene. I relasjon til antakelsen om ”handlingskapte virkeligheter”, kan oppfattelsene ha blitt til gjennom felles erfaringer med elever. Det nevnes at helsesøster har tillit hos eleven og det sies eksplisitt at *”helsesøster viser at hun kan det dette”*. I dette perspektivet er handling med å bekrefte hva som er sannheten, derfor kan informantene mene at helsesøster får tillit hos elevene gjennom handling.

Meninger om hvilke områder helsesøster er en ressurs for elevene på, er sprikende. Av samtlige knyttes ressursfunksjonen til elevenes fysiske helse. Relatert til den psykiske helsen, har informantene forskjellige meninger. Noe som understøttes av det Andreassen (2008) finner i sin undersøkelse om lærere som ressurs for risikoutsatte elever. Her referer hun til at lærere ikke foretrekker at helsesøster skal håndtere psykisk helse problematikk.

Ved kryssjekking av datamaterialet, ser jeg at en av de informantene som mente at helsesøster ikke ble brukt av skolen når det gjaldt familiesaker, er den samme som mener at eleven ikke går til helsesøster med problematikk knyttet til hjemmet. Det kunne vært interessant å vite hvordan en slik forståelse har oppstått. Mulige erfaringer er at helsesøster ikke ønsker å involvere seg i slike saker og alltid henviser videre, eller at hun ikke har strukket til i tidligere saker. Andersson, Ose & Norvoll (2006) finner at

familieveiledning er et felt helsesøstre ønsker økt kompetanse på. Det kan være med å underbygge at læreren har møtt helsesøstre som kanskje har et slikt kompetansebehov, noe som kan ha bidratt til den oppfattelse han har.

En måte å betrakte informantenes forskjellige oppfatninger av helsesøsters ressursfunksjon overfor elevene på, er at det handler om profesjonalitet og personlig stil (Krejsler et al. i Moos et al., 2008). I takt med det senmoderne samfunnet har lærere måttet tilpasse seg utviklingen. Tidligere var lærerrollen mer tradisjonsbundet, mens den nå sees på som en ”*profesjonell lærer med en personlig forankret lærerstil*”. I dette perspektivet kan lærerne ha et behov for å finne sin funksjon i relasjon til andre profesjoner. Noen lærere vil kanskje selv ta ansvar for psykososial problematikk rundt en elev og derfor ikke involvere helsesøster. Slik blir da ikke helsesøster sett på som en ressurs for eleven på dette området. Hvordan det blir med samhandling i et slikt perspektiv, leder over på siste moment.

#### **5.4 Tilfører helseperspektivet inn i samhandlingen**

Det presiseres av en informant at helsesøster med sin særegne fagkompetanse er viktig i samarbeidet med lærerne. Han mener at det ikke er noe poeng å forstå en sak på samme måte, men se egenarten hos hverandre som fagpersoner. Han hevder at helsesøster skal ha sin spesifikke rolle som samarbeidspartner, og for eksempel ikke være lik en sosiallærer.

Det er flere synspunkter på at helseperspektivet må knyttes sammen med skolen. Her nevnes tverrfaglig samarbeid som et viktig redskap. Det fremkommer meninger om at dette samarbeidet må oppgraderes. Helsesøsters rolle illustreres tydelig gjennom denne informantens utsagn:

*”Helsetjenestenes betydning i skolen må oppvurderes og det gjelder samarbeid med helsesøster, spesielt. Det bør styrkes i skolene ved at helsetjenestene prioriterer ressurser inn der, fordi nettopp det at en god del barn og unge ikke klarer seg så godt i skolen. Det ser jeg at har veldig stor sammenheng med hva slags måte de **tenker** på, hva slags erfaringer de har i livene sine og at helse, og*

*særlig den psykososiale helsebiten har **enorm** betydning for de som vokser opp. Og da tenker jeg at i den grad vi klarer å få til et samarbeid med helse og skole, så har vi mulighet til å gjøre veldig **mye** for enkeltelever og for systemet som helhet og”.*

Det fremkommer også at lærerne kunne bli enda mer bevisst den kompetansen helsesøster innehar og bruke dette i samhandling. Blant annet blir det nevnt at helsesøster burde delta på flere av skolens formaliserte møter. Slik deltakelse beskrives som nyttig både for informasjonsutveksling og som en anledning for lærere til å få råd av helsesøster.

Bevissthet omkring hverandres kompetanse mener flere er viktig for et godt samarbeid. En informant ser det slik: *”I et samarbeid er det viktig at vi bruker hverandre litt lurt, vi ser på hva vi er gode på og hva hun er god på”.* En av dem mener at helsesøster må samordne seg med skolen i forhold til å komme utfordringer i møte, slik at man er gode hjelpere sammen.

Et synspunkt er viktigheten med helsesøster til stede i skolen både for elevene og pedagogene, og at det bør være et mål å videreutvikle det som er. Samme informant sier at helsesøstre også må opprettholde sitt eget fagmiljø innen helsesektoren. En annen informant erfarer at: *”helsesøster gjør en betydnings full jobb med sitt nettverk innen eget felt og sin kjennskap til systemet i overgangsfasen til videregående skole”.*

Det fremkommer av materialet at informantene ser på helsesøsters helsefaglige kompetanse som viktig inn i skolen. Informantene nevner at de burde være flinkere til trekke inn helsesøster, men at helsesøster også selv burde ta initiativet. I det empiriske materialet kommer det også frem tydelige meninger om at samhandling ikke er en vanlig eller ønskelig arbeidsform. Det er nødvendig å nevne det her, selv om det fremstilles grundigere i et senere kapittel.

Krejsler et al. i Moos et al. (2008) snakker om hvordan læreres arbeidsformer har endret seg. Tidligere var det en mer ”privat” lærerstil hvor lærere forholdt seg til klasserommet og elevene sine. Lærerne har av både press og lyst blant annet måttet inngå i lærerteam og i samarbeid med andre faggrupper. Noen strever med både å godta og legitimere den nye praksis som kreves av dem. Ut fra dette kan være at noen føler seg forpliktet til å si at samhandling er bra, mens de selv ikke synes det er nyttig. Andre igjen har erfart samhandling helsesøster, og mener det er en gunstig arbeidsform.

I likhet med noen av funnene i min studie, fremkommer det i en undersøkelse at lærere ikke velger å samhandle med skolehelsetjenesten når det gjelder elever som er i risikozonen for å utvikle psykiske vansker (Andreassen, 2008). Noe av det samme refereres i en undersøkelse omkring kommunalt psykisk helsearbeid. Helsesøstre som er intervjuet her, mener lærerne ikke benytter muligheten som ligger i helsesøsters kompetanse og at det ikke er noe rutine på samarbeidet (Jørstad, 2009). Ut fra dette kan samhandling med helsesøster betraktes som en arbeidsform lærere opplever seg fri til å velge om de vil eller ei. Det som fremkommer i materialet kan stemme med en slik anskuelse. Ingen beskriver samhandling som noe de må, men heller som noe de velger. Slik kan man også forstå det som Andreassen (2008) får frem omkring læreres syn på egen rolle i forhold til elevenes psykiske helse. De foretrekker ikke å bruke helsesøsterkompetansen når det gjelder arbeid med elevenes psykiske helse. Det som fremkommer kan tolkes som de anser seg selv som kompetente til å kunne vurdere når ekstern hjelp må inn, og at det handler om deres valg. Disse synspunktene kommer fra tre informanter ansatt ved samme skole, slik at dette er data med lav validitet.

Dette at lærerne velger om de vil samhandle, er interessant ut fra at det ligger i helsesøsters arbeidsform at hun skal samhandle med skolen. Det går derfor an å undre seg over hvordan de nasjonale føringer om økt samhandling relatert til barn og unges psykiske helse, skal kunne implementeres fra bunnen av i norsk skole (Berg, 2005; Sosial- og helsedirektoratet, 2007).

## 5.5 Oppsummering

Materialet viser at det er ulike aspekter ved beskrivelsen av helsesøsters rolle og funksjon som her kalles ”inkludert ekspert”. Fellesnevneren for det informantene beskriver, er at helsesøster kan være en bidragsyter til deres egen yrkesutøvelse. Hun betraktes som en viktig fagperson inn i skolen, der hun anses om en ekspert først og fremst på det medisinskfaglige, relatert til fakta om kropp og psyke. Men hun regnes som kompetent også på det psykososiale og psykologiske fagfelt. Det fremkommer fra kun *en* informant at hun har kompetanse helsefremmende og forebyggende arbeid. Helsesøstre betraktes av noen som lite flinke til å markedsføre egen kompetanse.

Et annet moment er at de ser på henne som en ressurs for lærerne når det gjelder fysisk og psykisk problematikk, men noen presiserer at det ikke gjelder psykososial- eller familieproblematikk. Det kan synes som det i stor grad dreier seg om at helsesøster kan tre inn og hjelpe når noe er ”galt”, og hun betraktes å kunne nå inn til elevene på en annen måte enn lærerne, når de selv kommer til kort. Hun nevnes ikke som en ressurs når det gjelder forebyggende program. Når det gjelder psykisk helserelaterte problemer, så er det sprikende meninger om hva hun kan bidra med.

Ekspertrollen som ressurs for elevene beskrives som viktig og at hun har tillit hos elevene. Det fremkommer at helsesøster har en rolle som differerer fra lærernes, og at dette er viktig for elevene. De fleste mener at elevene kan oppsøke helsesøster for alle typer problematikk. Men det fremkommer også meninger om at hun ikke oppsøkes for familiære eller psykiske vansker.

Det siste momentet er at hun bidrar med et helsefaglig perspektiv inn i samhandlingen rundt elevenes psykiske helse. Hun har også et eget nettverk på den faglige siden, som de ser på som verdifull. Informantene gir beskrivelser som kan tolkes som svært positive til helsesøsters funksjon og rolle. De nevner at de likevel kunne vært flinkere til å trekke inn helsesøster. Men det nevnes også at helsesøster selv burde ta initiativet. Samhandling betraktes ikke som noe lærerne opplever at de må. Det er heller snakk om hvorvidt det *velger* det eller ei, og *hva* de velger å trekke henne inn i. Det fremkommer også lite bevissthet fra lærernes side om å samhandle med helsesøster når det gjelder

forebyggende og helsefremmende program som er igangsatt i skolen. Dette bildet står i kontrast til de nasjonale føringer om at skole oppfordres til samhandling med skolehelsetjenesten når det gjelder elevenes psykiske helse. Særlig omhandler det forebyggende og helsefremmende tiltak.

## 6.0 "LIKEMANN"

Av materialet fremkommer det meninger om at lærer og helsesøster har tilnærmet lik rolle overfor elevene når det gjelder psykososial problematikk. Min tolkning av dette er at helsesøsters arbeid er på "samme linje" som deres egen, med fokus på at "vi er der for elevene alle sammen". Beskrivelser av helsesøsters rolle har jeg derfor valgt å kalle "likemann".

### 6.1 Lik rolle

Det fremkommer flere utsagn som handler om at læreres og helsesøstres oppgaver har likhetstrekk ved seg. En informant sier det slik:

*"Det er veldig godt å ha henne med på laget, som regel tar vi jo ofte samtalen med elevene selv. Men ofte så snakker elevene med helsesøster også. Det blir noe av det samme".*

En informant er opptatt av at det finnes en profesjonell person på skolen som elevene kan komme til med sine problemer, og sier at det er helt likegyldig om det er helsesøster eller pedagog. Av en hevder at det er tilfeldigheter, mer enn bevisst ansvarsfordeling, gjør at det er kontaktlærer, sosiallærer eller helsesøster som får ansvar for de forskjellige sakene. En annen informants utsagn illustrerer også noe av dette:

*"Jeg har aldri opplevd at det har kommet i konflikt mellom lærere og helsesøster, hvem som har hvilke oppgaver. Jeg føler at det går veldig over i hverandre. Det kan jo være positivt fordi vi samarbeider godt, eller så kan det være veldig uklar arbeidsfordeling. Jeg har ikke klarhet i hva som er helsesøsters og hva som er min oppgave i forhold til en elev. Men når det oppstår uklarhet omkring hvem som har hvilket ansvar og hvilken rolle, så samarbeider vi jo om det".*

Det nevnes også at helsesøster er en fagperson som vil forstå hva en lærer snakker om når det gjelder å reflektere over egen praksis og utfordringene man møter:



*”Det blir ikke til at en får satt seg ned og virkelig snakket ut. Kunne undret oss sammen, blåst ut litt og drøftet ting. Gjorde jeg det riktig? Kunne jeg gjort det annerledes? Jeg er drittlei jobben! Nå slutter jeg i morgen! Det er ingen andre som skjønner dette! Det ville vært en å spille på. Helsesøster kunne vært en slik person, for vi har jo mye av samme type oppgaver”.*

Når det gjelder saker der diverse faginstanser er involvert, så nevner flere at helsesøster da er en del av skolen og en man jobber sammen med. Hun betraktes ikke som et hinder for å komme videre i en sak. Det fremkommer imidlertid meninger om at det er *andre* instanser som kan være flaskehalsen, og at helsesøster sammen med skolen kan trykke på for å få fortgang i prosessen. Når det gjelder hvem som er kontaktleddet med ekstern kompetanse, som for eksempel barnevernet, så mener en informant at det er det samme om det er helsesøster eller elevens lærer.

Det refereres også til samtaler med elever, der det hevdes av en informant at hans mulighet til å få kontakt med en elev er like god som helsesøsters. De er på samme linje når det gjelder å kunne bli kjent med elevene. En annen sier at likheten handler om at lærere og helsesøster har mange av de samme utfordringene i hverdagen.

En annen erfarer etter å ha jobbet i flere skoler, at helsesøstre kan oppfattes som litt underlegne i forhold til lærerne og være beskjedne i forhold til egen rolle i en tverrfaglige sammenheng. Informanten avsutter sin mening om dette med følgende: *”Men slik et det absolutt ikke!”*. Et annet synspunkt går på posisjonen i forhold til helsesøster: *”Jeg tror at jeg langt på vei er i stand til å bry meg om og ta meg av elever i like stor grad som helsesøster”*.

Det fremkommer synspunkter på at læreres og helsesøstres oppgaver har likhetstrekk ved seg. Gjennom vinklingen ”språkskapt virkeligheter”, kan informantenes beskrivelser betraktes som å ha blitt til i sin særegne sosiale og språklige kontekst. Den konteksten kan være skolen, der informantene i sitt kollegium beskriver helsesøsters funksjon ut fra en felles forståelse. Det skapes en særskilt mening når det fremkommer

beskrivelser som dette: ”godt å ha henne med på laget”, ”noe av det samme” eller ”likegyldig om det er helsesøster eller pedagog”. Her kan det tenkes at informantene har en forståelse om at det er balanse og likeverdighet mellom lærere og helsesøster, når det gjelder å håndtere samtaler med elever. Det sier imidlertid ikke noe om hvordan de ville forstått rollene dersom en elev hadde store psykiske vansker, eller det var større familiekonflikter. Da kan det hende, med henvisning til rollen ”inkludert ekspert”, at de hadde beskrevet det annerledes og ikke fullt så jevnbyrdig.

En undersøkelse viser til data om at lærere helst ikke vil involveres for mye i elevenes psykiske helseproblematikk. De fleste foretrekker at utenforstående fagpersoner hjelper elever som strever, og at deres hovedoppgave i skolen er å bistå elevene på det faglige plan (Bogen, 2006). Når det gjelder å ha lik rolle i forhold til å bistå elevene, så kan det være ”hverdagsproblemer” informantene i min studie refererer til. Saker av mer alvorlig karakter, kan det hende at noen informanter mener helsesøster bør ta seg av. Dette kan tolkes slik ut fra utsagnet omkring helsesøsters kompetanse: ”de har opplagt noe om psykiske lidelser [...] kriser inn i familier”. Rapporten til Myrvold & Helgesen (2005) sier elever kan synes det er lettere å snakke med helsesøster enn med lærere omkring psykiske vansker. I artikkelen til Langaard (2006) refereres det til ungdom som sier noe av det samme. Derfor behøver det ikke være slik at informantene likestiller helsesøsters og læreres roller i forhold til all type psykisk helseproblematikk. Myrvold & Helgesen (2005) nevner både skole og skolehelsetjeneste som viktige for å kunne håndtere problemstillinger av denne art. Ett perspektiv som kan understøtte ”likemannsrollen”, er at rapporten fremholder at disse instansene arbeider sammen der barn og unge befinner seg og vil være de nærmeste til å kunne fange opp problemer.

Helsesøster nevnes som en person som lærere kan reflektere sammen med og være en å spille på, fordi oppgavene er mye av de samme. Noen informanter snakker om at helsesøster er en del av skolen, og en man jobber sammen med når det er nødvendig å presse på overfor andre instanser. Disse beskrivelsene kan relateres til Moos et al. (2008) som skriver om begrepet relasjonsprofesjoner, som blant annet lærere og helsesøstre hører inn under. Han nevner at samfunnet på en side krever at disse profesjonene skal kunne utføre økende grad av fagspesifikke oppgaver, men samtidig

også utvikle kvalifikasjoner som skal gjøre dem mer fleksible og mobile, slik at de i noen tilfeller kan overta hverandres arbeidsoppgaver. Ved å strekke dette perspektivet til en ytre grense, så kan det forstås som at begge profesjoner kan en lik rolle og funksjon når det gjelder noen aspekter ved elevenes psykiske helse. Begge profesjoner jobber med de samme menneskene og målene er også stort sett like (Berg, 2005; Misvær & Haugland, 2009).

Glavin og Erdal (2007) skriver om tverrfaglig samarbeid i praksis i forhold til barn og unge. Her nevnes blant annet faktorer som kan hindre og fremme et samarbeidsklima. Tillit til hverandre og respekt for hverandres kompetanse, er blant det som trekkes frem som suksesskriterier. I lys av dette kan en av informantenes tanker om at helsesøster kan innta en underlegen rolle i forhold til lærere, handle om at helsesøster ikke opplever tillit fra lærernes side eller full respekt for den kompetansen hun innehar. Dermed kan hun bli påvirket av dette og være tilbaketrukket i samarbeidet. Men informanten slår selv i hjel denne hypotesen med å konstatere at det ikke er noe asymmetri, ved å si: *”men slik er det absolutt ikke”*. Uttalelsen fra en lærer som presiserer sin kompetanse som likeverdig i forhold til helsesøster når det gjelder å ivareta og bry seg om elever, kan handle om et behov for å få respekt og å oppleve sin rolle som likeverdig helsesøsters. En undersøkelse om kvalitetssikring av helsesøstertjenesten i amerikansk skole, nevner at det er viktig å differensiere rollene som pedagogene og helsepersonellet har. Det vises til at dårlig kvalitet kan henge sammen med at klare ”helsesøsteroppgaver” ble utført av ikke-autorisert personell i skolen (Newell et al., 2003). Slik sett kan det diskuteres hvorvidt ”likemannsrollen” er god kvalitetssikring eller ei.

## **6.2 Avlaster lærerne**

Det nevnes av flere informanter at helsesøster er god å ha i arbeidet med elevene, i og med at lærerne ikke har nok tid til å ta seg av alt. Flere informanter ser på det som en avlastning å ta med seg eleven til helsesøster, fordi de selv ikke har tid til å sette seg ned med eleven der og da.

En annen informant mener at det er tidsbesparende i en presset hverdag at helsesøster får førstehåndsinformasjon i saker som læreren til vanlig burde tatt seg av. En annen mener at det ikke er noen fast rutine på hvilke saker som skal gå til helsesøster, og hvilke saker lærerne skal ta hånd om.

Ved første øyekast kan uttalelsene om at *”helsesøster er god å ha”* og *”helsesøster kan ta seg av saker”*, virke respektfulle overfor helsesøsters kompetanse. Men meningene har også komponenter som kan tolkes som: *”hun er god å ha, fordi vi ikke får tid til alt”*. Det kan forstås som at hun på dette grunnlag betraktes som likemann. Sett i lys av prinsipper for godt samhandlingsklima (Glavin & Erdal, 2007), kan meningene handle om domener og hvem som egentlig ”eier” en sak rundt en elev. Man kan stille seg spørsmål om informantene her ser på skolen som sitt område, der helsesøster ikke har en likeverdig funksjon i forhold til dem selv. Eller det kan sees på som et uttrykk for dårlig samvittighet for alt de ikke rekker, og da er helsesøster nyttig som ”stand in” i saker som angår elevenes psykiske og psykososiale trivsel. En mulighet er også at de betrakter helsesøsters og egen funksjon som likeverdige. Sistnevnte er et godt utgangspunkt for samhandling, i følge Glavin & Erdal (2007). Likeverdighet i denne sammenheng er ikke det samme som lik funksjon.

### **6.3 Oppsummering**

Helsesøsters rolle som ”likemann” er tolket først og fremst i forhold til informantenes beskrivelser av hennes funksjon og hva de gjør sammen. Det fremkommer at rollene betraktes som nærmest de samme i relasjon til psykososial problematikk hos elevene. Mange av oppavene som tilfaller lærerne i forhold til elever og slike vansker, mener flere informanter at helsesøster like gjerne kan ta. Det fremholdes at det er et godt samarbeidsklima når det gjelder arbeidsfordeling, og at rollene flyter over i hverandre og kan være vanskelig å definere. Lærere og helsesøster kan stå sammen i påtrykk av en sak i forhold til andre hjelpeinstanser. Likeverdig refleksjonspartner er også et moment som trekkes frem ved helsesøsters rolle. Begrunnelsen fra informanten er at helsesøster har mye av sammen type oppgaver, og kan støtte en lærer på mye av det som er frustrerende og vanskelig.

Faktorer som kan ha innvirking på samarbeidet, og er blant annet tillit og respekt relatert til hverandres kompetanse. Det fremholdes at helsesøster kan synes noe underlegen lærere, men at dette ikke stemmer med virkeligheten. En informant mener at lærer i like stor grad som helsesøster kan skjøtte visse oppgaver relatert til elever. Dette kan sees i lys av behov for respekt og tillit. Likemannsaspektet diskuteres også relatert til uttalelser omkring helseøsters funksjon som ”avlastning” i enkeltsaker. Det diskuteres om dette i realiteten handler om domener der lærer bestemmer hva helsesøster kan ta seg av, og ikke om samhandling. Men det kan like godt sees på som respekt for helsesøsters kompetanse og likeverdighet i rollen.

## 7.0 ”PÅ BESØK”

Ut fra materialet finner jeg beskrivelser som jeg relaterer til en rolle jeg kaller ”på besøk”. I dette ligger det at helsesøster en velkommen til å gjøre sin jobb og at man forholder seg til henne, men hun regnes ikke som en del av skolen.

### 7.1 Er der for elevene

Flere informanter forteller at de erfarer helsesøster som et objektivt organ for elevene, og at det kan være lettere å åpne seg for en nøytral person. En informant beskriver helseøsters rolle som unik og sier det slik:

*”Det er nok er en person som de opplever står litt på siden av skolen. Men det kan være positivt også, for det er en mer objektiv instans som det kan være greit å si noe til som de ikke sier til oss, som kommer for nært på dem. Og så tror jeg de opplever at vi har en veldig kontakt med hjemmet, og det kan faktisk stoppe dem fra å komme til oss av og til”.*

Videre beskriver en annen informant helsesøsters nøytralitetsrolle slik:

*”Helsesøster er en mer objektiv instans og derfor kan de fortelle mer til henne, for de ønsker jo ikke at vi skal bli lei oss heller. Eleven vil jo ikke at vi skal bli lei oss. For det blir jo vi, når de har det vondt hjemme. Sånn tror jeg ikke de tenker om helsesøster. Helsesøster er mer som en doktor.”*

Det fremkommer meninger om at helsesøster og lærer ofte får de samme opplysningene fra elevene, og at mangelfull samhandling gjør at man ikke får startet opp tidlig nok. Taushetsplikten nevnes som et hinder for å få til en tilfredsstillende samhandling. En informant er tydelig på at helsesøstre burde bli flinkere til å snakke med elevene om dette med nødvendigheten av å gå videre med opplysninger. Slik får man hjulpet eleven bedre. Eksempel på en slik mening er følgende:

*”Det er lett å sitte der og bli en skyllebøtte. Og det skal hun ikke være for eleven. Jeg opplever at taushetsplikten rett og slett kan være et lite hinder”.*

Et par informanter ønsker å få mer kjennskap til hva som kommer ut av samtaler som helsesøster har med elever. Det begrunnes med at i slike samtaler kan det fremkomme informasjon som lærer burde få kjennskap til for å kunne ha ”oversikt over eleven”. Dette sees på som viktig for å kunne ivareta eleven best mulig.

En informant beskriver at han har lite kjennskap til hva helsesøster driver med, annet enn at hun presenterer seg for alle de nye 8.klassingene i starten av skoleåret. Han forteller at hun etterpå har en individuell samtale med dem. En annen informant uttrykker savn i forhold til at helsesøster er lite fokusert på hva de voksne kan gjøre sammen i forholdt til elevene, når denne kartleggingen er over.

Et annet aspekt ved det å samhandle, er en informant som sier at han ikke tenker på å bruke kompetansen som helsesøster innehar, og ytrer seg slik: ”... og det er bare i helt spesielle saker jeg har hørt med helsesøster”. En annen sier at det oppleves som helsesøster ofte har det travelt, og det synes som hun har hovedfokus på elevene. Han beskriver et av inntrykkene på denne måten: ”Vi sitter liksom på hver vår tue, så jeg skulle ønske vi var litt tettere. Hun bør jo være inne i skolebiten helsesøster og!”

Det fremkommer beskrivelser av helsesøster om at hun jobber relatert til elevene, og innehar en nøytral funksjon i forhold til dem. Det blir referert til at helsesøsters rolle er mer lik en doktors, og at elevene har en nærmere relasjon til dem som lærere. I Gergens (2005) perspektiv om språkskapte virkeligheter, så kan det tolkes som informantene her skaper helsesøsters rolle gjennom bruk av ord og danner felles forståelsesformer. I beskrivelsen av helsesøster som en objektiv instans og forklaringer dertil, så kan det forstås at hun anses som fjern fra dem som lærere, og driver med noe som bare vedkommer elevene. Når helsesøsters rolle betraktes som mer lik en doktors og lærernes som svært nær elevene, kan dette forstås som at helsesøster ikke har en forpliktelse overfor elevene på samme måte som dem selv. En mulig tolkning er at hun hjelper elevene med oppståtte problemer, men har ikke det samme ansvar som de mener å ha for sine elever. Dette kan sees i sammenheng med undersøkelsen til Langaard (2006) om at avstandsdimensjonen er viktig for ungdom i samtale med helsesøster. De ønsker en deltakende og vennlig hjelper som holder en viss avstand. Slik sett kan det hende

lærerne skaper sin virkelighetsforståelse om forskjell i rollene ved at de kaller helsesøster en *"objektiv instans"*, mens de mener selv å være mer nær elevene eksemplifisert med beskrivelsen: *"Eleven vil jo ikke at vi skal bli lei oss. For det blir jo vi, når de har det vondt hjemme"*.

Noen informanter mener at hjelpen forsinkes når det ikke er rutine for å spørre elever hvorvidt noen andre er informert når elever har betrodd seg. Årsaken er manglende samhandling, mener noen av dem. Dette kan understøttes av den informant som sier at *"man sitter på hver sin tue"*, og rapporten til Myrvold & Helgesen (2005) om at helsesøstre og lærere kan synes å ha hver sine oppgaver på skolen. En side av dette kan være at det skorter på tidsressurser, og at begge faggrupper ikke prioriterer å ta kontakt med hverandre, noe både Glavin & Erdal (2007) og Hjälmhult (2002) nevner som et hinder for godt samarbeid. Med tanke på helsesøsters ofte begrensede tid på en skole, og lærernes travle hverdag, så kan dette være en faktor som spiller inn.

Det kan også være motstridende oppfattelser mellom profesjonene om hva som er viktig å samhandle om, slik de samme forfatterne nevner. Kanskje gjør helsesøster en faglig vurdering om at det ikke er nødvendig å samhandle relatert til en sak, mens læreren mener det motsatte. Dialog omkring prinsipper for hvordan samhandle bedre, kan lett bli nedprioritert i en travel hverdag. Dette bekrefter helsesøstre i en undersøkelse der de blant annet blir spurt om sine samhandlingsrutiner med lærere (Andersson et al., 2006).

Noen informanter trekker frem at taushetsplikten kan være et hinder for samhandling. Taushetsplikt og informasjonsutveksling diskuteres stadig som et tema i tverrfaglig sammenheng, og man finner det omtalt i flere fagbøker (Berg, 2005; Glavin & Erdal, 2007; Støkken & Nylehn, 2002; Willumsen, 2009). Relatert til de konkrete data, gjelder det hva helsesøster gjør med opplysninger hun får i forskjellige typer samtaler med elevene. Som helsepersonell har helsesøster en streng taushetsplikt, og lærere har også sin (Lov av 1967-02-10 nr.100; Lov av 1999-07-02 nr 64). I undersøkelsen til Langaard (2006) kom det frem et interessant dilemma. Siden skolehelsetjenesten er lett tilgjengelig og det er forbundet med lite stigma å oppsøke helsesøster, så kan det være en faktor som gjorde det vanskelig å ivareta fullstendig konfidensialitet. Elevene selv



beskrives som relativt åpent formidlende på at de går til samtale hos helsesøster, og det kan føre til at lærere lettere spør mer omkring dette. Kanskje får de en del informasjon av eleven selv, men vil automatisk da føle behov for å få mer opplysninger fra helsesøster. Det som poengteres av Langaard er at det må vises årvåkenhet fra de ansattes side i forhold til å opprettholde og begrunne de nødvendige grensene rundt skolehelsetjenesten. Jeg forstår dette slik at lærere i noen tilfeller ikke bør spørre elevene for mye om hvorfor de oppsøker helsesøster.

Innen skolen er det systemer på informasjonsutveksling, blant annet hvordan håndtere denne i en formell tverrfaglig sammenheng mellom eksempelvis helsepersonell og pedagogisk personell (Glavin & Erdal, 2007). Når det gjelder den uformelle samhandling og informasjonsutveksling, så gjelder like fullt de samme bestemmelser. Det enkleste vil derfor være å innhente samtykke om å bringe opplysninger videre. Men det bør uansett vises aktsomhet i forhold til videreformidling av informasjon, til tross for eksempelvis foresattes godkjenning om at helsesøster og lærer fritt kan utveksle opplysninger. Slik Glavin & Erdal (2007) presiserer, er det anledning til å bruke skjønn. Men det må tas hensyn til hva som er til elevens beste, når det gjelder å be om tillatelse til å frigi opplysninger til en lærer.

I et samhandlingsperspektiv, kan det hende at informantene kan ha rett i at opplysninger som kan være viktige i skolesammenheng, burde gis til eksempelvis kontaktlærer. Det ville mest sannsynlig ikke være noe problem for helsesøster å få foresattes samtykke. Det kan eksempelvis være en elev som strever med hjemmeforholdene, slik at det går ut over konsentrasjonen på skolen. Det kan være bra for eleven at lærer får kjennskap til dette for å kunne ta de nødvendige hensyn. Man kan se for seg at helsesøster enes med foresatte om at opplysninger ikke gis videre på detaljnivå, men likevel av et omfang som er nok til at lærer kan imøtekomme elevens behov. I forhold til rollen og funksjonen helsesøster innehar angående informasjon, så kan det aldri bli automatikk i at faggruppene er på lik linje (Glavin & Erdal, 2007; Lov av 1999-07-02 nr 64). Det kan hende enkelte forventer mer av helsesøster enn hun kan gi, på dette plan. Slik kan det innvirke på samhandlingen og forårsake at den ikke går problemfritt.

Et annet aspekt ved manglende samhandling og at helsesøster ikke regnes med, kan henge sammen med at man ikke husker på hverandre. En informant som forteller om å glemme nytten av helsesøsters kompetanse eller en annen som sier at hun virker travel og opptatt med elevene, kan understøtte dette. Dette kan igjen være et resultat av manglende implementering av samhandling som arbeidsmetode. Dersom begge parter ”holder på med sitt”, så blir utgangspunktet vanskelig. Det fremkommer i en studie at helsesøstre kan mene at deres hovedoppgave i skolen er å være der for elevene. Her sier informanter at de betrakter seg som en slags talskvinne for elevene, uavhengig og nøytral fra skolen (Alstveit, 2002). En slik anskuelse kan være med å hindre et godt samarbeid. I mitt materiale kan man ikke trekke noen slutninger i forhold til dette, men den landsomfattende undersøkelsen til Myrvold & Helgesen (2009) kan være med å styrke perspektivet på at skole og skolehelsetjente kan utgjøre separate verdener. Både lærere og helsesøstre forholder seg til elever, men lite til hverandre og driver med hver sine oppgaver. En av informantene kan tolkes som å reflektere over de omtalte separate verdener: *”de har jo sin jobb med å snakke med elevene[...] jeg vet ikke, men kanskje vi burde invitere henne opp og snakket litt sammen?”*.

## **7.2 Manglende informasjon**

Flere informanter ønsker seg mer informasjon dersom en elev foretar hyppige helsesøsterbesøk. Dette begrunnes med undring over om de som lærere kunne vært til hjelp i en sak. En informant opplever dette som å bli satt utenfor. En annen sier det slik:

*”Det er noen elever som bruker henne veldig mye, og er det er noe av dette som jeg bør vite om? For det virker ganske spesielt når de bruker så mye tid der. Jeg som kontaktlærer tenker jo på om det er noe som kanskje skulle berørt skolen, og”*.

En informant mener at helsesøster burde informere når det er et rush av elever som oppsøker henne. Lærere snakker sammen om dette, og han sier det slik: *”og det går ofte på om det er uttrykk for massesuggesjon eller om elevenes behov er helt reelle”*. En uberettiget mistanke mener han hadde vært greit å bli kvitt.

En annen informant har erfaringer om at helsesøster og andre faginstanser kan ha følgende holdning til skolens informasjonsplikt:

*”De har en slags taushetsplikt eller et eller annet som er hevet over min, eller vår, som gjør at de forventer informasjon fra meg av et omfang som er større enn de av naturlig vei gir til meg”.*

Informantenes beskrivelser kan tolkes i den retning at helsesøster glemmer lærernes behov for å bli orientert, og dermed selv er med å skape en avstand til skolen. Eksempelvis gjelder det når elever har hyppige besøk hos henne og det forårsaker undring hos lærerne på hva som er reelle behov. Dette kan være med å skape en opplevelse for lærerne om at skolens anliggender ikke vedgår helsesøster, for hun holder på med sine oppgaver uavhengig av dem. Muligheten er reell for at dette kan samsvare med tidligere refererte rapport om at profesjonsgruppene ikke har samme virkelighetsforståelse (Myrvold & Helgesen, 2009).

Det kan også tolkes som at det på den ene siden handler om manglende grad av respekt for verdien av lærernes undervisning. Mens det på den andre siden kan dreie seg om at helsesøster anser elevenes behov som så prekære, at hun velger å ta av undervisningstiden som elevene har krav på. Glavin & Erdal (2007) nevner at hinder for samhandling kan dreie seg om uklarheter omkring hva som er målet for det man driver med. Refleksjon over og forståelse for hverandres oppgaver, er viktig i denne sammenheng.

Moos et al. (2008) snakker om profesjonenes legitimering og posisjon i samfunnet. Det handler om å bli verdsatt for den kompetansen man innehar og det arbeidet man utfører. Tidligere var det klarere grenser på dette med å ha monopol på sin profesjonelle yrkesutøvelse. Eksempelvis kunne lærerne tidligere undervise uten forstyrrelser. I dagens samfunn er noen grenseoppganger mer utflytende i forhold til det enkelte fag sitt domene, slik forfatteren nevner i forbindelse med relasjonsprofesjonene. Slik sett kan læreres og helsesøsters bruk av tid med elevene ses på som en domenekonflikt, der profesjonenes behov for å legitimere seg ligger i bunnen. Denne faktoren kan gi seg

utslag i hvem som har monopol på å si at egne oppgaver er viktigere enn den andres. Et mulig perspektiv er at det fører til polarisering, der begge profesjoner hevder å ha den viktigste rollen overfor elevene.

### **7.3 Uinkludert samhandlingspartner**

Flere informanter forteller at helsesøster ikke automatisk inkluderes i planlegging eller inviteres på møtene som avholdes på de respektive trinn. Samtidig sier de at det kunne vært nyttig for begge parter, dersom hun er med. De mener at helsesøster kunne tatt mer initiativ selv, for å få til et bedre samarbeid. En informant opplever at helsesøster er svært travel og sier det slik:

*”Vi har kjørt et opplegg her på skolen, men helsesøster har ikke vært med. Det er veldig lett å tenke at hun har jo sitt, for jeg tror hun har så mye å styre med. Hun er der jo bare noen dager i uka, og det er lett å glemme henne. Ja, rett og slett!”.*

Det fremkommer også tanker om at hun ikke er inkludert fordi hun er litt på siden. En informant sier at han ikke savner helsesøster når han har behov for hjelp. En annen sier følgende om det samme: *”Jeg kommer ikke på noen situasjoner der jeg som lærer hadde hatt bruk for å rådføre meg med helsesøster”.*

En annen reflekterer over dette på følgende måte:

*”Vi lærere nevner sjelden helsesøster som en person å bruke, men vi kunne nok ha sett flere muligheter i dette som skole, i alle fall litte grann. Men det er ikke noe uttrykt savn at vi ikke bruker henne mer, det er det ikke”.*

Det kommer også frem at flere foretrekker å kontakte sosiallærer eller andre lærerkolleger på trinnet, når de trenger hjelp. En informant begrunner det med at sosiallærer står dem nærmere enn helsesøster og har en bedre kjennskap til elevene, for han er der hver dag. En annen går til sosiallærer fordi det er tjenestevei.

”Handlingsskapte virkeligheter” kan brukes for å belyse beskrivelsene informantene kommer med omkring inkludering av helsesøster. Forståelse skjer her gjennom sosiale prosesser og handlinger i sin særegne kontekst. Informantene beskriver forskjellige handlingsmønstre som kan føre til at helsesøster ikke medregnes. Eksempelvis er det ingen automatikk i at hun inviteres til møter det kunne vært nyttig at hun var med på. Hun kan også oppleves travel eller uinteressert ved at hun ikke selv tar initiativ til samhandling. Videre nevnes opplevelse av ikke å behøve hennes kompetanse eller at sosiallærer er den man velger å henvende seg til ved behov. Det siste momentet fremkommer i Hjälmhult (2002) sin undersøkelse av samarbeid mellom de aktuelle profesjoner. Negativ utvikling av samarbeidet skjedde blant annet der helsesøster opplevde seg oversett av personalet i skolen. Hun opplevde seg tilgjengelig, men ikke brukt.

Disse virkelighetsforståelsene av forholdet mellom helsesøster og lærere, kan være med å bidra til at helsesøster ikke inkluderes som samhandlingspartner. Det som fremkommer hos informantene, kan også samsvare med noe annet Hjälmhult (2002) fant, om at dårlig samarbeidsutvikling kan oppstå fordi skolen ikke inkluderer helsesøster og helsesøster er lite tilgjengelig. Hun kaller det en negativ sirkel.

En annen synsvinkel kan relateres det som fremkommer i artikkelen til Armstrong (2004), om at helsesøsterressursen undervurderes av både skoleledelse og undervisningspersonell fordi de ikke kjenner til omfanget av hva helsesøster kan bidra med. Det kan hende at informantenes beskrivelser kan være påvirket av lite kjennskap til hennes kompetanse når det uttrykkes: ” *Vi lærere nevner sjelden helsesøster som en person å bruke*”, eller slik en annen informant nevner om at han ikke har tenkt på å bruke helsesøsterkompetansen. Det ikke å kjenne hverandres fagfelt, nevnes av Andersson et al. (2006) som en mulig årsak til samarbeidsproblemer og at dette kan handle om manglende respekt for hverandres fagområder. En mulighet er at helsesøstre tar for gitt at de skal inviteres inn i skolen og dersom de ikke blir det, så trekker de seg unna.

Moos et al. (2008) poengterer at det er viktig å oppleve sin egen profesjon som anerkjent av potensielt samarbeidende profesjoner. Dette kan oppnås blant annet gjennom å utvikle et felles forståelsesgrunnlag, samtidig som den enkelte profesjons faglige integritet ivaretas. Sett i lys av sosialkonstruksjonismen kan et godt samarbeid sees som en sosialt konstruert virkelighet hvor interaksjonen er bygget på felles konvensjoner (Esmark et al., 2005). Muligens kan disse synsvinklene bidra til å underbygge at både lærere og helsesøstre må anerkjenne hverandre som likeverdige samhandlingspartnere, hvor felles konvensjoner gir dette samarbeidet mening.

## **7.4 Oppsummering**

Når det gjelder beskrivelser av rollen ”på besøk”, så fremkommer det flere synspunkter som er med å understøtte at hun ikke innlemmes som en del av skolen. En side av dette er at de regner henne for å være opptatt av elevene og jobber isolert i forhold til dem. Det kommer frem meninger om at hun har en objektiv rolle, og at det er noe som kan være gunstig i forhold til å få kontakt med elevene. Noen informanter beskriver at de selv er for tett innpå elevenes liv, til at de kan få en betrodd funksjon.

Mangelfull samhandling nevnes som en årsak til at elever kan få forsinket hjelp. Dessuten blir taushetsplikten nevnt som et hinder for gode samhandlingsrutiner. Det konkluderes med at de lovmessige bestemmelser legger premissene, men at gode rutiner for samarbeid og informasjonsutveksling har stor betydning for praksis. Samhandling synes også som påvirket av knappe tidsressurser. Motstridende faglige insitament for samhandling, kan også skape avstand mellom helsesøster og lærere. Det faktum at man rett og slett glemmer å bruke hverandre, kan også være en årsak. Det samme kan viljen til å bruke hverandre være, samt dårlige rutiner på at hun inviteres inn i deres fellesskap. På den annen side kan også helsesøsters opptreden oppfattes som at hun ikke har tid eller ikke ønsker å inkluderes.

Det trekkes også frem at informantene ønsker mer informasjon omkring elevenes bruk av helsesøstertjenesten. Det stilles spørsmål ved om alle elever som oppsøker helsesøster, har reelle behov eller ei. Dette diskuteres opp mot profesjonenes behov for

legitimering og hvordan ens egen faglige vurdering blir verdsatt. Det handler om hvem som har monopol på å avgjøre hvilke prioriteringer som er riktige i forhold til hva elevene foretar seg i skoletiden. Det vil si hvorvidt de skal være i klasserommet, eller i samtale hos helsesøster.

.

## 8.0 ”VÆRE DISPONIBEL”

Jeg finner det nyttig å trekke frem et aspekt som ofte fremkom i forbindelse med informantenes beskrivelser av helsesøsters rolle og funksjon. Det handler om helsesøsters tilgjengelighet og den tid hun har til disposisjon i skolen. Dette aspektet handler ikke om en rolle som helsesøster innehar, men er en faktor som kan innvirke på de rollene som er beskrevet i dette materialet.

### 8.1 Tilgjengelighet og tid

Nesten samtlige informanter uttrykte at helsesøsters tid på skolen er for knapp. De mener hun ideelt sett burde være tilstede på skolen når elevene er der. De opplever også at en del av helsesøsters allerede kort tilmålte tid på skolen, går med til møter eller oppdrag andre steder. En informant begrunner sin mening slik:

*”Jeg er tilhenger av **en** helsesøster på **en** skole, og ikke at de skal fyke rundt fra den ene arbeidsplassen til den andre. Dem som skal ha den rollen å være en rådgiver i forhold til barns helsesituasjon, må gis mulighet til å være over tid i en skole. De må gis tid til å etablere relasjoner både til dem de skal hjelpe og til dem de skal samarbeide med på skolen”.*

Informantene hadde forskjellige meninger om hva som kan bedre situasjonen. En mening er at helsesøster burde prioritere tiden sin bedre og holde på sine faste dager, mens en annen er å være på skolen når det står på døra hennes at hun skal være der. Dette sier en informant at er helt essensielt i forhold til elevene og fremhever at når de kommer til en låst dør, vil de med stor sannsynlighet ikke kommer tilbake senere.

En informant sier at det er et problem for egen del, at hun ikke jobber full tid på skolen. Han har opplevd situasjoner med elever der helsesøster har vært den som har hatt størst kjennskap til en sak, og at hjelpen har blitt mangelfull på grunn av helsesøsters begrensede tilstedeværelse. En annen informant sier noe av det samme:

*”Helsesøsters stilling på skolen er omtrent halv, og det legger store begrensinger på en god del av det arbeidet som jeg mener er mest*



*betydningsfullt. Da tenker jeg spesielt på elever som har behov for oppfølging av en helseperson. Det er ikke alltid at det kan vente til dagen etter”.*

Andre synspunkter er at når helsesøster er til stede noen få dager i uken, så blir hun bare regnet halvt med. En annen sier at han aldri tør å svare elever som spør om når helsesøster er på skolen, fordi han opplever at hun ikke er der på sine faste dager. Dette sier han at til syvende og sist går ut over elevene. Noe av det samme erfarer denne informanten:

*”Jeg synes det er irriterende og dumt hvis helsesøster er av gårde når hun har tiden sin på skolen. Fordi elevene kommer og spør etter henne og er litt fortvilet. En bør være mest mulig tilgjengelig for elevene”.*

Et annet moment som en informant nevner ved helsesøsters tilgjengelighet, er at kontoret hennes må være sentralt plassert i skolen. Det bedrer muligheten til samarbeid og gjør det lettere for lærerne å stikke innom helsesøster, når hun er til stede på skolen.

En informant sier at samarbeidsmulighetene vil bedres ved at både helsesøstertjenesten og andre tjenester bistår mer inn i skolen. Han sier det slik: *”Jeg tror veldig på å ha en egen gruppe av kompetanse fast på ett sted over tid”.* Han fortsetter med å forklare at de forskjellige fagpersonene da kunne jobbe mer koordinert i forhold til skolen.

Det konstateres av nesten alle informanter at det er knapphet på helsesøsters tid i skolen. Dette mener de blant annet kan gå utover kvaliteten på tjenesten i forhold til elevenes behov. I følge flere av dem, så burde hun være der når elevene er der. Dette samsvarer med en undersøkelse omkring helsefremmende dialoger mellom helsesøstre og ungdomsskoleelever. Her sier ungdommer at det er viktig at helsesøster er oftere til stede på skolen, og at det er den samme som er der over tid (Johansson, 2006). Oppfatninger om hvordan helsesøster disponerer sin tid, fremkommer også. Isolert sett, så kan disse meningene tolkes som at informantene viser engasjement i helseøsters bruk av sin tid og hvordan hun prioriterer den. Ut fra perspektivet ”handlingsskapte virkeligheter”, så konstruerer informantene sin forståelse sammen med sitt kollegium.

Sammen erfarer de helsesøsters tilstedeværelse på skolen og hva de mener hun bruker tiden til. De opplever kanskje at hun ikke kan komme på et møte, eller elever kommer til lærer og spør hvor helsesøster er etter å ha kommet til låst kontordør. Det fremkommer mening om at hun burde prioritere tiden sin bedre. Ved å følge perspektivet, så er deres oppfatninger lokalt situerte sannheter. Informantenes forståelse er basert på deres felles praktiske erfaring (Alvesson & Sköldberg, 2008).

Hvis vi går til helsesøster, så er kanskje hennes opplevelse i forhold til tidsressurser og prioriteringer helt annerledes enn informantenes. Helsesøstre forteller i undersøkelser om frustrasjon over å måtte prioritere. Det er for liten tid til direkte elevkontakt og til å få tid til primærforebyggende arbeid (Andersson et al., 2006; Hjälmhult, 2002). Det er kanskje ikke rom for så mange forbedringer, slik en informant antydte. Det er muligens stillingsstørrelsen det handler om. Hvordan helseøstre bruker tiden sin, kan jo ikke disse informantene vite sikkert. Det fremkommer også i en studie om helsesøstre og helsefremmende arbeid, at samtaler med elever er hva de opplever å bruke mest tid på når det gjelder skolehelsetjenestearbeidet (Alstveit, 2002). Dette kan være med å vise en mulig diskrepans mellom informantenes og helsesøstres meninger om disse prioriteringene. Johansson (2006) viser til at elever opplever å savne helsesøster mest når de kommer til en stengt dør. Dette er med å støtte opp om noe av det informantene sier.

Noe annet som trekkes frem av enkelte informanter, er at helsesøster innehar en viktig faglig posisjon i skolen. God tilgjengelighet for elevene og tid til samarbeid med foresatte og fagpersonell på skolen, er hører til hennes funksjonsutøvelse (Hjälmhult, 2002; Misvær & Haugland, 2009).

I følge en informant betraktes hun ikke som en del av skolen, fordi hun er der for lite. Han sier videre at det kan føre til at han som lærer ikke tar inn over seg alt han ser, og begrunner det med at helsesøster sjelden er tilstede for å bistå. Dette kan tolkes som at helsesøsters grad av tilstedeværelse kan innvirke på lærernes engasjement i elevenes problemer. Flere informanter sier at helsesøster burde være den samme personen som jobbet i skolen over tid, og dette gjelder også representanter for andre hjelpeinstanser.

Her nevnes spesielt PP-tjenesten. Koordineringen av instansenes samarbeid i forhold til skolen vil kunne styrkes på denne måten. Dette understøttes av Glavin & Erdal (2007) som blant annet sier at tverrfaglig samarbeid bør skje i nærhet til brukerne, og det bør være faste deltaker som har kjennskap til hverandre. De trekker også frem tidsfaktoren som viktig for å kunne bygge gode relasjoner. En informant har meninger som kan relateres til det som forfatterne trekker frem. Han sier at hjelpeinstansene kan brukes på en bedre måte dersom de er mer tilstede i skolen, og det er system på det. Lærerens ord får lov å avslutte dette:

*”...og når det er små ressurser, blir det jo også kamp om ressursene, og de problemene som jeg jobber med, er det noe som er så viktig at jeg må trenge meg frem i køen? [...] I det øyeblikket det er ordentlig system på det, så vil det gjøre det lettere for den enkelte læreren å ta i **bruk** det systemet”.*

## 8.2 Oppsummering

Det kan synes som helsesøsters tilstedeværelse på skolen betraktes som viktig både for elevene og informantene selv. Det fremkommer informasjon som viser at helsesøsters knapphet på tid i skolen kan gjøre at elevene ikke får et tilstrekkelig hjelpetilbud. Det samme kan gjelde for lærerne. De opplever ikke alltid å kunne få den helsefaglige støtten de behøver inn i saker. Helsesøsters manglende tilstedeværelse kan føre til at hun i mindre grad regnes med i skolen og at det innvirker på samarbeidet. I tillegg til at helsesøster må ha nok tid, fremkommer det at tilgjengeligheten bedres ved at kontoret hennes er sentralt plassert i skolen. Det fremholdes også at det er viktig med kontinuitet, ved at det er den samme personen som innehar helsesøsterstillingen over tid på en skole.

Et siste moment handler om koordinering av hjelpeinstansers funksjoner og tilgjengelighet. Det fremkommer ønske om å ha en egen gruppe fagpersoner som samarbeider fast på ett sted over tid.

## 9.0 OPPSUMMERING OG VURDERING

Prosjektets utgangspunkt er psykisk helsearbeid i skolen og helsesøsters rolle i dette arbeidet. Statlige føringer oppfordrer til samarbeid mellom skole og skolehelsetjeneste, men både uttalelser fra dem som jobber i praksisfeltet og fra faglig hold, indikerer at dette til tider kan være problematisk å få til. Skolehelsetjenesten har pålegg om at det *skal* samarbeides med skolen i forhold til skolebarns helse, mens lærerne på sin side kun oppfordres til dette (Berg, 2005; Glavin & Erdal, 2007; Sosial- og helsedirektoratet, 2003, 2004, 2007). Med tanke på at praksisnære erfaringer er viktig å få frem, så utforskes problemstillingen: *Hva er læreres beskrivelser og erfaringer omkring helsesøsters rolle og funksjon relatert til elevenes psykiske helse?* Hensikten er at helsesøstre og helseledere skal kunne dra nytte av denne kunnskapen for å kunne kvalitetsforbedre samarbeidet med lærere omkring elevenes psykiske helse.

Tidligere forskning viser at samhandling mellom helsesøster og lærere blant annet betinger en inkluderende holdning fra skolens side, men det avhenger også av helsesøsters tilgjengelighet. Sosialkonstruksjonisme, sentrert om sosialpsykologen Kenneth Gergens betraktninger, er valgt som teoretisk perspektiv. Hans antakelser om at konstruksjon av ”lokal” virkelighet skjer gjennom språk og handling innen et gitt fellesskap, brukes for å belyse datamaterialets beskrivende karakter.

Empirien ble innhentet gjennom halvstrukturerte, kvalitative dybdeintervju av seks lærere fra to tilfeldig utvalgte skoler i en kommune. Dette gav variert og utfyllende informasjon omkring tema, men datamaterialet er for lite til å kunne si noe om funnenes allmenngyldighet. Informantenes beskrivelser av helsesøsters rolle og funksjon ble kategorisert i tre grupper. Den ene rollebeskrivelsen fikk betegnelsen ”Inkludert ekspert”, som betyr at helsesøster med sin helsefaglige bakgrunn er inkludert i skolens fellesskap. Det fremkommer at hun betraktes som ekspert på fysisk og psykisk helserelaterte spørsmål, og noen mener at helsesøster også har kompetanse på psykososial problematikk. Ressursfunksjonen relateres til å ivareta elevenes behov, være rådgiver overfor lærerne og til hjelp i enkeltsaker. Nærmest ingen av informantene nevner at helsesøster har kompetanse på helsefremmende og forebyggende arbeid. Hun

er heller ikke innlemmet i noen av de større prosjektene som har hele elevmassen som målgruppe. Informantene syntes ikke å ha et bevisst forhold til å samhandle med helsesøster omkring elevenes psykiske helse. Det skjer heller som følge av behov som kommer opp der og da, når de trenger hjelp til å løse et problem. Noen av informantene mener at helsesøstre fremstår som underlegne, og at de burde tydeliggjøre sin kompetanse i mye større grad.

Den andre rollen fikk betegnelsen "Likemann" hvor helsesøster med sin spesifikke kompetanse er på lik linje med lærerne, der fellesoppgaven er å være tilstede for elevene. Beskrivelsene går på at faggruppens roller flyter over i hverandre relatert til psykososial problematikk hos elevene. Noen har opplevelser av et godt samarbeid med helsesøster, der arbeidsfordeling skjer ad hoc når det oppstår en situasjon. Enkelte beskrivelser kan diskuteres hvorvidt handler om likemannsaspektet eller om hvem som har beslutningsmakt, når det fremholdes at de henvender seg til helsesøster dersom de *selv* ikke har tid til å ta seg av en sak.

Den siste rollebeskrivelsen "På besøk", karakteriseres ved at helsesøster ikke regnes som en del av skolen. Hun holder på med sitt og er opptatt av elevene. Det fremkommer informasjon som kan tolkes dit hen at lite samhandling kommer av at lærerne glemmer å innlemme henne, eller velger ikke å bruke henne. Men det oppleves også at helsesøster ikke har tid eller selv ikke tar initiativ til kontakt. Enkelte mener at lærerne burde informeres bedre av helsesøster om elever hun har kontakt med. Dette begrunnes med ønske om det beste for eleven. I tillegg burde helsesøster være bedre til å klarere med lærerne, når elever stadig oppsøker helsesøster i undervisningstiden.

"Å være disponibel" kalles momentet som handler om helsesøsters tidsressurs og tilgjengelighet når hun er til stede på skolen. Dette presenteres eksplisitt, fordi det har sammenheng med rollebeskrivelsene. Flere mener at helsesøsters knapphet på tid går ut over skolens behov for helsefaglig støtte og hjelp. I tillegg medregnes helsesøster i mindre grad når hun er der lite, og dette innvirker på samhandlingen. Bedre

tilgjengelighet og kontinuitet ved at sammen person innehar stillingen over tid, mener informantene er viktig for samhandlingen.

Funnene viser at helsesøster innehar en unik posisjon i skolen som ekspert på helserelaterte tema. I rollen som ”inkludert ekspert” er det et potensial som jeg mener helsesøstre bør benytte seg av. Flere informanter sier at helsesøster bør fremstå enda tydeligere faglig sett, og det kan innbefatte forsterkning av posisjonen som viktig samhandlingspartner og helsefaglig ekspert. De føringer som foreligger angående samhandling, sier i klartekst hvilken rolle helsesøster forventes å skulle ha (Helse- og omsorgsdepartementet, 2003; Sosial- og helsedirektoratet, 2004, 2007). Her kan det tolkes at helsesøster har en selvfølgelig og sentral plass i skolen, og at det foreligger en felles forståelse for at psykisk helsefremmende og forebyggende arbeid skal implementeres gjennom samarbeid mellom skole og helse. Mitt materiale som riktignok ikke er stort, viser at virkeligheten kan synes annerledes, og at den således ikke er helt i tråd med myndighetenes ønsker og visjoner. SINTEF- rapporten viser til noe av de samme vansker i videregående skole når det gjelder forebyggende prosjekter (Andersson et al., 2010).

Det som fremkommer kan oppfattes som at lærere ikke kjenner til sentrale elementer innen helseøstres fagkompetansen (Armstrong, 2004; Myrvold & Helgesen, 2009). Det burde eksempelvis *ikke* fremkommet at skolen lar være å involvere helsesøster når det er elever som strever hjemme, eller når lærer oppdager at de sliter psykisk. Beskrivelsene lærerne kommer med, tyder på at de erfarer helsesøster kompetanse gjennom samhandling. Dette bør helsesøstre benytte seg av og vise sin kyndighet gjennom handling i fellesskap med lærerne. På den måten kan helsesøstre synliggjøre mer av sin faglige kompetanse, og selv forme sin rolle overfor samarbeidspartnerne i skolen. Hvis helsesøster kun tilbringer sin tid i skolen ”på besøk”, og hevder at rollen er å være elevenes ambassadør slik det fremkommer i SINTEF- rapporten til Andersson et al. (2010), så vil samarbeidsmulighetene betydelig forringes. Imidlertid må det poengteres at tidsressursen synes å være en sentral faktor for et vellykket samarbeid, hvilket også fremkommer i forskning (Hjälmhult, 2002).

”Likemanns” aspektet kan tyde på en uklar grenseoppgang mellom hva som er læreres og helsesøstres roller relatert til psykososial problematikk. Data er imidlertid basert på læreres beskrivelser, og det kan være at helsesøstre ser dette annerledes. Noen av utsagnene kan også tolkes som at lærere selv bestemmer hvor de henvender seg når det er behov for hjelp, og at det er dem som definerer hvorvidt helsesøster skal involveres eller ei. Sett i lys av at helsesøster betraktes som læreres nærmeste samhandlingspartner (Myrvold & Helgesen, 2009), så burde det være en selvfølge at helsesøster trekkes inn i en sak. Det er fordi helsesøstre har den nødvendige kompetansen til å vurdere og å ta gode avgjørelser for videre tiltak, til beste for eleven (Misvær & Haugland, 2009).

Dette prosjektet henvender seg primært til helsesøstre og ledere av helsetjenesten, og funnene gir et innblikk i læreres praksisnære erfaringer i samhandling med helsesøster. Denne kunnskapen kan brukes til å kvalitetsforbedre arbeidet relatert til elevenes psykiske helse, med henblikk på hva helsetjenesten selv kan gjøre. Det kan synes som samhandlingen kan henge sammen med helsesøsters tid til disposisjon, og hvorvidt læreren kjenner til og bruker hennes kompetanse innen både psykisk helse relatert problematikk og det helsefremmende og forebyggende arbeidet.

Det som fremkommer kan være med å underbygge at det er behov for økt tilgjengelighet av helsesøstertjenester i skolen. Løsningen ligger da i hendene på dem som prioriterer hvordan de kommunale midler skal brukes. I Opptappingsplanen ligger det mange utfordringer for kommunalt psykisk helsearbeid overfor barn og unge. Det betviles i hvor stor grad kommunene er i stand til både å bruke de eksisterende ressurser og mestre oppgaven med organisering av blant annet forebyggende tiltak. Hvordan det satses på 1.linjenivå er helt essensielt for å kunne holde fram med planens intensjoner. At skolehelsetjenesten er viktig å prioritere, nevnes i både utredninger, veiledere og i annen litteratur (Forskningsrådet, 2009; Misvær & Haugland, 2009; Myrvold & Helgesen, 2009; Sosial- og helsedirektoratet, 2003, 2004).

En videreføring av prosjektet kan være å få frem skoleledere og helselederes tanker omkring diskrepansen mellom praksis og de sentrale føringer omkring samhandling relatert til barn og unges psykiske helse. Det fremkommer fra SINTEF- rapporten at

skoleledelsen er svært sentral når det gjelder *implementering* av forebyggende program for å kunne samhandle med skolehelsetjenesten innen psykisk helse (Andersson et al., 2010). Hvordan kommunen *organiserer* tjenestene overfor barn og unge, har også betydning for samhandlingsrutiner og følgelig også for tjenestenes kvalitet (Myrvold & Helgesen, 2009). Dersom ledere kunne bevisstgjøres enda mer på sin betydning for tjenesteytingen, så ville det muligens gi et håp om at det nytter å si ifra om hva som behøves for å kunne forbedre praksis, slik denne informanten gjør:

*”Jeg er utrolig positiv til at helsetjenestens betydning i skolen oppvurderes og at spesielt samarbeidet med helsesøster styrkes, ved at helsetjenestene prioriterer **ressurser** inn der, nettopp fordi at det er en god del barn og unge som ikke klarer seg så godt i skolen, det ser jeg i veldig stor sammenheng med hva slags måte de tenker på og hvilke erfaringer de har i livene sine, og særlig den psykososiale biten har **enorm** betydning for de som vokser opp. Da tenker jeg at i den grad vi klarer å få til et **samarbeid** med helse og skole, så har vi mulighet til å gjøre mye for enkeltelever og systemet som helhet... og”.*



## REFERANSELISTE

- Alstveit, M. (2002). *Helsefremmende arbeid som "det lille ekstra": en kvalitativ studie av hva helsefremmende arbeid betyr for helsesøstre*. Bergen.
- Alvesson, M., & Sköldberg, K. (2008). *Tolkning och reflektion: vetenskapsfilosofi och kvalitativ metod*. Lund: Studentlitteratur.
- Andersson, H. W., Bungum, B., Kaspersen, S., Bjørngaard, J. H., & Buland, T. (2010). *Psykisk helse i skolen. Effektevaluering av opplæringsprogrammene Hva er det med Monica?, STEP - ungdom møter ungdom og Venn 1.no*. Trondheim: SINTEF.
- Andersson, H. W., Norvoll, R., & Ose, S. O. (2006). *Helsesøsters kompetanse*. Trondheim: SINTEF.
- Andreassen, E. (2008). *Psykisk helse i skolen: hvilken ressurs kan læreren være for risikoutsatte elever*. Stavanger.
- Armstrong, F. (2004). More than just band-aids: The emerging role of school nurses. *Australian Nursing Journal*, 11, 18.
- Berg, N. B. J. (2005). *Elev og menneske: psykisk helse i skolen*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Bogen, H. J. J. (2006). *Lærere i møte med elever med psykiske lidelser: "det er ikke egentlig dette vi kan"*. Oslo.
- Esmark, A., Bagge Laustsen, C., & Åkerstrøm Andersen, N. (2005). *Socialkonstruktivistiske analysestrategier*. Frederiksberg: Roskilde Universitetsforlag.
- Fog, J. (2004). *Med samtalen som utgangspunkt: det kvalitative forskningsinterview*. København: Akademisk Forlag.
- Forskningsrådet. (2009). *Evaluering av Opptrappingsplanen for psykisk helse (2001-2009), sluttrapport – syntese og analyse av evalueringens delprosjekter*. Oslo.
- Gergen, K. J. (2005). *Virkeligheter og relationer: tanker om sociale konstruksjoner*. København: Dansk Psykologisk Forlag.
- Gergen, K. J. (2009). *An invitation to social construction*. Los Angeles: SAGE.
- Glavin, K., & Erdal, B. (2007). *Tverrfaglig samarbeid i praksis: til beste for barn og unge i kommune-Norge*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2003). *FOR 2003 - 04 - 03 nr. 450. Forskrift om kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid helsestasjons- og skolehelsetjenesten*. Helse- og omsorgsdepartementet.

- Helsetilsynet. (1995). *Internkontroll og hovedarbeidsområder for skolehelsetjenesten*. Hentet 14. april 2010 fra, <http://www.helsetilsynet.no/templates/ArticleWithLinks>
- Hjälmhult, E. (2002). Skolehelsetjenesten og helsefremmende arbeid. *Vård i Norden*(1), 42-46.
- Johansson, A. (2006). Mental health-promoting dialogue of school nurses from the. *Vård i Norden*(4), 10-13.
- Jørstad, R. (2009). "...lytte - gi de små ordene rom...": en studie av kommunalt psykisk helsearbeid relatert til ungdom i Hedmark. Elverum: Høgskolen i Hedmark.
- Kirke- utdannings- og forskningsdepartementet. (1996). *Læreplanverket for den 10-årige grunnskolen*. Oslo: Nasjonalt læremiddelsenter.
- Langaard, K. (2006). Ungdom, psykisk helse og profesjonell hjelp. *Tidsskrift for ungdomsforskning*, 6(2), 25-40.
- LOV- 1967-02-10 nr. 00. *Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker (forvaltningsloven)*. Justis - og politidepartementet. Hentet 18.april 2010, fra <http://www.lovdata.no/all/hl-19670210-000.html>
- LOV-1999-07-02 nr. 64. *Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven)*. Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet 18.april 2010, fra [http://www.lovdata.no/cgi-wift/wiftldes?doc=/app/gratis/www/docroot/all/nl-19990702-064.html&emne=helsepersonellov\\*&&](http://www.lovdata.no/cgi-wift/wiftldes?doc=/app/gratis/www/docroot/all/nl-19990702-064.html&emne=helsepersonellov*&&)
- Malterud, K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Misvær, N., & Haugland, S. (2009). *Håndbok for skolehelsetjenesten*. Oslo: Kommuneforl.
- Moos, L., Krejsler, J., & Fibæk Laursen, P. (2008). *Relationsprofesjoner: lærere, pædagoger, sygeplejersker, sundhedsplejersker, socialrådgivere og mellemedere*. København: Danmarks Pædagogiske Universitets Forlag.
- Myrvold, T. M., & Helgesen, M. (2009). *Kommunalt psykisk helsearbeid: organisering, samarbeid og samordning*. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning.
- Newell, S., Schoenike, S. L., & Lisko, E. A. (2003). Quality assurance in school health *Journal of School Nursing*, 19(3), 157-162.
- Nordahl, T., & Manger, T. (2005). *Atferdsproblemer blant barn og unge*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Psykisk helse i skolen 2005-2008*. (2008). Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Ryen, A. (2002). *Det kvalitative intervjuet: fra vitenskapsteori til feltarbeid*. Bergen: Fagbokforlaget.

Sosial- og helsedirektoratet. (2003). *Opptappingsplanen for psykisk helse 1999-2006: Sosial- og helsedirektoratets forslag til tiltak 2003-2006*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.

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

Sosial- og helsedirektoratet. (2007). *Psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.

Støkken, A. M., & Nylehn, B. (2002). *De Profesjonelle: relasjoner, identitet og utdanning*. Oslo: Universitetsforlaget.

Utdanningsdirektoratet. (2007). *Utvikling av sosial kompetanse: veileder for skolen*. Oslo: Utdanningsdirektoratet.

Widerberg, K., & Bolstad, K. (2001). *Historien om et kvalitativt forskningsprosjekt: en alternativ lærebok*. Oslo: Universitetsforlaget.

Willumsen, E. (2009). Tverrprofesjonelt samarbeid i praksis og utdanning i helse- og sosialsektoren. I: *Tverrprofesjonelt samarbeid* (s. S. 16-32). Oslo: Universitetsforlaget.

## Vedlegg 1: Intervjuguide

Side I

### Intervjuguide

#### **Hovedtema 1: Informantens kontakt med helsesøster**

Kontakt med helsesøster og hvem tok initiativ?

Hva slags type saker og hvordan dette opplevdes. Spesielle erfaringer?

#### **Hovedtema 2: Erfaringer omkring samhandling med helsesøster over tid**

Hvilke type saker/problematiske? På hvilke arenaer i skolen (møter/ad hoc etc)?

Hva assosieres med ordet samhandling? Hvilke momenter får samhandling til å fungere?

Meninger om nytten av denne type arbeid. Tanker om helsesøster rolle relatert til tverrfagligheten i skolen

Meninger om samhandling/samarbeid med helsesøstertjenesten. Hvordan kan det foregå?

#### **Hovedtema 3: Kjennskap til helsesøsters kompetanse og oppgaver:**

Tanker om helsesøsters utdanningsbakgrunn og hva helsesøster driver med i skolen

Hvordan fått denne kjennskapen? (gjennom egen utdanning, gjennom arbeidserfaring, spurt helsesøster direkte)

Opplevelse/tanker om hvordan helsesøsters kompetanse presenteres?

Tanker om helsesøsters fagkompetanse ved forskjellig type problematiske?

Tanker om helsesøsters status i skolen

Tanker om hvordan elevene oppfatter helsesøster

Hva er nytten av det arbeidet helsesøster driver?

Opplevd selv å tenke aktivt på at helsesøster kan bidra i en sak/ha en rolle som en selv ikke kan dekke?

Hvilke problemstillinger vil du kontaktet helsesøster for?

#### **Helsesøster tilgjengelighet og betydning for samhandling:**

Hva de tenker om hennes "synlighet" i skolen. Hvordan det er å få tak i henne

Helsesøster deltakelse i organisasjonen. Informantens "bruk" av helsesøstertjenesten

Hvordan oppfattes helsesøstertjenesten i skolen – har de noen opplevelser av hva andre kolleger tenker?

Tanker om hva helsesøster kan gjøre bedre. Behøver lærere denne tjenesten selv?

#### **Hovedtema 4: Forståelse av psykisk helsefremmende og forebyggende arbeid relatert til elevene**

Assosiasjoner til begrepene? Hva assosieres med denne type arbeid i relasjon til elever

Hvilke tanker kommer når ordet "arbeid" relateres til helsefremming og forebygging?

Hvem skal evt gjøre dette arbeidet/har ansvar? Meninger om hvilke grupper elever arbeidet kan gjelde for?

Tanker om hvilken kompetanse helsesøster har her?

Egne erfaringer i saker hvor helsesøster har hatt en rolle (eks ”Psykisk helse i skolen” - program)?

Hvordan oppleves helsesøsterkompetansen omkring de enkelte erfaringer? (faglig tyngde)

Hvordan opplevdes det i fht eget ansvar (samhandling/oppgavefordeling)? Hvordan bør slik type arbeid i skolen initieres?

Tanker /refleksjoner omkring hvordan det bør samhandles i denne type arbeid? Hva kan gjøres bedre?

### **Undertema 1: Forståelse av psykisk helse:**

Forståelse av ordet psykisk helse. Hvordan forstås psykisk helse relatert til elever (totale situasjon)

Kjennskap til begrepet gjennom skriftlig materiell? (undervisnings- eller annet)?

Har noen overordnede i skolen snakket om dette? Lest/hørt om det i medier?

Hvilke assosiasjoner gir det i skolesammenheng? Hvordan oppleves egen kompetanse relatert til dette?

Har helsesøster brukt dette begrepet? (evt i hvilken sammenheng?)

Forståelse av ordet psykososialt (problemer, vansker, mestring etc)

### **Undertema 2: Psykiske vansker/lidelser:**

Meninger om disse begrepene? Hvordan kan det oppdages?

Hvilke faginstanser har kompetanse til å håndtere dette?

Psykososial fungering – hva legges i dette begrepet?

Hvordan relateres det til psykisk helse?

### **Undertema 3: Egen kompetanse:**

Tanker om egen kompetanse i forhold til helsefremmende/forebyggende arbeid (f.eks ”Alle har en psykisk helse”)

Har lærere ansvar på noe vis? Tanker om skolens fagkompetanse og om det evt bør komme inn andre faggrupper

### **Til sosiallærer spesielt:**

Tverrfaglig/tverretatlig samarbeid – erfaringer?

Hvordan oppleves helsesøster i denne sammenhengen (rolle i tverrfaglig team/”faglig tyngde” og avgjørelsesmyndighet)

## Vedlegg 2: Informantforespørsel

Lisbeth J. Gallefoss  
Ole Bullsgt 30  
4630 Kristiansand

Kristiansand,.....

Til den det måtte gjelde

### **Forespørsel om deltakelse i mastergradsprosjektet Ungdom og psykisk helse**

”Samhandling i skolen mellom lærere og helsesøstre innen  
helsefremmende og forebyggende arbeid relatert til elevenes psykiske helse”

I forbindelse med mitt mastergradsprosjekt ved Universitetet i Agder, omkring ungdom og psykisk helse, inviteres du til å være med i en intervjuundersøkelse. Tema er hvordan lærere bruker helsesøster som samhandlingspartner og hvordan de betrakter helsesøsters kompetanse i dette arbeidet. Hensikten med prosjektet er å få kunnskap som kan brukes til å kvalitetsforbedre samhandlingen mellom lærere og helsesøstre. Tanken er at dette til syvende og sist kommer elevene til gode.

Datainnsamlingen vil foregå ved at jeg intervjuer lærere og sosiallærere fra forskjellige skoler. Intervjuene vil vare 1-2 timer og tas opp på bånd og jeg vil ta noen enkle notater i tillegg. Siden vil jeg skrive intervjuene om til tekst som jeg skal analysere. Opplysningene vil bli behandlet konfidensielt, deltakerne anonymisert og ingen vil kunne kjenne seg igjen i oppgaven. Alle lydbånd og notater oppbevares innelåst uten å være knyttet til navn og alle opptak slettes når oppgaven er ferdig, senest 25.juni 2010. Resultatene fra intervjuundersøkelsen vil presenteres i masteroppgaven, som vil være et offentlig dokument tilhørende Universitetet i Agder

Du står fritt til å trekke deg fra studien når du måtte ønske, uten å måtte gi noen begrunnelse.

Ansvarlig for studien: Lisbeth Jensen Gallefoss, mobil: 95772743

Veileder: 1.lektor Anne Brita Thorød, Universitetet i Agder Tlf: 37 00 40 10

Bekreftelse:

Jeg har mottatt informasjon om studien ”Samhandling i skolen mellom lærere og helsesøstre innen helsefremmende og forebyggende arbeid relatert til elevenes psykiske helse” og er villig til å delta.

..... telefonnummer.....  
(Dato og signatur)

### **Vedlegg 3: Brev til rektorer**

Lisbeth J. Gallefoss  
Ole Bullsgt 30  
4630 Kristiansand

Kristiansand, .....

Til  
Rektor ved.....

#### **Forespørsel om å skaffe informanter til mastergradsprosjektet:**

”Samhandling i skolen mellom lærere og helsesøstre innen  
helsefremmende og forebyggende arbeid relatert til elevenes psykiske helse”

I forbindelse med mitt mastergradsprosjekt ved Universitetet i Agder, omkring ungdom og psykisk helse, ønsker jeg å gjennomføre en intervjuundersøkelse blant pedagoger i ungdomsskole. Tema er hvordan lærere bruker helsesøster som samhandlingspartner, og hvordan de betrakter helsesøsters kompetanse. Hensikten med prosjektet er å få kunnskap som kan brukes til å kvalitetsforbedre samhandlingen mellom lærere og helsesøstre. Tanken er at dette til syvende og sist kommer elevene til gode.

Studien vil gå ut på å intervjuere lærere og sosiallærere fra forskjellige skoler i kommunen. De skoler som nå får denne forespørselen, er tilfeldig utvalgt. Opplysningene som fremkommer i intervjuene vil bli behandlet konfidensielt, deltakerne anonymisert og alle opptak slettes når oppgaven er ferdig, senest 25.juni 2010. Resultatene fra intervjuundersøkelsen vil presenteres i masteroppgaven, som vil være et offentlig dokument tilhørende Universitetet i Agder.

Jeg håper på velvillighet til å la meg få lov å forespørre sosiallærer samt 2 kontaktlærere ved din skole om de kan tenke seg å være informant i min undersøkelse. Samtidig spør jeg om det er mulighet for at de aktuelle lærere kan få frigitt tid til dette innen sin arbeidstid. Intervjuet vil ta 1-2 timer. Fortrinnsvis ønsker jeg å foreta intervjuene i løpet av januar 2010.

Jeg vil ta kontakt med deg per mail for å få et svar på min henvendelse. Dersom du godkjenner at jeg kan forespørre lærere ved din skole, så enes vi videre hvordan dette skal gjøres. Ved eventuelle spørsmål som følge av dette brev, er det bare å ta kontakt.

Ansvarlig for studien:

Lisbeth Jensen Gallefoss, mobil: 95772743, mailadresse: lisbethjg@hotmail.com

Veileder:

1. lektor Anne Brita Thorød, Universitetet i Agder Tlf: 37 00 40 10

Med vennlig hilsen

Lisbeth Jensen Gallefoss

## Vedlegg 4: Godkjenning fra NSD

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS  
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29  
N-5007 Bergen  
Norway  
Tel: +47-55 58 21 17  
Fax: +47-55 58 96 50  
nsd@nsd.uib.no  
www.nsd.uib.no  
Org.nr. 985 321 884

Anne Brita Thorød  
Institutt for psykososial helse  
Universitetet i Agder  
Sykehusveien 4, serviceboks 604  
4809 ARENDAL

Vår dato: 05.01.2010

Vår ref: 23175 / 2 / PB

Deres dato:

Deres ref:

### KVITTERING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 07.12.2009. Meldingen gjelder prosjektet:

23175	<i>Læreres meninger og erfaringer om helsesøster som samhandlingspartner</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Universitetet i Agder, ved institusjonens overste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Anne Brita Thorød</i>
Student	<i>Lisbeth Jensen Gallefoss</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

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

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

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

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 25.06.2010, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

  
Vidis Namtvedt Kvalheim

  
Pernilla Bollman

Kontaktperson: Pernilla Bollman tlf: 55 58 24 10

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Lisbeth Jensen Gallefoss, Ole Bullsgt. 30, 4630 KRISTIANSAND S

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no  
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svarva@svt.ntnu.no  
TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@sv.uit.no



## Vedlegg 5: Prosjektvurdering fra personvernombudet

### Personvernombudet for forskning



#### Prosjektvurdering - Kommentar

---

23175

I forbindelse med prosjektet skal man intervjuere lærere og sosiallærere om hvordan de opplever samarbeidet med helsesøster relatert til helsefremmende arbeid og forebyggende psykisk helsearbeid i skolen. Intervjuer vil bli tatt opp på manuelt lydopptak og transkriberes på pc. Direkte personidentifiserende opplysninger i form av navn vil bli erstattet av en kode som viser til en navneliste som oppbevares atskilt fra datamaterialet.

Personvernombudet for forskning finner at behandlingen av personopplysninger kan hjemles i personopplysningsloven § 31. Det vises i den forbindelse til informasjonsskriv mottatt 18.12.2009. Ombudet finner skrivet tilfredsstillende, men anbefaler mindre endringer (jf. e-post datert 05.01.2010).

Helsesøstre kan ev. fremstå som tredjepersoner i intervjumaterialet, siden lærerne ofte vil ha erfaring av samarbeid med få helsesøstre. Samtlige helsesøstre i kommunen vil motta informasjon om prosjektet, og ombudet finner dermed at krav til informasjon overfor tredjeperson er tilfredsstillt. Lærere vil være hindret av taushetsplikten sin mht. å fortelle om enkeltsaker på en måte som gjør elever identifiserbare. Dette bør informantene gjøres oppmerksom på i forkant av intervju.

Senest ved prosjektslutt 25.06.2010 vil datamaterialet anonymiseres ved at navneliste og lydopptak slettes og at ev. indirekte personidentifiserende opplysninger i materialet slettes eller kategoriseres tilstrekkelig.