

Sammendrag

Tittel

Psykisk helsearbeid i Pedagogisk-Psykologisk Tjeneste.

Undertittel

En kvalitativ intervjuundersøkelse om forståelse og praktisering av psykisk helsearbeid hos et utvalg PP-rådgivere.

Bakgrunn, beskrivelse og problemområde

Psykisk helse er et stort og omdiskutert område som berører mange aktører fra flere hold. Det stilles større krav enn før, når det kommer til å ta ansvar for sin egen helse, og en hører oftere prat om hvor viktig det er å ta vare på den mentale helsen. Studier viser en økning i omfang av psykiske helseplager på tross av et voksende velferdssamfunn. Denne tendensen ser en også hos barn og unge som opplever å ha større utfordringer knyttet til emosjonelle vansker nå, enn tidligere. Dette understreker hvor viktig rolle helsetjenestene har i helsearbeidet. Pedagogisk-Psykologisk Tjeneste (PPT) er underlagt et mandat som pålegger tjenesten å aktivt arbeide med å fremme god helse for barn og unge.

I denne avhandlingen tar jeg sikte på å belyse hvordan rådgivere i PP-tjenesten forstår og praktiserer psykisk helsearbeid. Jeg søker å få innsikt i hvilke erfaringer de har, hvordan de tenker og hvordan det legger føringer for praktiseringen av det psykiske helsearbeidet i PP-tjenesten. Jeg har tatt utgangspunkt i følgende problemstilling; «*Hvordan forstås og praktiseres psykisk helsearbeid i PP-tjenesten?*»

Metode

Avhandlingen tar sikte på å få fram PP-rådgiveres opplevelser og erfaringer knyttet til psykisk helsearbeid i PP-tjenesten. Jeg har i denne forbindelse foretatt en kvalitativ tilnærming med intervju som datainnsamlingsmetode. Jeg utformet intervjuguiden etter «trakt-prinsippet», med forhåndsbestemte kategorier. Utvalget av informanter var kriteriebasert ved at de alle var pedagogisk-psykologisk rådgivere i PP-tjenesten. Til sammen ble det i utvalget intervjuet tre PP-rådgivere fra ulike PP-tjenester. Alle de tre intervjuene ble tatt opp på lydbånd for videre transkribering, analyse, presentasjon og drøfting. Dataen er presentert i form av sitater fra informantene, da hensikten er å få fram informantenes «stemme».

Resultater

Funnene i avhandlingen samsvarer med hva rådende teorier sier om helsearbeidet i PP-tjenesten. PP-rådgiverne uttrykte en positiv opplevelse av hvordan økt fokus på psykisk helse har bidratt til å styrke det psykiske helsearbeidet. Psykisk helsearbeid refereres for å være komplekst og omfattende i PP-tjenesten.

Resultatene fra funnene viser imidlertid at enkelte PP-rådgivere ikke klarer å ivareta ansvaret med psykisk helsearbeid i den grad de er pålagt. De peker selv på tidsfaktoren som en årsak til dette. PP-rådgiverne har opplyst at de har behov for bedre rutiner når det kommer til systemrettet arbeid.

PP-rådgivere gir uttrykk for at PP-tjenesten praktiserer psykisk helsearbeid i et forebyggende og helsefremmende perspektiv. Noen rådgivere peker imidlertid på at praktisering av forebyggende arbeid oppleves som utfordrende. Det uttrykkes at årsaken oppleves av rådgivere å være et resultat av et svekket tverrfaglig samarbeid med skolehelsetjenesten.

Forord

En seks år lang studenttilværelse er nå ved veis ende. Masterstudiet i spesialpedagogikk ved NTNU i Trondheim, avd. Dragvoll har vært en lærerik og spennende prosess. Arbeidet med masteroppgaven har bydd på sene kvelder og et par stive skuldre, men tidsverket har for meg vært verdt det. Den kunnskapen og erfaringen jeg sitter igjen med, gleder jeg meg til å kunne ta med meg videre.

Det er mange som fortjener å bli takket for å ha bidratt til denne oppgaven. Jeg vil først og fremst takke mine kjære informanter for å dele sine opplevelser og erfaringer med meg. Uten dere hadde ikke masteroppgaven vært det den er i dag.

En spesiell takk til venner og familie for støttende ord og tilbakemeldinger underveis. Takk til min venn Petter for lån av PC, da min bestemte seg for å vende meg ryggen tidlig i prosessen.

Jeg vil rette en særskilt takk til min veileder Ellen Saur. Dine faglige og konstruktive tilbakemeldinger kunne jeg ikke vært foruten.

Sist men ikke minst, takk til min venninne Kristine som i en travel hverdag tok seg tid til å hjelpe meg med korrekturlesing. Du har vært en viktig bidragsyter til å løfte det akademiske språket i oppgaven min.

Takk!

Trondheim, Mai 2016

Stine Solberg Røvik

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning.....	3
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	3
1.2 Beskrivelse av feltet.....	4
1.3 Problemstilling.....	5
1.4 Avgrensning.....	5
1.5 Disposisjon.....	6
2.0 Teori.....	7
2.1 Helse.....	7
2.2 Helserelatert livskvalitet.....	7
2.3 Psykisk helse.....	8
2.4 Psykisk helsearbeid.....	8
2.5 Forebygging.....	9
2.6 Forebyggende helsearbeid.....	10
2.7 Helsefremmende arbeid.....	11
2.8 To komplementære tilnærminger.....	12
2.9 En salutogen tilnærming av helse.....	13
2.10 Oppsummering.....	13
3.0 Pedagogisk-psykologisk tjeneste.....	15
3.1 Psykisk helsearbeid i PPT.....	16
3.2 System- og individrettet arbeid i PPT.....	16
3.3 Tverrfaglig samarbeid med skolehelsetjenesten.....	17
4.0 Metode.....	19
4.1 Metodevalg.....	19
4.2 Vitenskapsteoretisk rammeverk.....	20
4.3 Utvalg.....	21
4.4 Kvalitativt intervju.....	23
4.4.1 Intervjuguide.....	24
4.4.2 Transkribering.....	24
4.5 Analyse og funn.....	25
4.6 Validitet, reliabilitet og refleksivitet.....	26
4.7 Forskningsetiske prinsipper.....	29
4.7.1 Krav om informasjon og samtykke.....	29
4.7.2 Krav om anonymitet.....	29

5.0 Presentasjon av funn	31
5.1 Psykisk helsearbeid i PPT	31
5.1.2 Forebyggende helsearbeid i PPT	33
5.1.3 System- og individrettet arbeid i PPT	36
5.1.4 Helsefremmende arbeid i PPT	37
5.2 Samarbeid med skolehelsetjenesten	39
5.3 Den viktige aktøren i helsearbeidet	40
5.4 Analytiske betraktninger	41
6.0 Drøfting av funn	43
6.1 Helsearbeidet i PPT	43
7.0 Avslutning	47
7.1 Sammenfatting av hovedfunn	47
7.2 Forståelse og praktisering av psykisk helsearbeid i PPT	49
7.3 Avsluttende refleksjoner	50
8.0 Litteraturliste	52
9.0 Vedlegg	55

1.0 Innledning

Denne avhandlingen tar utgangspunkt i PP-rådgiveres forståelse og praktisering av psykisk helsearbeid i PP-tjenesten. Oppgaven spinner ut fra en forskers interesse, undring og nysgjerrighet om PP-tjenestens arbeid med å fremme god helse for barn og unge.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Gjennom de siste tiårene har det vært en betydelig økning i velstanden blant den norske befolkning. Det innebærer en økt velstand i helsen vår, noe den gjennomsnittlig levealderen bekrefter. En faktor som denne, må forstås på bakgrunn av flere forhold som bidrar til å styrke helsa vår. Noe av den helsemessige utviklingen forstår vi ved å se på sammenhengen av økt tilgjengelighet blant offentlige helsetjenester. En økende satsning i helsetjenestene har bidratt til flere helsemessige gevinster (St.mld. nr.13 (2011-2012), s.15). I tillegg har vi gode velferdsordninger, høy sysselsettingsgrad, små lønnsforskjeller, høy grad av medvirkning og et godt klima mellom arbeidstaker og arbeidsgiver. Disse ordningene har vært betydningsfulle for utviklingen av det velferdssamfunnet vi i dag er en del av. Likevel viser bedringen å omfatte større grupper med lang utdanning og høy inntekt, framfor grupper med kort utdanning og lav inntekt. Helse er derfor ulikt fordelt mellom sosioøkonomiske grupper i befolkningen, og tegn indikerer at fordelingen kommer til å fortsette å øke (Ibid.).

På bakgrunn av denne nordiske helsemodellen, er det indikert at nordmenn har generelt god helse. Likevel står vi nå overfor nye utfordringer som er med på å true helsa vår. Vi lever i et land hvor fokuset på å kunne ivareta egen helse er høyt. Forholdet mellom helse og livskvalitet oppleves for mange som et krysspress mellom forventninger og realiteter. Det er grunn til å tro at denne fikseringen vil være med å forsterke flere negative sider ved helseaspektet. Mæland (2010) mener det vil resultere i en økning av psykiske helseproblemer, spesielt hos barn og unge. Det er også grunn til å tro at økningen i de globale trendene kan ha en avgjørende betydning for befolkningens helse nå, men også i tiden framover. Det må ses som et paradoks nettopp at helsetjenestene tilbyr mer hjelp enn tidligere, men at en likevel ser tegn til økning i omfanget av psykiske helseplager. Dette er med på å forsterke tanken om at det nå vil være viktigere enn noen gang å sette i verk tiltak som kan sikre flere friske år for alle.

Ved å våge og kaste lys over helsediskursen, kan en bidra til å forsterke satsningen med å fremme helse fra flere hold. En som har løftet fram sine tanker rundt helsebegrepet, er

forfatteren Aaron Antonovsky. I boken «Helsens mysterium» (2012) synliggjør Antonovsky sine tanker om helsediskursen gjennom bruk av en salutogen modell. Det sentrale i modellen bygger på at en tilværelse må oppleves som meningsfull, forståelig og håndterbar. Han forstår helse som menneskets opplevelse av en indre sammenheng, og tar avstand fra tilstander der prosesser er med og utvikler helsetilstanden i et sykdomsbilde.

1.2 Beskrivelse av feltet

I 1998 ble det iverksatt en Opptrappingsplan for psykisk helse, som skulle sikre kunnskapsgrunnlaget for videre arbeid med å bedre tjenestetilbudet til mennesker med psykiske lidelser. Det overordnede målet i satsningen var at den skulle «fremme selvstendighet og evne til å mestre eget liv for mennesker med psykiske lidelser.» (Forskningsrådet, 2009:9). I tillegg bidrar helsediskursen til å skape debatt om fenomenet i en oppvekst- og utdanningssammenheng. Skolens rammeplan vektlegger å forhindre at barn og unge opplever uhelse, da helsetilstanden er en viktig faktor for hvorvidt elevene er i læringsposisjon eller ikke (Utdanningsdirektoratet, 2010). Opplæringsloven §9a-3 understreker at skolens mandat er lovpålagt å arbeide aktivt og systematisk for å fremme et godt psykososialt miljø for elevene. En forutsetning for å fremme et godt psykososialt miljø, styres av tanken om at skolen mestrer å praktisere god pedagogisk tilrettelegging for den enkelte elev.

Skolen er en arena med et stort faglig fokus. Dette fokuset har ført til en forskyving når det kommer til det psykiske helsearbeidet. Forskyvingen har resultert i en økt ansvarliggjøring for de eksterne hjelpetjenestene. Pedagogisk-Psykologisk Tjeneste (PPT) skal bistå skolen med å fremme god helse hos barn og unge. PPT skal bidra ved å styrke læringsmiljøet der behovet tilsier det, og skal omfatte arbeid med barnet, men også forhold rundt barnet. PPT har i gjennom både Opplæringslov og stortingsmeldinger et lovpålagt ansvar for å drive både individ- og systemarbeid i barnehage og skole. Mandatet er todelt, og innebærer at tjenesten skal drive kompetanse- og organisasjonsutvikling, og samtidig sørge for at det blir utarbeidet sakkyndig vurdering der loven krever det (Faglig enhet for PP-tjenesten, 2001). PPT er derfor en viktig samarbeidspartner for skoler og lærere i helsearbeidet. Idsøe (2003) har forsket på PPT sine arbeidsformer, og kom fram til at PPT stort sett prioriterer individarbeid. Han peker deretter på at bakgrunnen for denne prioriteringen har klar sammenheng med mengden individrettede saker det henvises til i tjenesten.

Som spesialpedagog er jeg interessert i å finne ut hvordan rådgivere opplever helsearbeidet i sin PP-tjeneste. Hvilke erfaringer har de? Hvilke tanker har de om helsearbeidet i sin tjeneste? Opplever de noen utfordringer knyttet til helsearbeid? Hvordan oppleves det tverrfaglige samarbeidet med andre helsetjenester? Dette er spørsmål som underveis vil lede vei for mitt forskningsprosjekt. Jeg håper at forskningen min kan bidra til å skape en levende debatt om hvordan helsetjenester best kan sikre barn og unges psykiske helse.

1.3 Problemstilling

En drivkraft for denne oppgaven er min nysgjerrighet knyttet til PP-rådgiveres erfaringer og opplevelser av det psykiske helsearbeidet i PP-tjenesten. Hovedformålet er derfor å fremme forståelse og innsikt om hvordan PP-rådgivere forstår psykisk helsearbeid, og få fram hvordan rådgiverne opplever at helsearbeidet praktiseres i PP-tjenesten. Med dette som utgangspunkt lyder problemstillingen for denne oppgaven slik;

Hvordan forstås og praktiseres psykisk helsearbeid i PP-tjenesten?

Det er mine tolkninger av PP-rådgiveres tanker og refleksjoner som vil bli sentrale for oppgaven. Fokuset blir dermed rettet mot hvordan jeg fortolker deres opplevelse av det psykiske helsearbeidet innad deres tjeneste. I selve intervjuene vil jeg rette oppmerksomheten mot PP-rådgivernes utsagn, og deretter ta utgangspunkt i dataen ved å buke sammenligning som analyseredskap. Det gir meg en mulighet til å drøfte svarene i takt med de likheter og forskjeller jeg finner i analyseprosessen. Hensikten med forskningen er å la PP-rådgivernes stemme tre fram. Med bakgrunn i rådende teori og funn vil jeg finne svar på mitt forskningsspørsmål.

1.4 Avgrensning

Mange barn og unge strever i dag med psykiske vansker og lidelser. Helsetilbud fra helsetjenestene vil derfor være viktigere nå enn noen gang tidligere. PPT er den helsetjenesten jeg ønsker og skrive om i denne avhandlingen. Jeg vil derfor avgrense oppgaven til å dreie seg om PP-rådgivere, da jeg ønsker å få fram hvilke oppfatninger de har av hvordan det psykiske helsearbeidet forstås og praktiseres i tjenesten.

Begreper som blir sentrale i denne avhandlingen er helse, psykisk helsearbeid, forebyggende helsearbeid og helsefremmende arbeid. Helse er et begrep det er knyttet flere definisjoner til, og som brukes forskjellig fra diskurs til diskurs. Jeg knytter helsebegrepet til Antonovsky (2012) sin modell, som definerer helse i et salutogent perspektiv. Helse forstås med dette som menneskets opplevelse av en indre sammenheng, og avviser et menneskes helse som enten sykt eller friskt. Psykisk helsearbeid blir i all hovedsak knyttet til mandatet i PPT, som sier at tjenesten skal arbeide med psykisk helsearbeid med hensikt om å fremme god helse hos barn og unge. Forebyggende helsearbeid og helsefremmende arbeid forstås som to intervensjoner i det psykiske helsearbeidet (Mæland, 2010). Ifølge Berg (2005) legges det i forebyggende helsearbeid vekt på å redusere de risikofaktorene som kan være med å bidra til sykdomsutvikling. Helsefremmende arbeid opptrer på bakgrunn av faktorer som styrker ressursene for den gode helsen hos et menneske, og kan knyttes til forutsetninger innad et samfunnsmessig, miljømessig, sosialt, kulturelt og individuelt perspektiv.

1.5 Disposisjon

Oppgaven er delt inn i syv hovedkapitler. Hvert av kapitlene er fundamentale for å kunne svare på oppgavens problemstilling.

I kapittel 1 belyses oppgavens tematikk ved at jeg begrunner valg av tema, samt presenterer oppgavens problemstilling. Dette kapitlet har lagt føringer for mine veivalg i forskningsprosessen.

Kapittel 2 og 3 utgjør oppgavens teorikapitler. Her presenterer jeg sentrale begrep som helse, psykisk helsearbeid og Pedagogisk-Psykologisk Tjeneste (PPT). Teorikapitlene danner grunnlaget for en videre drøfting av de funnene jeg har gjort i datainnhentingsprosessen.

Kapittel 4 er oppgavens metodekapittel. Her belyser jeg mitt metodevalg samtidig som jeg vurderer nødvendige etiske betraktninger, som skal sikre oppgavens validitet og reliabilitet.

I kapittel 5 presenteres resultater av de funnene jeg har gjort i datainnhentingsprosessen.

Resultatene blir i kapittel 6 drøftet med relevant teori fra de foregående teorikapitlene.

Kapittel 7 utgjør oppgavens resultatdel. Her sammenfatter jeg mine funn. Avslutningsvis kommer et avsnitt med refleksjoner.

2.0 Teori

2.1 Helse

Arv og miljø sies å være de vesentlige faktorene som påvirker helsen til et menneske. Helsetilstanden vår påvirkes altså både av indre og ytre faktorer. En bevissthet om hvilke faktorer som styrer helsa vår, spiller derfor en viktig rolle for å forstå menneskets fysiske og psykiske helsetilstand. Helt siden om lag 400 år f.Kr., og den greske storhetstiden, har diskurser om helse spilt en sentral rolle. Begrepet ble brukt til å ta for seg filosofiske problemstillinger, og omfattet både sykdom og helse. Ifølge Mæland (2009) vil helsebegrepet forstås og uttrykkes ulikt fordi definisjonen bærer preg av menneskets individuelle begrepsforståelse og tankesett. Helse blir derfor tolket og forstått intuitivt ulikt på grunn av en mangelfull allmenngyldig definisjon av begrepet.

Verdens helseorganisasjon formulerte i 1948 en definisjon av helsebegrepet som noe «fullstendig fysisk, mentalt og sosialt velbefinnende.» Begrunnelsen for denne formuleringen er av positiv art, da organisasjonen velger å knytte sammen helse med begrepet livskvalitet. Begrepene brukes i dag til dels om hverandre. Dette vil bli omtalt nærmere i neste avsnitt om «Helserelatert livskvalitet». Et perspektiv som tar utgangspunkt i at ens egen helsetilstand er «fullstendig [...] velbefinnende», må forstås som en idealbeskrivelse hvor kropp og sinn fungerer i takt med det å være i en konstant velværetilstand – dette på tross av møter som oppleves som vanskelig og utfordrende.

En annen tilnærming til begrepet formuleres gjennom betegnelsen *å være frisk*. Det å være frisk innebærer at det ikke eksisterer noen form for plager hverken fysisk eller psykisk som virker negativt på helsetilstanden. Mæland (2010) viser til helse som *fravær av sykdom*. Det forutsetter at man må ha kunnskap og bevissthet om begrepet sykdom, hva det vil si *å være syk* og at man har en klarhet i hva et mentalt og fysisk sykdomsbilde innebærer. Det er med andre ord signifikante forskjeller for forståelsen av begrepet.

2.2 Helserelatert livskvalitet

På samme måte som definisjonen av helse virker å være noe diffus, er livskvalitet også et begrep det eksisterer ulike forståelser av. Livskvalitet har fått en sentral plass i nåtidens helsediskurs. Ingul (2005) knytter begrepet til en psykisk helsetilstand, og mener at livskvalitet er noe hver enkelt er i besittelse av. Likevel må det forstås at forekomsten av god

livskvalitet og god psykisk helse opptrer i ulik grad på grunn av individuelle forskjeller i et menneskes fysiske og mentale levesett.

2.3 Psykisk helse

Hvordan hode og kropp fungerer i takt med hverandre sies å være avgjørende for den enkeltes psykiske helse. Psykisk helse kan forstås som et negativt ladet begrep fordi det tidligere har vært anvendt i sammenheng med psykiatrien. Det er viktig å merke seg at begrepet bærer på flere definisjoner, da det sier noe om både god og dårlig psykisk helse. Begrepene dårlig helse og uhelse brukes om hverandre i denne avhandlingen. Ingul (2005) poengterer at psykisk helse er noe alle er i besittelse av, og at graden av god eller dårlig psykisk helse ikke samsvarer med å ha en psykisk lidelse. Derimot kan psykisk helse være sammenfallende med livskvalitet, da betegnelser på god livskvalitet gjenspeiler at man har en god psykisk helse. Omvendt er dårligere livskvalitet en indikasjon på uhelse (Ibid).

I 2007 ble det utarbeidet en Veileder i psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene. I Veilederen defineres psykisk helse som «utvikling av og evne til å mestre tanker, følelser, atferd og hverdagens krav i forhold til ulike livsaspekter.» (Veilederen, 2007:8). Psykisk helse innehar på bakgrunn av dette en avgjørende rolle i et menneskes liv, fordi det handler om å møte og mestre hverdagens krav fysisk, men også emosjonelt og intellektuelt. Likevel synes denne definisjonen av begrepet å være både vid og diffus, og opptrer heller mer som en visjon enn en definisjon av begrepet. Psykisk helse må være noe mer enn mestring av fysiske og psykiske anstrengelser. Psykisk helse må forstås som en lineær prosess som dynamisk forflyttes i takt med opplevelsen av mestring og graden av påkjenninger en bli utsatt for i livsløpet.

2.4 Psykisk helsearbeid

Helse- og omsorgsdepartementet (2010) omtaler psykisk helsearbeid som både forebyggende helsearbeid og opplysningsarbeid, og er tiltak rettet mot barn og unge med psykiske vansker og lidelser. I denne avklaringen er forebygging mot utvikling av psykiske vansker og lidelser sentralt for å nå målet om god helse blant barn og unge. Mæland (2010) forstår forebyggende helsearbeid som noe som ligger til grunn for det helsefremmende arbeidet, og knytter derfor begrepene sammen. Veilederen (2007) nevner helsetjenesten, skolehelsetjenesten, fastlegeordningen og Pedagogisk-Psykologisk tjeneste som sentrale instanser for forebygging

og avdekking av barn og unges uhelse. Jeg tolker og forstår dermed psykisk helsearbeid som både forebyggende og helsefremmende arbeid. Likevel er det nødvendig å poengtere at psykisk helsearbeid ikke *bare* handler om forebyggende helsearbeid og helsefremmende arbeid. Det handler også om behandling, rehabilitering og pleie i den grad at folkehelsearbeidet har effekt og forhindrer utvikling eller hemmer videre utvikling av uhelse. Jeg vil i avhandlingen forholde meg til perspektivene forebyggende helsearbeid og helsefremmende arbeid. I første omgang vil begrepet forebygging bli nærmere omtalt, for videre å dreie oppgaven til det forebyggende helsearbeidet.

2.5 Forebygging

Helsedirektoratet utarbeidet i 2010 en rapport med hensikt om å fremme god helse i befolkningen. Rapporten er kjent som «Folkehelsearbeidet-veien til god helse for alle» (Helsedirektoratet, 2010). I denne kommer det fram at forebygging tradisjonelt har blitt delt inn i tre nivåer. Det første nivået er kjent som primærforebygging, og omfatter å styrke helsen og hindre utvikling av sykdom og skade. Det er en generell forebyggingsform, med tiltak som i sin hensikt skal dempe graden av uhelse og fremme god helse i befolkningen. Sekundærforebygging refererer til en tidlig inngripen, og innebærer å stanse sykdomsutvikling og/eller hindre tilbakefall av uhelse. Sekundærforebygging kan deles inn i;

1. Innsats i symptomfri sone
2. Innsats ved begynnende faresignaler eller uhelse
3. Innsats i en symptomgivende fase for å hindre tilbakefall av sykdom eller uhelse

Den tredje formen for forebygging omtales som tertiærforebygging, og innebærer å forhindre en forverring, og å sikre best mulig liv med den helsesvikten som foreligger hos den enkelte. Rapporten legger til grunn at sekundærforebygging i symptomfri fase og tidlig intervensjon/innsats er en del av folkehelsearbeidet, men at sekundærforebygging i en symptomgivende fase vil falle utenfor det som omtales som folkehelsearbeid. Det er altså i den kliniske fasen av sekundærforebygging, hvor tiltakene rettes mot den enkelte som allerede har vært utsatt for en helserisiko, at man *ikke* taler om folkehelsearbeid. Eksempelvis kan et tilfelle være en person som har behov for legemiddelbehandling etter endt operasjon på grunn av en helseplage, for å forebygge eller forhindre at helseplagen vil oppstå på nytt.

Forebygging må derfor forstås som en rekke tiltak som igangsettes *før* en lidelse har oppstått. Målet med forebyggingen er å forhindre eller hemme en risiko for å utvikle uhelse. Med forebygging som intervensjonsform får forebyggende helsearbeid en sentral betydning i folkehelsearbeidet.

2.6 Forebyggende helsearbeid

Forebyggende helsearbeid er kjent som sykdomsforebyggende arbeid (Mæland, 2010).

Forebyggende helsearbeid dreier seg om mer enn å hindre sykdom, skade og tidlig død. Det handler også om å fremme folks helse og bidra til at helsen blir en positiv ressurs i dagliglivet. (Mæland, 2010:13).

Forebyggende helsearbeid handler om både det å fremme helsen og forebygge sykdom. For å få et tydelig bilde av hva forebyggende helsearbeidet dreier seg om, må vi bevege oss inn på ulike metoder og tiltak. I et forebyggende helsearbeid baseres metoder og tiltak på målgrupper, målsetting, arena, og ikke minst individer som tar del i tiltaket. Det forebyggende arbeidet vil i denne avhandlingen knyttes til målgruppen barn og unge. Hensikten med avhandlingen er å få bedre innsikt i hvordan det psykiske helsearbeidet forstås og praktiseres. Målet med avhandlingen er å fremme en større viten om hvordan helsearbeid i PP-tjenesten kan fremme god psykisk helse hos barn og unge. En viktig forutsetning for dette vil være å drøfte ulike vinklinger av begrepet forebyggende helsearbeid. Begrunnelsen for dette ligger i å fremme forståelsen for tiltak i forebyggende- og helsefremmende arbeid, som kan være sentrale i arbeidet med å fremme god helse.

Mæland (2010) knytter forebyggende helsearbeid til virkemidler som helsevern, helseopplysning og politikk for helse. Det er avgjørende at virkemidlene står i et gjensidig avhengighetsforhold til hverandre for at det kan kalles forebyggende helsearbeid. Med helsevern menes tiltak med mål om å hindre den enkelte i å bli utsatt for helsetrusler. Helseopplysning omfatter alt av kommunikasjon for å informere om helse, og tar sikte på alt fra konkrete anbefalinger til de mer åpne diskusjonene omkring helsebegrepet. Med virkemidler som helseopplysning, kan forebyggende helsearbeid bli forsterket gjennom endringer i menneskers atferd, holdninger, og ikke minst kunnskap. Mæland (2010) trekker fram at helseopplysning og forebyggende helsearbeid blir oppfattet likt, men at det likevel kreves andre former for virkemidler for å styrke helsearbeidet.

Politikk for helse innebærer beslutninger tatt fra øvrige politiske hold. Beslutninger som blir iverksatt for å fremme god helse er òg påvirket av holdninger, verdier og oppfatninger i befolkningen. Det kan derfor legges til grunn at helseopplysning som virkemiddel i forebyggende helsearbeid, bidrar ved å forme den politiske helsediskursen.

Ifølge Berg (2005) legges det i forebyggende helsearbeid vekt på å redusere de risikofaktorene som kan være med å bidra til sykdomsutvikling. Psykisk helsearbeid sammenfaller på bakgrunn av dette med teorier om resiliens. I resilienstenking taler man om faktorer som øker motstandskraft til barn og unge, samt forhindrer eller hemmer utvikling av psykiske vansker (Olsen og Traavik, 2010). Enkelte tilfeller av barn og unge opplever belastninger som hemmer god helse og fremmer uhelse.

2.7 Helsefremmende arbeid

En annen tilnærming for forståelsen av og praktisering av det psykiske helsearbeidet finner vi dersom vi vender blikket mot det som omtales som helsefremmende arbeid. Mæland (2010) skiller forebyggende helsearbeid og helsefremmende arbeid som to ulike intervensjonsformer av det psykiske helsearbeidet. Helsefremmende arbeid opptrer på bakgrunn av faktorer som styrker ressursene for den gode helsen hos et menneske. Det helsefremmende arbeidet kan knyttes til forutsetninger innad et samfunnsmessig, miljømessig, sosialt, kulturelt og individuelt perspektiv. Bakgrunnen for denne tilnærmingen bygger på en sosial modell for helse og helsepåvirkning. Denne modellen betrakter helse heller som et virkemiddel for å oppnå ønskerverdige mål om bedre livskvalitet og god helse framfor det å forholde seg til helse som et mål i seg selv.

«Helsefremmende arbeid er [...] definert som prosessen som setter den enkelte så vel som fellesskapet i stand til økt kontroll over forhold som virker inn på helsen, og der igjennom bedre sin egen helse» (Mæland, 2010:15). Ideen bak denne tilnærmingen er at den enkelte skal ha makt og kontroll over sin helse for å øke egen innsikt over hvilke faktorer det er som bidrar til å fremme den gode helsen. I Ottawa-charteret defineres helsefremmende arbeid som «den prosess som gjør folk i stand til å bedre og bevare sin helse.» (Helsedirektoratet, 1987:1). Helsefremmende arbeid viser å ha sammenheng med alle samfunnsnivåer, også med lokalmiljøet. I dette ligger at skolen er en vesentlig del av det helsefremmende arbeidet. Helse forstås ifølge charteret som en ressurs for å fungere i det daglige liv, og at det er noe som blir skapt og utviklet i takt med livsløpet til den enkelte.

Mæland (2010) bruker begrepet «empowerment» om det helsefremmende arbeidet. På norsk blir begrepet best oversatt som «det å vinne større makt og kontroll over.» (Mæland, 2010:75). I dette ligger at hvert enkelt menneske skal få større kontroll over forhold som påvirker egen helse. Det forutsetter økt innsikt i forhold som påvirker helsen på godt og vondt, for at man selv skal kunne påvirke forholdene. Veien til bedre helse skaper mestring og glede i form av egen deltakelse mot et sunnere samfunn, både lokalt og globalt.

Helsefremmende arbeid er i all hovedsak en mer demokratisk intervensjonsform enn forebyggende helsearbeid, da betydningen av at den enkelte tilegner seg en kontroll og medvirkning i folkehelsearbeidet, er sentral. Likevel mener Mæland (2010) at det kan være utfordrende å lykkes med en slik intervensjonsform, da det krever en aksept fra ekspertene om å avstå fra makten og kontrollen som naturlig faller inn i deres yrkesrolle.

2.8 To komplementære tilnærminger

Forebyggende helsearbeid har utgangspunkt i faglig innsikt om hva helse er, og hva som kjennetegner risikofaktorer i barn og unges liv. Arbeidet har som fokus at eksperter i helsetjenester sitter inne med kunnskap om enkeltmenneskets helseproblemer. Larsen (2005) kritiserer det forebyggende helsearbeidet for å være for ekspertstyrt. Bak kritikken ligger at forebyggende helsearbeid er med på å gjøre folk maktesløse i forbindelse med sin egen helse. (Mæland, 2010).

Det helsefremmende perspektivet bli også møtt med kritiske blikk fordi det i Mæland (2010) hevdes at ideologien opptrer mer som en visjon enn et mål, og at den innehar en mangel på konkrete avhandlinger for å nå målet om å fremme god psykisk helse. Det legges også vekt på at aktiv deltakelse i befolkningen for å fremme innsikt og kunnskap om egen helse, bidrar til å svekke betydningen av begrepet ytterligere. I tillegg uttrykkes det at ideologien fokuserer for mye på de ytre forhold som kan fremme trivsel og velvære hos et menneske, men som ikke har betydning for opplevelsen av indre sammenheng og god helse (Ibid.).

Det er tydelig at tilnærmingene har både sterke og svake sider når det gjelder å nå målet om å styrke helsen hos barn og unge. Likevel ser man på begge tilnærmingene som nødvendige for å styrke helsearbeidet (Larsen, 2005). Tilnærmingene bør betraktes som komplementære framfor å eksistere som to individuelle retninger på veien mot samme mål.

2.9 En salutogen tilnærming av helse

Sosiologen Antonovsky (2012) skiller mellom to tilnærminger for begrepet god psykisk helse. Den ene tilnærmingen har et salutogent perspektiv, og fokuserer på faktorer som fører en person så nærme den friske polen som mulig. Den andre tilnærmingen innehar et patologisk perspektiv, hvor fokuset ligger i det å forklare hvorfor en person blir syk. Fokuset i den sistnevnte tilnærmingen er basert på sykdom, og det å forstå utviklingen av ulike sykdommer. Salutogenese og patogenese er to motsatte tilnærminger for forståelsen og anvendelsen av begrepet.

Det vil for oppgavens validitet være på sin plass å legge til grunn en salutogen tilnærming for defineringen av begrepet god psykisk helse. En salutogen tilnærming vil være til hjelp for å forstå hvordan psykisk helsearbeid utføres for å nå målet om å fremme den gode helsen hos barn og unge, og for å legge føringer for på hvilken måte dette arbeidet praktiseres.

Ved å bruke en salutogen tilnærming, avviser jeg den dikotome klassifiseringen av barn og unge som enten friske eller syke, men plasserer dem heller i et kontinuum mellom helse og uhelse. Dette leder tilbake til forståelsen av helsebegrepet som en lineær prosess med mål om å være så nær den friske polen som mulig. «En salutogen tankegang er ikke bare en forutsetning for, men tvinger oss til å jobbe for å utforme og fremme en teori om mestring.» (Antonovsky, 2012:37). Med en salutogen tilnærming forstås god psykisk helse som noe mer enn fravær av sykdom. I dette ligger at ethvert menneske ønsker å søke opplevelse av en indre sammenheng. Tilnærmingen resulterer i at den enkelte får et større ansvar for sin egen helse. Likevel må det ses i sammenheng med satsningen hver enkelt kommune har på det psykiske helsearbeidet.

Ved å legge denne tilnærmingen til grunn, er det lettere å søke forståelse av det helsefremmende- men også det forebyggende helsearbeidet.

2.10 Oppsummering

Psykisk helsearbeid innebærer forebyggende helsearbeid og helsefremmende arbeid, men knyttes også til behandling, rehabilitering og pleie i den grad at arbeidet har effekt med å hindre utvikling av uhelse. Forebygging har blitt definert gjennom å dele begrepet inn i primærforebygging, sekundærforebygging og tertiærforebygging. Forebygging tar sikte på å

hindre utvikling av sykdom og skader gjennom en inngripen i disse fasene. Forebyggende helsearbeid legger vekt på forhold som virker inn på helsen, og sørger å definere hvilke faktorer som er med og opprettholder uhelsen hos den enkelte. For å gi et fullstendig bilde av begrepet forutsetter det bruk av virkemidler kjent som helsevern, helseopplysning og politikk for helse. Risikoen for utvikling av uhelse henger nøye sammen med antallet og graden av belastninger i et barns liv. Belastede faktorer kan være med på å opprettholde eller utvikle en form for uhelse. I helsefremmende arbeid vektlegges de faktorer som er med på å styrke god helse hos et menneske. Det helsefremmende arbeidet søker å gi den enkelte økt innsikt og kunnskap om sin helsetilstand. Helsefremmende arbeid har blitt definert som den prosessen som skal gjøre den enkelte i stand til å ta bedre hånd om sin helse. Definisjonen har jeg forsterket gjennom å bruke «empowerment-prinsippet». Dette prinsippet spinner ut fra tanken om å gi den enkelte større makt og kontroll over egen helse. Det har blitt lagt vekt på at styrker og svakheter i det forebyggende- og helsefremmende arbeidet gjør at tilnærmingene bør bli sett på som komplementære.

3.0 Pedagogisk-psykologisk tjeneste

Pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT), er kommunens eller fylkeskommunens rådgivende og sakkyndige instans. Ifølge Misvær (2003) er PPT en skoletjeneste og ikke en helsetjeneste. I dette ligger at tjenesten skal bistå elever som er del av grunnskoleopplæringen. Tjenesten er hjemlet i Opplæringsloven § 5-6 og Privatskoleloven § 3-6:

Kvar kommune og kvar fylkeskommune skal ha ei pedagogisk-psykologisk teneste. Den pedagogisk-psykologiske tenesta i ein kommune kan organiserast i samarbeid med andre kommunar eller med fylkeskommunen. Tenesta skal hjelpe skolen i arbeidet med kompetanseutvikling og organisasjonsutvikling for å leggje opplæringa betre til rette for elevar med særlege behov. Den pedagogisk-psykologiske tenesta skal sørgje for at det blir utarbeidd sakkunig vurdering der lova krev det. Departementet kan gi forskrifter om dei andre oppgåvene til tenesta. (Opplæringsloven, 1998).

Den pedagogisk-psykologiske tenesta i vertskommunen skal hjelpe skolen i arbeidet med kompetanseutvikling og organisasjonsutvikling for å leggje betre til rette for elevar med særlege behov. (Privatskoleloven, 2003).

Enkelte barn og unge vil oppleve forhold som gjør opplærings situasjonen deres vanskelig. For å hindre en skjevutvikling, eller hemme en skjevutvikling som allerede er utviklet hos et barn, må skolen i flere tilfeller bistås av PPT (Veilederen, 2007). PPT skal på lik linje fokusere på å hjelpe enkeltelever så vel som å gi veiledende hjelp til skolen som system. Den skal gi støtte på individnivå og systemnivå gjennom råd og veiledning, sørge for at det blir utarbeidet sakkyndig vurdering vedrørende tilbud om spesialundervisning, og utarbeide individuelle opplæringsplaner (Utdanningsdirektoratet, 2014).

Opplæringsloven § 5-7 (1998) omfatter et ansvarsområde i PPT tilknyttet spesialpedagogisk hjelp:

«Barn under opplæringspliktig alder som har særleg behov for spesialpedagogisk hjelp, har rett til slik hjelp. Hjelpa skal omfatte tilbod om foreldrerådgiving. Hjelpa knytast til barnehagar, skolar, sosiale og medisinske institusjonar og liknande, eller organiserast som

eige tiltak. Hjelpa kan også givast av den pedagogisk-psykologiske tenesta eller av ein annan sakkunnig instans.»

3.1 Psykisk helsearbeid i PPT

Kommunene har et overordnet ansvar i det psykiske helsearbeidet for barn og unge. Det involverer ifølge Veilederen (2007) alle kommunale tjenester som er i kontakt med barn og unge. «PPT sin rolle i kommunens helsearbeid er å bistå skoler og barnehager i det helsefremmende og forebyggende arbeidet.» (Veilederen, 2007:35). I dette ligger blant annet:

- Gi råd til elever, foreldre og skole om opplæring, oppdragelse og ulike problemer i barnehage- og skolesammenheng.
- Gi sakkyndige råd om elever som har behov for spesialundervisning.
- Gi sakkyndige råd angående Opplæringslovens kapittel 9a som omhandler det psykososiale miljøet på skolen.
- Fange opp bekymring og eventuelt kontakte andre instanser for bistand.
- Delta i tverrfaglig samarbeid.

Helsearbeidet skal praktiseres med hensikt om å styrke barn og unges psykiske helse gjennom individrettet arbeid. Skolen kan kontakte PPT for oppfølgingssamtaler dersom et barn opplever, eller oppleves å ha en form for uhelse. I tillegg skal PPT arbeide systemrettet med sine arbeidsoppgaver i tilknytning til det psykiske helsearbeidet. Tjenesten skal bistå skoler og barnehager med kompetanse- og organisasjonsutvikling, slik at opplæringen legges bedre til rette for elever med særskilte behov. Imidlertid råder det en skjevhet i PP-tjenesten om det individrettede- og systemrettede arbeidet.

3.2 System- og individrettet arbeid i PPT

Primært har arbeid mellom skolen og PPT foregått slik at skolen sender henvisninger om enkeltelever til PPT. Resultater fra enkelthenvisingene gir sakkyndige vurderinger og former for individuelle tiltak. Målet er å styrke læringsutviklingen gjennom spesialpedagogisk tilrettelegging, på bakgrunn av forutsetningene hos den enkelte. Denne formen har senere blitt kritisert for å ha *for* stort fokus på at problemet ligger hos barnet. Det blir ifølge Alsaker og Jacobsen (2005) vist til at det individrettede arbeidet er viktig, men det forutsetter at

problemet faktisk ligger hos enkeltindividet. I et systemrettet arbeid vendes blikket mot systemet som arena. Det at barn og unge utvikles i takt med omgivelsene, hvor de påvirkes av miljøet de befinner seg i, er med på å forsterke betydningen av systemarbeid. Barns utvikling og atferd må derfor ikke forstås som noe som skjer uavhengig av omgivelsene. Den må derimot sees på som en dynamisk prosess der faktorer i omgivelsene bidrar til å forme og utvikle den de er, i samspill med barnets personlige egenskaper og forutsetninger. Ved å se på barnet som del av et helhetlig system der utvikling og atferd skjer i takt med omgivelsene, ser man også viktigheten av å arbeide med systemarbeid for å fremme god helse til barn og unge.

Arbeidsoppgavene i PPT forutsetter at det arbeides både på individnivå og systemnivå. Systemarbeid innebærer kompetanse- og organisasjonsutvikling, og drives i form av råd og veiledning. Et økt fokus på systemarbeid kan bidra til å styrke helheten av helsearbeidet rundt den enkelte. Alsaker og Jacobsen (2005) peker i den sammenheng på at hvis man skal drive systemarbeidet i form av kompetanse- og organisasjonsutvikling, forutsettes det at tallet på enkelthenvvisninger må reduseres ytterligere. Henvisingssaker om enkeltelever skulle ikke lenger være hovedprioritet i PPT. Tiltakene som ble gjort viste seg å ikke gi noen effekt for arbeidet deres. Det er tydelig at PPT fortsatt blir lasset ned med enkeltsaker som går på bekostning av det systemrettede arbeidet (Ibid.).

Helseproblemer i barne- og ungdomsårene kan være mange, og de kan være omfattende. Det kreves et rustet helsetilbud i skolen for å forhindre at barn og unge opplever uhelse, og for å hindre livsstilsplager i de senere årene. En psykisk vanske debutterer gjerne i barne- og ungdomsårene, og påvirker både et barns livsutfoldelse og livskvalitet. Vender vi blikket mot andre helsetjenester, finner vi i dag skolehelsetjenesten som svært sentral i det psykiske helsearbeidet.

3.3 Tverrfaglig samarbeid med skolehelsetjenesten

Med et historisk tilbakeblikk, ser man at foreldre tidligere alltid har hatt hovedansvaret for barn og unges oppvekstvilkår. Det som skulle snu helseaspektet skjedde i takt med innføringen av obligatorisk allmennutdanning, da myndighetene etter hvert offentliggjorde helsetilstanden hos barn og unge. Et virkemiddel for å fremme helsen hos den enkelte var økt fokus på ernæring. I 1935 innførte Carl Schiøtz et tiltak som skulle fremme bedre ernæringsstatus hos barn og unge i skolen (Haugland og Grimsmo, 2004). Dette tiltaket ble kalt «Oslo-frokosten», og baserte seg på gratis mat til alle skoleelever. I tiden etter foregikk

en gradvis endring der økt fokus på å fremme helsetilstanden hos barn og unge, skulle bidra til å bli et helsetilbud i skolen som i dag er kjent som skolehelsetjenesten.

«Skolehelsetjenesten er i dag en lovfestet tjeneste for alle elever som følger undervisning i grunnskoler og videregående skoler. Skolehelsetjenesten er forankret i helsetjenestens lovverk.» (Haugland og Grimsmo, 2004:27). Kommunen skal tilby skolehelsetjeneste for alle barn og unge fra 0 til 20 år i grunnskole og videregående skole som omfattes av opplæringsloven og privatskoleloven (Befring, 2004). Ifølge Helsedepartementet (2003) skal det forebyggende og helsefremmende arbeidet for barn og unge være grunnbemannet av helsesøster, lege og fysioterapeut. Dette indikerer viktigheten ved å merke seg at helsetjenesten omfatter flere aktører som spiller en sentral rolle i det kommunale helsearbeidet. Helsetilbudet for elever styres primært av skolehelsetjenesten.

«Skolehelsetjenesten skal samarbeide med elever, foreldre, skolens personell og øvrige samarbeidspartnere om et lærings- og arbeidsmiljø som fremmer helse og trivsel.» (Befring, 2004:131). Et av grunnpilarene i skolehelsetjenesten innebærer arbeid som har som mål å styrke psykisk helse og sikre livsutfoldelse hos barn og unge. Dette belyses herunder i formål som er utarbeidet av Helsedepartementet (2003);

- Å fremme psykisk og fysisk helse.
- Å fremme gode sosiale miljømessige forhold.
- Å forebygge sykdommer og skader.

Skolehelsetjenesten bidrar ut fra disse formålene til tverrfaglig samarbeid. Det inkluderer styrking av foreldrenes mestring av sin rolle, oversikt over barns og unges helsetilstand, legge til rette for et godt psykososialt og fysisk arbeidsmiljø i skolen og bidra til en helsefremmende livsstil. Tverrfaglig samarbeid innebærer skole og skolehelsetjenesten som arena for å drive psykisk helsearbeid. Likevel kritiserer Haugland og Grimsmo (2004) dette samarbeidet. På tross av å eksistere under samme tak, foregår arbeidet i hver sin verden. Det kommer til uttrykk at det eksisterer forskjellige opplevelser av hvorvidt det tverrfaglige samarbeidet er effektivt nok til å innfri Helsedepartementets formål (Ibid.). Gjennom formålstjenlig samarbeid mellom tjenester som skole, PPT og skolehelsetjeneste, styrkes tanken om helsetjenestenes muligheter til å sammen kunne fremme gode helsegevinster for barn og unge.

4.0 Metode

I dette kapitlet ønsker jeg å begrunne hvorfor jeg ved å bruke en kvalitativ tilnærming søker å få svar på problemstillingen; *Hvordan forstås og praktiseres psykisk helsearbeid i PP-tjenesten?*

Hensikten med studien er å få fram PP-rådgiveres oppfatninger og opplevelser omkring det psykiske helsearbeidet. Jeg vil forsøke å sette meg inn i PP-rådgivernes livsverden gjennom bruk av en formålstjenlig datainnsamlingsmetode, for deretter å analysere funnene ved å ta i bruk aktuelle analyseredskaper. Vedeler (2000) vektlegger viktigheten av å velge metoder som tar hensyn til informantenes fokus. En egnet metode er signifikant for å få fram informantenes uttalelser og følelser knyttet til prosjektets tematiske innhold.

4.1 Metodevalg

For å kunne besvare problemstillingen har jeg måttet foreta noen metodiske valg.

Problemstillingen søker å få innsikt i PP-rådgiveres subjektive erfaringer, opplevelser og holdninger knyttet til helsearbeidet. De funnene jeg har kommet fram til i forskningsprosessen, har vært avgjørende for svarene jeg søker å finne i problemstillingen; *«Hvordan forstås og praktiseres psykisk helsearbeid i PP-tjenesten?»*

Balsvik og Solli (2011) skiller samfunnsvitenskapelig metode i to hovedkategorier. Disse hovedkategoriene er kjent som kvantitativ og kvalitativ metode. Videre vektlegger forfatterne kvantitativ metode mer som en generaliserende (nomotetiske) metode, og kvalitativ som en metode som retter blikket mot det unike og det enestående ved den enkelte tilfellet det forskes på (idiografiske).

I lys av dette skiller kvalitative data seg fra det kvantitative, fordi det søker å gi en helhetlig framstilling i et avgrenset miljø. Denne metoden knytter forskeren til de sosiale interaksjonene som oppstår i forskningsprosessen mellom forsker og aktør. I kvalitativ metode forutsettes det at forskeren har innsikt i det samspillet, de påvirkningsrelasjonene og i de endringsprosessene som etableres mellom aktørene og forskeren. Metoden legger underveis føringer for at det vil være rom for fleksibilitet i forskningsopplegget. «Siktepunktet med analysen i en kvalitativ undersøkelse vil være å gi et helhetlig perspektiv på en spesifikk avgrenset sosial situasjon.» (Balsvik og Solli, 2011:18). Sitatet viser verdien ved å ha et utvalg som innehar en eller flere fellesnevner som er aktuelle for det forskningen etterspør.

Problemstillingen søker å få et bilde av hvilke erfaringer og opplevelser PP-rådgivere har til det psykiske helsearbeidet i PP-tjenesten. I spesialpedagogisk sammenheng søker en i kvalitativ forskning å utvikle forståelsen av fenomener knyttet til personer og situasjoner i deres sosiale virkelighet. Det blir som å forske på informantenes «livsverden», hvor subjektive opplevelser og erfaringer blir gjeldende for å finne svar på problemstillingen i avhandlingen.

«I kvalitativ forskning er undersøkelsene gjerne basert på strategiske ikke-tilfeldige utvalg.» (Balsvik og Solli, 2011:19). Dette er en undersøkelse hvor utvalget representerer en gruppe som er bestemt på forhånd, da undersøkelsen tar sikte på å få fram erfaringer og opplevelser hos PP-rådgivere. Det som også forsterker bruken av denne metodikken for mitt forskningsopplegg, belyses i min problemstilling hvor jeg søker å vite *hvordan* psykisk helsearbeid *forstås* og *praktiseres* i den representative gruppen. «Når forskning er kvalitativ, betyr det vanligvis at man interesserer seg for *hvordan* noe gjøres, sies, oppleves, framstår eller utvikles.» (Brinkmann & Tanggaard, 2012:11). I lys av de teoretiske definisjonene, ser jeg på kvalitativ metode som relevant for å kunne svare på problemstillingen i avhandlingen.

4.2 Vitenskapsteoretisk rammeverk

Jeg har brukt en bestemt metode i arbeidet med å analysere og tolke det empiriske datamaterialet. Måten skulle vise seg å være hensiktsmessig i den grad at jeg kunne finne svar på det forskningen skulle undersøke. Et vitenskapsteoretisk rammeverk har vært en viktig forutsetning for å lede forskningen på vei fram mot mine funn og resultater.

Forskningsopplegget bygger både på en induktiv og deduktiv tilnærming. Teori har blitt utviklet fra det empiriske datamaterialet, og teorier om psykisk helsearbeid har lagt føringer for dataen. Underveis i datainnhenting var PP-tjenesten mitt forskningsfelt. Jeg valgte å utarbeide intervjuguide med forhåndsbestemte kategorier for analyseprosessen. Kategoriene skulle jeg bruke som utgangspunkt for drøfting. I dette begrunner jeg avhandlingen min med både et induktivt og deduktivt preg. Når en forsker på et fenomen, forskes det ut fra en subjektivitet som er påvirket av min forforståelse, fortolkning av utsagn og subjektive forståelse av temaet det forskes på. Induktiv og deduktiv tilnærming kan derfor ikke brukes uavhengig av hverandre, men bør heller ses på som tilnærminger som komplementerer hverandre. «Uansett vil både kvantitativ og kvalitativ forskning være preget av et samspill mellom induktive og deduktive tilnærminger.» (Thagaard, 1998 i Halvorsen, 2003:45).

I dette forskningsprosjektet har jeg vært på søken etter PP-rådgiveres opplevelse av sin «livsverden», i form av opplevelser, tanker og erfaringer de har knyttet til hvordan PP-tjenesten arbeider med psykisk helse. Jeg har under hele forskningsprosessen vært opptatt av PP-rådgiveres subjektive opplevelser, noe som har forutsatt at jeg som forsker har måttet legge vekk personlige forventninger med henhold til funn og resultater. «Fenomenologien tar utgangspunkt i den subjektive opplevelsen og søker å oppnå en forståelse av den dypere meningen i enkeltpersoners erfaringer.» (Thagaard, 2009:38). I fenomenologisk tilnærming søker forskeren å etablere erfaring til fenomenet det forskes på, slik at fenomenet igjen kan påvirke forskerens opplevelse av empirien. Hensikten er å få fram fordomsfrie og ikke-dømmende beskrivelser av PP-rådgiveres opplevelser og følelser, ved å skyve vekk forhåndskunnskaper som kan true validiteten i oppgaven. For å sikre nok validitet og reliabilitet, ønsker jeg å understreke at en fenomenologisk tilnærming har blitt sett på som formålstjenlig for å samle relevant data, som kan hjelpe meg å finne svar på forskningsspørsmålet.

Etter datainnsamlingen har empirien vært gjenstand for tolkning og analyse. En tolkningsprosess går fra å innebære mindre deler til å til slutt skape en helhetlig forståelse av undersøkelsesfragmentet. I vitenskapsteoretisk sammenheng er denne prosessen kjent som *hermeneutikk*. I tolkningsfasen brukes hermeneutikken som metode for å gi økt forståelse om emnet det forskes på. Hensikten er å gjøre forskningen mer tilgjengelig, og dermed gjøre det som oppleves som uforståelig, forståelig (Kleven, 2011). Hermeneutikk knytter seg til en interaksjon mellom teori og data, hvor dimensjonen mellom «del-helhet» gir en dypere forståelse i takt med min egen forforståelse til temaet. I hermeneutikken blir ikke forståelsen skapt kun fra dataene, men også gjennom tolkning som er bygget på vår egen forforståelse. Halvorsen (2003) omtaler denne interaksjonen mellom teori og data som en *hermeneutisk spiral*. For meg har den hermeneutiske prosessen blitt sentral i transkriberings- og analysefasen av intervjuene med PP-rådgiverne, da jeg har forsøkt å forstå PP-rådgiveres oppfatninger, og gitt mening til deres beskrivelser.

4.3 Utvalg

I et kvalitativt forskningsprosjekt vil som regel dataene ikke være generaliserbare, men valgene av informanter er likevel viktig innenfor denne typen forskning. Det innebærer å velge informanter en vet er informasjonsrike med henhold til problemstillingen (Halvorsen,

2003). Et utvalg må derfor være hensiktsmessig i den forstand at informantene manifester fenomenet det skal forskes på.

For å finne svar på min problemstilling, var jeg nødt til å knytte meg til informanter med kompetanse på området det skulle forskes på. Problemstillingen tar sikte på hvordan PP-tjenesten arbeider med å fremme god helse hos barn og unge. Informantene skulle møte kriteriet om det å være en del av PP-tjenesten, for at jeg dermed skulle være sikret nok faglig kompetanse. Gruppen som viste seg å være mest hensiktsmessig var Pedagogisk-Psykologisk rådgivere i PP-tjenesten.

Valg av informanter som er basert på om de er hensiktsmessige nok til at man skal kunne svare på problemstillingen, beskrives også som strategiske (Halvorsen, 2003). Måter å gå fram på for å skaffe informanter er også av forskjellig art. En effektiv måte ifølge Vedeler (2000) er å kjenne «døråpnere». Det vil si å ha kjennskap til noen som kan gi deg tilgang til miljøet du ønsker å forske på. Døråpneren for meg var min veileder. Det var veilederen min som først etablerte kontakt med ulike PP-rådgivere, som skulle vise seg bli svært aktuelle for dette forskningsprosjektet. Jeg mottok en liste over PP-rådgivere som på forhånd hadde sagt seg villige til å stille som informanter i forbindelse med mitt forskningsprosjekt. En innvending her er at informantene hadde mottatt en prosjektbeskrivelse for oppgaven på forhånd, slik at de tidlig fikk innsikt i hvilken problemstilling jeg var ute etter å finne svar på.

Det var ønskelig at informantene skulle være ansatt ved forskjellige PP-tjenester, men det framstod ikke som et kriterie for prosjektet. Informantene var tilfeldigvis ansatt ved ulike PP-tjenester i Norge. Betydningen av et utvalg som kommer fra ulike miljøer, understrekes av Halvorsen (2003:106) som mener at «siktemålet er ikke å få et representativt utvalg, men å få et utvalg som er så kvalitativt forskjellig som mulig.». I dette ligger at man søker å få størst mulig variasjonsbredde i karakteristiske trekk ved utvalget.

Kriteriet for utvalget gjorde det mulig å skaffe informanter bestående av flere PP-rådgivere. Spørsmålet var *hvor* mange informanter som måtte til for å kvalitetssikre oppgaven min. Utvalgsstørrelsen måtte ses i sammenheng med valg av metode og prosjektets omfang. «Siden en i kvalitative tilnæringer er opptatt av å gå i dybden og få en helhetsforståelse, bør ikke utvalget være større enn at det er mulig å gjennomføre dyptpløyende analyser (Thagaard, 1998, i Halvorsen, 2003:106). En utvalgsstørrelse på tre informanter ble sett på som formålstjenlig for å sikre de nødvendige data som kunne bidra til å gi svar på problemstillingen. Trost (2010:143) forsterker begrunnelsen i det følgende; «Med många

intervjuer blir materialet ohanterligt och kanske mäktar man inte att få en överblick och samtidigt se alla viktiga detaljer som förenar eller som skiljer.».

4.4 Kvalitativt intervju

«Intervju er særlig viktig innenfor etnografisk og fenomenologisk forskning.»
(Gudmundsdottir, 2011:71 og 72).

Sitatet er brukt for å forsterke bakgrunnen for valg av datainnsamlingsmetode. For å innhente nødvendige data til mitt prosjekt, ble det foretatt enkeltintervju mellom meg som *intervjuer* og de tre *informantene*. Kleven (2011) poengterer også at intervju spiller en signifikant rolle i datainnhenting på grunnlag av forskningsspørsmålet, da intervju som metode gir en tyngde på enkeltindividets verdier og holdninger til et spesifikt tema. Ved å bruke intervju som metode fikk jeg mulighet til å møte informantene mine ansikt til ansikt. Det forutsetter ifølge Kleven (2011) en god relasjon mellom intervjuer og informant. Dette krever at jeg som forsker har etablert en god kommunikasjon med mine informanter både før, under og etter intervjuet har funnet sted. Det at informantene opplever saklige henvendelser, bidrar også til å styrke habiliteten til meg som intervjuer.

Det er flere ting jeg som intervjuer og forsker har måttet betrakte som mulige feilkilder ved å foreta intervju som datainnsamlingsmetode. For det første har intervjuene vært preget av den *konteksten* de befinner seg i. I dette ligger at datainnsamlingen har vært basert på møter med PP-rådgivere i en gitt situasjon. Det er konteksten som har lagt styring for hvordan informantene har uttrykt seg i intervjusituasjonen. «Sammenlignet med å studere folk i sine naturlige omgivelser vil intervjuer og samtaler være en kunstig situasjon.» (Halvorsen, 2003:88). Settingen kan ha påvirket informantens svar, og dermed virke inn på oppgavens validitet. I tillegg har det vært viktig å unngå utsagn omkring egen livssituasjon, verdier eller meninger for å bevare intervjuerens nøytralitet. Halvorsen (2003:88) forklarer videre at «synlige egenskaper ved *intervjueren* som kjønn, alder, rase, klær, utseende og oppførsel, viser seg å kunne ha innflytelse på hva slags svar en får.» I tillegg kan informantene oppleve å bli fastlåst ved at spørsmålene på forhånd er tematisk organisert. Ved å ta i bruk et semi-strukturert intervju, kan det resultere i at en mister informasjon på bakgrunn av intervjuguiden. Likevel poengterer Halvorsen (2003) at et semi-strukturert intervju er en gunstig datainnsamlingsmetode for å sammenligne svarene en får fra informantene.

4.4.1 Intervjuguide

Jeg valgte å utforme intervjuguide med hensikt å kunne finne svar på avhandlingens problemstilling. Spørsmålene var ment å gi informantene rom for å uttrykke seg om sine opplevelser og erfaringer om det psykiske helsearbeidet i PP-tjenesten. Likevel var spørsmålene utarbeidet på forhånd, slik at jeg kunne styre intervjuenes innholdselementer. Kategoriene for intervjuene var av den grunn også forhåndsbestemte, noe som resulterte i at informantene fikk lite rom til å begå en avsporing underveis. Valget mitt om å ha forhåndsbestemte kategorier kan ha utfordret informantene, da de ble ledet inn på termer omkring det psykiske helsearbeidet. Det kan ha vært både fordeler og ulemper ved å foreta en kategorisering på forhånd, siden det kan låse informantenes tanker til et bestemt tema. Likevel mener jeg at det var litt av hensikten, fordi det både utfordrer og skaper bevissthet om et komplekst, men veldig aktuelt tema. Intervjuguiden bestod av 8 spørsmål, med oppfølgingsspørsmål på enkelte av dem. Intervjuene hadde en lengde som tilsvarte mellom 28 og 39 minutter. Intervjuguiden utformet jeg på bakgrunn av «traktprinsippet». Prinsippet sammenfaller med intervjuguidens oppbygging, som ligner en trakt. I dette ligger at spørsmålene startet ganske bredt, og hvor informantene fikk uttrykke seg litt om seg selv og sin utdanningsbakgrunn. Utover i intervjuguiden ble spørsmålene mer spisset. Det betyr at spørsmålene dreide seg mer om temaet psykisk helsearbeid. En innledning til de ulike kategoriene var å stille spørsmål om hva de selv la i begrepene knyttet til det psykiske helsearbeidet. På den måten fikk jeg mulighet til å få fram rådgivernes refleksjoner og oppfatninger av begreper som faller inn under det psykiske helsearbeidet. Traktprinsippet opplevde jeg som naturlig å kunne bruke i denne avhandlingen. Ved å anvende «traktprinsippet» opptrer man skånsomt overfor informantene. Å starte intervjuet med spørsmål utenfor forskningens tematikk, men som likevel er aktuelle for forskningens kvalitet, opplevde jeg som signifikant viktig for å etablere en trygg plattform for kommunikasjon hos informantene. Sentralt for meg som intervjuer var at informantene skulle få en komfortabel opplevelse av intervjusituasjonen.

4.4.2 Transkribering

Etter datainnsamlingen ble intervjuene transkribert. Datamaterialet ble ved hjelp av lydopptak og notater brukt til å gjengi intervjusituasjonen. Jeg valgte å transkribere intervjuene så fort som mulig etter hvert som intervjuene hadde funnet sted. Da var det ennå store deler av

intervjuene jeg hadde ferskt i minne, både med tanke på informantenes verbale og non-verbale uttrykk under intervjusituasjonen. Transkribering er en del av skriveprosessen som gir nærhet til, og gjør forskere bedre kjent med sitt datamateriale (Nilssen, 2012). Likevel poengteres det at prosessen fra muntlig til skriftlig form blir påvirket av forskerens subjektivitet, da det er forskerens tolkning og forståelse av materialet som legges til grunn for videre analysearbeid (Ibid.). Selv om transkripsjon aldri vil bli en eksakt kopi av intervjusituasjonen, har jeg forsøkt å etterstrebe mest mulig korrekt gjengivelse av informasjonen.

4.5 Analyse og funn

Vesentlig viktig innenfor kvalitativ forskning er analyse og tolkning av datamaterialet (Thisted, 2009). Datainnsamlingen ble gjenstand for videre analyse av PP-rådgivernes opplevelser og erfaringer knyttet til psykisk helsearbeid i PP-tjenesten. En analyse blir brukt til å forstå informantenes uttrykk, og til å beskrive de følelsene en har med sikte på hva undersøkelsen søker å gi svar på. Jeg har i kapitlet om analyse forsøkt å gi en fremstilling av sammenhengen som en helhet. I takt med forskningsintervjuene ble analysen og tolkningen av dataen utarbeidet med hensikt om å få fram perspektiver som kan hjelpe meg å finne svar på mitt forskningsspørsmål.

Formålet med oppgaven er å forstå PP-rådgiveres «livsverden» ved bruk av kvalitativt intervju som datainnsamlingsmetode. Jeg har i datainnsamlingsprosessen forsøkt å få fram PP-rådgiveres subjektive forståelser og opplevelser av det psykiske helsearbeidet i deres PP-tjeneste. Den analytiske tilnærmingen vil være temasentrert, fordi den søker å forstå oppfatninger hos PP-rådgivere, basert på en tematisk organisering i intervjuundersøkelsen (Thagaard, 2009). Jeg har forsøkt å finne forskjeller og likheter i utsagnene ved å sammenligne svarene fra hvert enkelt spørsmål i intervjuguiden. Det å sammenligne informantenes svar på bakgrunn av det tematiske oppsettet i intervjuguiden, gjorde analyseprosessen mer ryddig og oversiktlig. Da kunne jeg i resultatdelen trekke fram hovedmomenter og sammenligninger først fra spørsmål 1, og deretter ta for meg neste spørsmål. Jeg mener denne måten å arbeide med datamaterialet på forsterker kvaliteten ved å skaffe meg som forsker god oversikt, samtidig som det også gir god oversikt til en framtidig leser. I tillegg gav dataen meg muligheten til å trekke ut sitater som forsterker det Dalen

(2008) omtaler som *koding*. Bruk av koding og kategorisering førte også til at tekstmengden ble redusert. Ved hjelp av koding kunne jeg oppdage og plukke ut essensielt innhold, samtidig som jeg kunne skille ut det som viste seg å være mindre viktig for avhandlingens problemstilling. I analyseprosessen forutsatte det at jeg hadde innsikt i hva som ville være en formålstjenlig bruk når det kom til analyseredskaper. Formålet med å bruke redskaper er at de skal være til hjelp for å gjøre koding av dataen enda mer tilgjengelig. Thagaard (2009) understreker at redskaper er sett på som hjelpsomme systemer som skal åpne datamaterialet. I analyseprosessen brukte jeg *sammenligning* som redskap til å tolke og forstå helheten i datamaterialet. Det viste seg å være hensiktsmessig, da svarene jeg fikk bekreftet at informantene satt inne med både like og ulike forståelser i tilknytning til det psykiske helsearbeidet i PP-tjenesten.

4.6 Validitet, reliabilitet og refleksivitet

I kvalitativ forskning gjelder en tilrettelegging av forskningsprosjektet, slik at det empiriske materialet både er av *valid* og *reliabel* art. Thisted (2009) bruker begrepene validitet og gyldighet om hverandre. Validitet sier noe om hvor sikkert en undersøger det som skal undersøkes. Det understrekes at validiteten er noe som skal gjennomsyre alle faser i undersøkelsesprosessen, fra utforming av problemstilling til dataen er samlet inn og analysert ferdig. Thisted (2009) poengterer at undersøkelsens validitet kan deles inn i en intern og en ekstern gruppe. Den interne validiteten sier noe om i hvilken grad resultater fra undersøkelsen er gyldige for prosjektets undersøkelsesgruppe. I mitt tilfelle stiller en intern validitet krav om hvorvidt graden av resultater fra PP-rådgiverne er valid med henhold til forskningsspørsmålet. Den eksterne validiteten søker å få fram i hvilket omfang resultater fra undersøkelsen er generaliserbare til andre populasjoner enn de som allerede er forsket på. I min kvalitative studie er ikke hensikten å kunne generalisere resultatene, men heller å forstå og uttrykke den enkeltes opplevelse og oppfatning. En generalisering i kvalitativ forskning kan si noe om i hvilken grad resultatene brukes til å anslå resultater i en annen situasjon (Halvorsen, 2003). Jeg søker i min studie etter PP-rådgiveres subjektive oppfatninger og forståelser av psykisk helsearbeid i PP-tjenesten. Resultatene kan dermed ikke generaliseres da de er av unik art, men de kan med en kvalitativ generalisering brukes til å sammenlikne eller indikere resultater fra andre lignende studier. Det overordnede målet med å sikre god validitet i intervjuundersøkelser er ifølge Dalen (2008) at selve intervjuet tilpasses forskningens mål, problemstilling og teoretisk forankring. Likevel kan validiteten påvirkes i negativ retning

dersom det i undersøkelsesopplegget forekommer hva Thisted (2009) omtaler som *bias* (systematiske feil). Det kan være feilkilder som for eksempel baseres på at intervjuundersøkelsen vedrører andre fenomener enn de som foreligger i problemstillingen. Eksisterer et slikt bias i forskningen vil validiteten i forskningen svekkes, da dataene ikke lenger er gyldige i henhold til forskningsspørsmålet.

Reliabilitet er synonymt med pålitelighet, og er i høyere grad enn validitet en målemetode for å sikre hvor pålitelig en måler det forskningen forutsetter at skal måles. Reliabiliteten i et forskningsstudie kan styrkes dersom det underveis gis nøyaktige beskrivelser av forskningsprosessen. Da kan andre forskere ta på seg sine «forskerbriller» og dermed etterprøve forskningen på nøyaktig samme måte som en selv har drevet den. Reliabilitet knyttet til å drive forskning omfatter også presisjon, etterprøvbarhet og nøyaktighet (Thisted, 2009). Reliabiliteten i forskningsundersøkelsen kan svekkes dersom metodene som brukes i datainnsamlingen gjør at det vil oppstå tilfeldige feil. Som en konsekvens av dette kan det medføre at resultatene blir upresise. Dette kan hindre resultatene fra å bli gjenstand for etterprøvbarhet, og dermed påvirke forskerens habilitet og oppgavens validitet i negativ retning (Ibid.). Jeg har forsøkt å sikre reliabiliteten i oppgaven ved å sette meg inn i oppgavens fagområder. Da kunne jeg utarbeide spørsmål som var relevante, og som sikret å gi svar på problemstillingen på en best mulig måte.

Vedeler (2000) foreslår at for å unngå feil i kvalitativ forskning, kan det være en fordel å bruke metodetriangulering. Det innebærer en kombinerings av metoder som både styrker validitet og reliabilitet i forskningen. En metode jeg kunne anvendt sammen med intervju i denne kvalitative forskningen er observasjon. Jeg kunne fulgt PP-rådgivere og observert deres arbeid. Det hadde gitt meg muligheten til å delta aktivt i forskningsprosessen, og jeg kunne ha kryssjekket data fra observasjonene med data fra intervjuene. En metodetriangulering ville styrket oppgavens validitet, men av hensyn til tidsaspekt og oppgavens omfang, hadde ikke en metodetriangulering latt seg gjøre. Jeg har likevel forsøkt å tilstrebe en så god validitet som mulig under hele forskningsprosessen.

Det er kjent at i en forskningsstudie er det forskeren som er det viktigste instrumentet. Det innebærer at forskeren innehar den mest sentrale rollen i alle prosessene i studien. En bevissthet om at prosessen fra innhenting av data til analyse og tolkning av datamaterialet også er preget av min forståelse av temaet, er en viktig forutsetning for å kvalitetssikre forskningen. Jeg har samlet inn data ved bruk av intervju som metode. I analyseprosessen

med transkriberingen har jeg måttet plukke ut det viktigste og mest relevante for oppgaven. Dette har jeg gjort ved å selektere ut den dataen jeg ikke så på som aktuelt nok i forbindelse med forskningsspørsmålet. Jeg har på den måten kunnet tilpasse datamaterialet slik jeg selv mener er mest hensiktsmessig for oppgavens formål. Intervju som metode gav meg muligheten til å skape bevissthet om «menneskelige feil» under datainnhenting. Jeg kunne foreta korreksjoner underveis dersom det var noe informantene sa som virket utydelig. Jeg ble også nødt til å foreta en fortolkende karakter ved å bruke gjentakelser etter at informantene hadde uttrykt seg for å forsikre meg om at jeg hadde forstått hva informantene gav uttrykk for. Menneskelige feil som ambivalens og sensitivitet kan oppstå på tross av korreksjoner i datainnsamlingsprosessen. Sensitivitet viser til informantenes ikke-verbale atferd. Informasjonen som ikke kommer til uttrykk gjennom verbal kommunikasjon, kan være like viktig, om ikke viktigere, for at jeg som forsker evner å fortolke informantenes uttrykk på riktig måte. Jeg forsøkte å studere informantenes sensitivitet ved å notere ned ikke-verbale trekk under intervjusituasjonen. Videre konstruerte og fortolket jeg forskningsdeltakernes uttrykk knyttet til deres «livsverden». I kvalitativ forskning omtales denne måten å drive tolkning på som dobbel hermeneutikk (Nilssen, 2012). Refleksivitet knytter seg til at jeg vurderer hvordan mine holdninger, erfaringer og bakgrunn er med på å prege forskningen. Jeg har vært opptatt av å drive forskning samtidig som jeg har forsøkt å se meg selv utenfra på best mulig måte. Dette ved å etterstrebe en så nøytral forskerrolle som mulig. Nilssen (2012) vektlegger betydningen av å ha en «open minded» tankegang underveis i prosessen. Likevel må det legges til grunn at når en driver forskning, sørger den subjektive forståelsen også for at oppgaven drives framover til et endelig sluttprodukt. Min refleksivitet vil derfor være verdiladet og påvirket av en forforståelse av temaet det forskes på. Min forforståelse vil jeg si har vært nokså åpen, da jeg i prosessen før datainnsamlingen hadde lite innsikt om hvilke oppfatninger PP-rådgiverne satt inne med, tilknyttet helsearbeidet i PP-tjenesten. På tross av det hadde jeg utarbeidet en rekke spørsmål hvor det ble brukt begreper som jeg trodde rådgiverne enkelt skulle ha forståelse for. Min forforståelse av at rådgiverne hadde en klar bevissthet om begreper jeg til daglig trodde de opererte med i tjenesten, må ses på som et faktum. Forforståelsen min har derfor vært med på å sette preg på avhandlingen, enten en ønsker det eller ei. En må i kvalitativ forskning heller betrakte ideen om nøytralitet som en visjon av målet, selv om studien legger vekt på verdien av å inneha en så nøytral forskerrolle som mulig.

4.7 Forskningsetiske prinsipper

Prosjektet mitt er meldt opp til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD), da prosjektet er meldepliktig på bakgrunn av personopplysningsloven §31.

I avhandlingen blir de etiske hensynene til informantene ivaretatt, ved at jeg har vektlagt kravet om informasjon og samtykke, samt kravet om konfidensialitet hos den enkelte deltaker.

4.7.1 Krav om informasjon og samtykke

I dette ligger at informantene på forhånd fikk tydelig informasjon om oppgaven gjennom en tilsendt prosjektbeskrivelse, med disposisjon over prosjektets formål og problemstilling. Brevet omfattet også et skriv om informantenes rett til at de når som helst kunne trekke seg fra undersøkelsen. Videre forutsettes det at alle informantene gir sitt samtykke før undersøkelsen uten at det oppleves som et ytre press, men som et indre ønske om å delta (Dalen, 2008).

4.7.2 Krav om anonymitet

Nilssen (2012) understreker at kravet om anonymitet anses som en forpliktelse for forskeren, og som en rettighet for den det forskes på. I dette ligger at jeg som forsker evner å unnlate en offentliggjøring av personlige data som kan avsløre informantenes identitet. I intervju sammenheng blir kravet om anonymitet særlig viktig da partene møtes ansikt til ansikt. Avhandlingens konfidensialitet blir også viktig da det dreier seg om en forsvarlig lagring og bearbeiding av data. For å imøtekomme kravet om anonymitet og konfidensialitet, har jeg anonymisert PP-rådgiverne under hele forskningsprosessen. Det lagrede datamaterialet har blitt behandlet anonymt ved å bruke dekknavn på informantene. I presentasjonen av datamaterialet vil informantenes uttalelser bli oppført under «I1», «I2» og «I3». Navn eller steder som informantene uttaler seg om vil i resultatdelen bli unnlatt offentligheten, uten at dette får noen videre konsekvenser for oppgavens validitet.

Det kan ifølge Alver (2013) oppstå en konflikt mellom kravet om anonymitet og idealet om etterprøvbarehet. Kravet om anonymitet gjør at en kanskje må modifisere benevnelser for å sikre at opplysningene ikke kan la seg spore tilbake til enkeltindividene. Selv om kravet kan påvirke graden av etterprøvbarehet, er det vesentlig at kravet om anonymitet overholdes av respekt for de det forskes på.

Etter en gjennomgang av analyse, tolkning og etiske betraktninger vil det neste avsnittet bli forbeholdt en presentasjon av datamaterialet fra intervjuene.

5.0 Presentasjon av funn

Med problemstillingen som utgangspunkt vil jeg i dette avsnittet gi en framstilling av resultatene fra intervjuene. I kapittel 2 og 3 forekommer de teoretiske referansene som videre vil utgjøre rammeverket for resultatdelens drøfting.

Det er flere metoder en kan bruke for å framstille data. Jeg har valgt å benytte meg av spørsmålene fra intervjuguiden for å presentere datamaterialet i dette avsnittet. Det var jeg som forsker som valgte å definere egne kategorier på forhånd av datainnhenting.

Framstillingen av resultatene består derfor av fem hovedkategorier: 1) Psykisk helsearbeid, 2) Forebyggende helsearbeid, 3) Helsefremmende arbeid, 4) Tverrfaglig samarbeid, 5) Den viktige aktøren i helsearbeidet.

Siden hensikten med forskningsprosjektet er å få fram PP-rådgiveres opplevelser og erfaring rundt psykisk helsearbeid i PPT, blir rådgivernes uttalelser det viktige i framstillingen av dataene. Det vil i dette avsnittet derfor legges vekt på å legge fram mine funn gjennom direkte sitater fra PP-rådgiverne. Beskrivelsene drøfter jeg videre opp mot anvendt teori fra teorikapitlene. Et viktig redskap for framstillingen er at jeg søker å trekke fram likheter og forskjeller i uttalelsene fra informantene. Da kan jeg oppdage hvorvidt det eksisterer likheter og forskjeller knyttet til PP-rådgivernes erfarte opplevelser av det psykiske helsearbeidet.

5.1 Psykisk helsearbeid i PPT

Psykisk helsearbeid er noe som omfatter både et forebyggende og helsefremmende arbeid. Mæland (2010) understreker at psykisk helsearbeid bærer på flere definisjoner, da begrepet berører også andre områder i samfunnet. I pedagogisk og psykologisk sammenheng har rådgiverne gitt uttrykk for sine forståelser og erfaringer rundt det psykisk helsearbeidet i PPT.

Jeg startet med å spørre rådgiverne hva de selv mente at psykisk helsearbeid bør dreie seg om. Både (I1), (I2) og (I3) uttrykte sine tanker om dette. Utsagnene nedenfor viser at rådgiverne har ulike oppfattelser av psykisk helsearbeid som et overordnet begrep.

«Jeg mener at psykisk helsearbeid må dreie seg om psykisk helse i skolen. I barnehagen også, men hvis jeg skal snakke om skole. PP-tjenesten har jo både skole og barnehage, men primært slik det er etter lovverket i dag, så er det jo ikke sånn at PP-tjenesten skal drive organisasjons- og kompetanseutvikling i barnehagen egentlig. Det skal de i skolen.» (I1).

«Jeg tenker at psykisk helsearbeid, sånn i forhold til elever så er det jo viktig at de har en god psykisk helse slik at de er i stand til å ta imot læring på skolen. Har du ikke en god psykisk helse så er det jo en utfordring i seg selv. Og spesielt i forhold til at ungene kommer i læringsmodus.» (I2).

«Det er jo mye med psykisk helse som kan påvirke ungene. Sånn at psykisk helsearbeid er å jobbe med forebygging av sosial kompetanse og generelt utviklingen til ungene da. Pluss at det er viktig å gi veiledning og støtte, til foreldre.» (I3).

Det virker som om PP-rådgiverne erfarer det psykiske helsearbeidet som stort og omfattende, da det knyttes til det arbeidet skolen gjør, men også til PP-tjenestens oppgave om det å drive kompetanse- og organisasjonsutvikling i skolene.

(I1) uttrykker at PP-tjenesten favner store deler av det psykiske helsearbeidet knyttet til skolen. Det som kommer tydelig fram er rådgiverens tanker om at psykisk helsearbeid er lovpålagt i tjenestens mandat, og begrunner derfor viktigheten av dette arbeidet i tjenesten.

(I2) uttaler ikke seg så mye om egen tjeneste, men understreker at arbeid med psykisk helse er en forutsetning for å danne grobunn for elevers læringsutvikling.

(I3) forbinder psykisk helsearbeid med forebygging som intervensjonsform. Ifølge Mæland (2010), innebærer psykisk helsearbeid viktige tiltak som skal forhindre at det skal oppstå en psykisk vanske, men at det også omfatter tiltak for å hemme at vansken skal utvikle seg.

Jeg dreide spørsmålet videre, og spurte dem hvilken rolle de mente PP-tjenesten burde ha i forbindelse med psykisk helsearbeid. Svarene de gav innebar klare oppfatninger av hva de selv mente om PP-tjenestens mandat og rolle i tilknytning til helsearbeidet.

«PPT har det mandatet at man skal drive med systemarbeid i skolen. Det innebærer blant annet psykisk helse. Det er en pedagogisk-psykologisk tjeneste, og da mener jeg at vi skal drive med psykisk helse i skolen.» (II).

«Den paragraf 9a som handler om psykososialt miljø for barn. Der skal vi bistå skolen, og der tenker jeg at det psykiske helsearbeidet er kjempeviktig.» (II).

«Hvis det er sånn at den psykiske helsen på en måte er sånn at eleven har behov for, for eksempel alternative metoder for å kunne komme i læringsmodus. Har behov for denne

voksenstøtten - så definerer vi jo det da. Vi definerer at det har eleven behov for, så derfor har eleven behov for spesialundervisning i forhold til sin psykiske helse.» (I2).

«Det er mye kommunikasjon og mye samtaler med alle partnere som jeg jobber rundt saker da, og samtaler med ungen for å finne ut hvordan barnet har det opp i alt da. Psykisk. For ungene kan komme ganske tidlig inn og fortelle hvordan de har det. Så det er mye forebygging og tidlig innsats da i forhold til hva vi i PPT kan gjøre da.» (I3).

Det kommer fram at rådgiverne har ulike tanker knyttet til eget arbeid. De knytter bevisst det psykiske helsearbeidet til tjenestens rolle og mandat i kommunene. Dette understrekes også i Veilederen (2007) som sier at tjenesten er lovpålagt å drive psykisk helsearbeid i form av både forebyggende- og helsefremmende arbeid for barn og unge. Dette tyder på at PP-rådgiverne deler samme oppfatning av at PP-tjenesten spiller en sentral rolle i helsearbeidet for barn og unge, men at arbeidet med psykisk helse springer ut fra ulike forståelser i tjenestene.

5.1.2 Forebyggende helsearbeid i PPT

Det er ifølge Mæland (2010) viktig med et forebyggende arbeid som fremmer helse, men som også hindrer skade eller sykdom hos et menneske. Likevel er forebyggende arbeid sentralt i helsearbeidet fordi det favner flere forhold som er med og påvirker helsetilstanden til den enkelte. Jeg ønsket i første omgang å få fram hva PP-rådgivernes forståelse til begrepet forebyggende helsearbeid, da jeg mente det ville være interessant å få fram den enkeltes oppfatning og erfaring knyttet til forebygging som intervensjonsform.

«Jeg tenker at det er snakk om å legge til rette for at ungen skal lykkes. At man passer på at man gjør det man kan med omgivelsene og konteksten. Alle sånne typer ting som du kan manipulere, det mener jeg at man må legge til rette sånn at det passer for det enkelte barnet.» (I1).

«Alt som gjøres for at noe som ligger latent ikke utløses for eksempel. Sånn som at eleven får lære å kjenne seg selv. Tenker jo at det er en del av forebyggende arbeid.» (I2).

«Det er å være i forkant av hva som kan skje. Å forhindre ting som kan skje. Kartlegge og planlegge godt arbeid. Forebyggende ting som kan oppstå. Å være før, forut, på en måte.» (I3).

Beskrivelsene fra rådgiverne forstår jeg som at forebyggende arbeid handler om å være proaktiv i arbeidet som gjøres. Det forebyggende arbeidet forstås som en slags intervensjonsform som skal legge til rette for noe, ved å anvende ulike metoder, slik at en kan hindre at det oppstår en negativ tendens hos barnet.

Videre ønsket jeg å vite hvordan PP-tjenesten praktiserte forebyggende helsearbeid.

«Vi jobber jo med blant annet at man er ute og veileder. Og gjerne litt sånn at det ikke skal være så vanskelig å få tak i oss. Vi stiller på type drøftinger om ting skole eller barnehage lurer på, og av og til så er vi med på foreldreveiledning. Også er vi jo med og jobber ute i skoler. Vi observerer jo i skolen. Rammefaktorene.» (I1).

«Om vi har en rolle akkurat i det, det har vi ikke. For at henvisning til oss vil jo komme som et resultat av at det har oppstått noe. Ja, så vi vil på mange måter være brannslukkere, dessverre.» (I2).

«Det er jo ulikt hvordan man forebygger ting da. Foreldre som kanskje ikke forstår hvor vanskelig det er for et barn å lære seg et eller to eller tre eller fire språk da, og at de trenger tid, sant. Det kan bli veldig mange psykiske nedturer da, det kan barnet få ganske tidlig. Sånn at man forebygger sånne ting via kommunikasjon og informasjon og kanskje prøve å gi mer kunnskap til de som ikke har det da. Og dermed forebygger da.» (I3).

Utsagnene gjør at jeg som forsker opplever praktiseringen av forebyggende helsearbeid som forskjellig i de ulike tjenestene. En forklaring til hvorfor dette oppleves så forskjellig, kan være PP-rådgiveres ubevissthet knyttet til anvendelsen av begrepet forebyggende helsearbeid. På tross av at rådgiverne uttrykker arbeidet i tjenestene ulikt, legger de likevel vekt på at forebyggende helsearbeid omfatter systemrettet arbeid. Rådgiverne uttrykker at det forebyggende arbeidet ofte gjenspeiles i at tjenestene veileder og gir kunnskap til de som trenger det, og at denne intervensjonen er med på å definere det forebyggende helsearbeidet i PPT. Likevel oppleves dette for (I2), som vanskelig, da det gis uttrykk for at det forebyggende helsearbeidet ikke er gjennomførbart i den grad det burde vært. (I2) legger vekt på at problemet ligger i at PPT mottar henvisninger fra skolen for sent til at problemet kan forebygges. Utsagnet nedenfor forsterker at rådgiveren opplever en maktesløshet rundt dette.

«Vi er jo en del av systemarbeidet i skolen, men de er ikke kjempegode på akkurat den biten. Vi kommer liksom langt ute i prosessen, dessverre. Når det har eskalert og når elevene har fått tilleggsvansker.» (I2).

Utsagnet peker på at forebyggende helsearbeid er vanskelig å gjennomføre fordi det er tendenser til at problemet det henvises om allerede er utviklet hos barnet. Utsagnet i det følgende viser PP-rådgiverens oppfatning av hva hun mener kan være bakenforliggende årsaker til dette.

«Men jeg tror det også handler litt om den tradisjonelle tankegangen i forhold til PP-tjenesten, at vi er inne og tester for lese- og skrivevansker, matematikkvansker. Vi er psykisk helsetjeneste vi og. Sånn som BUP er.» (I2).

Utover i intervjuet kommer det mer fram at tjenesten i et tverrfaglig arbeid også arbeider ut fra et forebyggende perspektiv.

«Vi har jo for eksempel tidlig innsats-team. Som er et tverrfaglig team, sammensatt av mange tjenester da.»

Jeg spurte PP-rådgiverne hvilken betydning tjenestens organisering hadde for helsearbeidet, fordi det var interessant å høre deres oppfatning av PP-tjenestenes organisering, og om hvilke konsekvenser dette kunne gi for helsearbeidet.

«Det som er at vår PP-tjeneste er lagt under Helse. Vi har jo vårt mandat fra Opplæringsloven. Slikt sett skulle vi ha vært under Oppvekst. Men vi er under helse, og det vil si at vårt lovverk er jo egentlig utenfor det som sjefen driver med.» (I1).

«Vi er jo organisert i barnehage, grunnskole og videregående-team. Men alle rådgiverne har de samme funksjonene på en måte. Også har vi logoped og spesialpedagogiske rådgivere.» (I2).

«Ja, organiseringen i PPT da. Det er jo veldig mye da.» (I3).

Rådgiverne gav uttrykk for at de satt inne med individuelle oppfatninger tilknyttet organiseringen av PP-tjenesten. Felles for PP-tjenestene er at de har et lovpålagt mandat fra Opplæringsloven. Likevel er tjenestenes organisert forskjellig innad i kommunene. (I3) fortalte at hennes PP-tjeneste var en interkommunal tjeneste. Det betyr at tjenesten omfatter flere kommuner i distriktet. Det kan tenkes at jo flere en tjeneste har å forholde seg til, jo større blir også arbeidsmengden.

Ut over dette tyder utsagnene i det følgende på måten tjenestene er organisert på, også har betydning for hvordan det psykiske helsearbeidet drives. Jeg spurte nemlig hvilken betydning tjenestenes organisering hadde for praktisering av helsearbeidet.

«Her mener jeg at det er en unik mulighet! Det er jo litt knotete i forhold til Opplæringslov og PP-eier og helsesjefen. At man skiller mellom helse og oppvekst ofte, og her har man jo gjort det. Og det er jo litt knotete som sagt, men det gir oss en unik mulighet, og det er jeg veldig opptatt av å ta vare på da. Vi har kommet veldig godt i gang med det som heter barneteam her. Vi opplever at vi tar bedre vare på den muligheten, av tverrfaglig samarbeid. Vi har mange eksterne samarbeidspartnere der vi jobber med psykisk helse i PPT.» (I1).

«Jeg tenker jo på mange måter at vi ikke driver psykisk helsearbeid. Vi gjør ikke det. Vi gjør for så vidt det. Vi driver det ikke forebyggende men vi gjør jo det når vi kommer inn og blir bedt om å ta en vurdering.» (I2).

«Det gjør jo dessverre at vi må prioritere enkeltsaker framfor mye veiledning og sånt, fordi vi har jo i all hovedsak ansvar for å utrede og kartlegge og skrive sakkyndig vurdering. Så har vi jo ikke nok tid da. Vi har så mange områder, så mange barn vi har ansvar for, mange enheter, så vi har ikke tid.» (I3).

Rådgivernes utsagn tolker jeg som en indikator på at de opplever å være både tilfredse og misfornøyde med måten helsearbeidet drives på som følge av tjenestens organisering. (I1) uttrykker en positiv holdning til dette, og peker på at måten tjenesten er organisert på, fremmer mulighetene til å bedre et tverrfaglig samarbeid med andre helsetjenester. (I3) uttrykker at på grunn av organiseringen, utgjør dette en direkte konsekvens for helsearbeidet. Her understrekes det at tid er en faktor som hindrer tjenesten i drive et godt nok helsearbeid. Ifølge (I2) er fraværende samarbeid mellom PPT og skole den største hindringen for å drive forebyggende helsearbeid, noe som resulterer i et svekket helsearbeid også i de andre eksterne helsetjenestene.

5.1.3 System- og individrettet arbeid i PPT

Jeg spurte også PP-rådgiverne hvordan de opplever forholdet mellom individ- og systemrettet arbeid. Som et oppfølgingsspørsmål spurte jeg hvilke følger forholdet mellom individ- og systemrettet arbeid får for helsearbeidet.

«Jeg tenker at man må tenke på etikken i det da. De kan jo ha individuelle rettigheter til ting, og i forhold til spesialundervisning er det jo snakk om at de har individuelle rettigheter. Også

er det etikken i det i forhold til individ- og systemarbeid er jo at, av og til har du ikke utbytte av å være i en klasse som du går i, men så bytter du klasse så plutselig har du utbytte likevel. Da er det systemets problem. Jeg mener at man nesten aldri kan jobbe med individet uten å jobbe med systemet. For det vil jo være et system rundt barnet.» (I1).

«Jeg tenker jo at det er et sterkt individfokus i skolen! Det er vanskelig å dreie forståelsen bort fra eleven som et problem til systemet. Vi ser jo at skolene mer og mer har begynt å henvise systemsaker da. Men vi ser jo at når de har systemsaker at de blir veldig individfokusert. Så vi har en vei å gå der da.» (I2).

«Det er jo ikke direkte balanse for vi har jo så mange saker som vi jobber med. Vi har jo mest i forhold til individsaker. Og når man har tid til å holde kurs for eksempel, så er det ikke så ofte man har mulighet til det, for vi er nedlesset i arbeid.» (I3).

Rådgiverne trekker fram at forholdet mellom individ- og systemrettet arbeid er skjevt fordelt i tjenesten, og at det systemrettede arbeidet går på bekostning av det individrettede arbeidet. (I1) opplever balansegangen som et evig dilemma, men understeker i utsagnet at etikken er viktig i det hele, da det legger føringer for arbeidet. Likevel kommer det ganske klart fram i utsagnet til (I1) at individarbeid avhenger av et systemrettet arbeid. (I2), trekker fram at individfokusert i skolen gjør at helsearbeidet handler mer om å «løse et problem» ved det enkelte barnet, og at som en konsekvens av dette skyves fokuset på systemet vekk. Jeg tolker ut fra kroppsspråk og utsagnene til rådgiverne at de blir oppgitte når de prater om det. (I2) uttrykte seg med å humre for seg selv, noe som kan forsterke min tolkning om at rådgiveren føler en oppgitthet rundt tjenestens arbeid. (I3), er opptatt av å finne en løsning for å bedre forholdet mellom individsaker og systemsaker i tjenesten, og legger vekt på å forsterke systemarbeidets potensiale for å dermed kunne dempe økningen av antall individsaker i PP-tjenesten.

5.1.4 Helsefremmende arbeid i PPT

Ifølge Mæland (2010) opptrer helsefremmende arbeid på bakgrunn av faktorer som styrker ressursene for god helse hos et menneske. Helsefremmende arbeid kan knyttes til forutsetninger innad et samfunnsmessig, miljømessig, sosialt, kulturelt og individuelt perspektiv.

I lys av det forebyggende helsearbeidet, ønsket jeg å få fram hvilke oppfatninger hver enkelt rådgiver har med tanke på det helsefremmende arbeidet i PP-tjenesten.

«Helsefremmende tenker jeg at man aktivt interverer, at du aktivt setter inn tiltak da, som skal gjøre ting bedre.» (I3).

«Det er jo helsefremmende å oppleve mestring på skolen, å føle seg inkludert. Så sånn sett tenker jeg jo at de tiltakene vi foreslår er jo helsefremmende.» (I2).

«Tenker på helsen til ungene da. Ikke bare nå i dag, men også i framtida.» (I3).

I dette forstår jeg at rådgiverne forbinder et helsefremmende arbeid med å skape mestring og positive tanker om seg selv i samhandling med andre. (I1) understreker at skolen er nødt til å legge lista lavt for en god latter i klasserommet, og peker på at skolen har en fundamental og sentral rolle her. (I2) poengterer at dersom man skal kunne jobbe helsefremmende, krever det et systemarbeid som fokuserer på positive sider hos det enkelte barnet. Det kan tyde på at rådgiverne opplever det som utfordrende å snakke om helsefremmende arbeid og forebyggende helsearbeid hver for seg. Jeg tolker gjennom rådgivernes uttrykk at de opplever det som utfordrende å skulle skille mellom de to intervensjonsformene fordi de i praksis overlapper og komplementerer hverandre.

Da jeg spurte PP-rådgiverne hvordan tjenesten praktiserte helsefremmende arbeid, fikk jeg til svar at de ikke hadde reflektert så mye rundt hva det helsefremmende- og forebyggende arbeidet egentlig innebærer.

«Vi har ikke skilt så veldig, men det skal jeg tenke mer på. Vi er veldig på å foreslå mange tiltak, så det gjør man jo. Vi kunne ha skilt mellom det. For det synes jeg ikke vi gjør i så stor grad.» (I1).

«Vi har jo aldri diskutert det på den måten. Men jeg tenker jo det å ha et mestringsfokus, det er å jobbe helsefremmende. Også tenker jeg jo at det å jobbe med inkludering på skolen, likeverdighetsprinsippet, ja.» (I2).

«Det er jo å forhindre at de kanskje får en dårlig helse da. Eller at de får et dårlig syn på seg selv, via tiltakene og rådene jeg gir da. Fremme at de får det bedre da.» (I3).

Jeg tolker rådgivernes utsagn om forebygging som intervensjon i helsearbeidet. (I1) nevner tiltak tjenesten setter til verks, og presiserer at hun ønsker å øke sin bevissthet rundt forebyggende- og helsefremmende arbeid. (I2) foreslår å «legge til rette» for et godt inkluderingsmiljø i skolen. (I3) bruker ordet «å forhindre». Jeg tolker dette som måter å drive

forebyggende helsearbeid på, men en bør kanskje se at helsearbeidet favner både et forebyggende og et helsefremmende perspektiv som komplementerer hverandre.

Jeg fulgte opp spørsmålet ved å spørre rådgiverne om de noen gang har opplevd utfordringer knyttet til helsearbeid i PP-tjenesten.

«Man foreslår tiltak, så er det ofte motstand i det. Det er det. Endring er vanskelig. Så jeg tenker at endringsbiten er utfordrende, veldig ofte. Men det er jo noe vi hele tiden må bryne oss på.» (I1).

«Jeg tenker jo at det er utfordrende å møte en skole som har et sånt individfokus. Et sånt fokus på at det er eleven som er problemet, eller som er årsaken til at hele klassen sliter for eksempel. Og det at man ikke tenker at det er min undervisning som ikke treffer eleven.» (I2).

«Ja det er jo utfordringer i forhold til det at man ikke merker at både foreldre og voksne generelt, ikke har nok kunnskap om barn. Og de vanskene de har, og hva de skal gjøre med det. Og det er jo utfordrende for jeg har jo ikke nok tid til å gi dem den kunnskapen alltid.» (I3).

Jeg opplever at (I2) og (I3) oppfatter at faktorene rundt barnet er utfordrende. De peker på viktigheten ved et systemarbeid for å styrke helsearbeidet. Ut fra uttrykket til (I1) tolker jeg det som utfordrende å drive helsearbeid på systemnivå når systemet ikke lar seg endre. (I1) er opptatt av å få fram bevisstheten om at dersom systemet og faktorene rundt barnet endres, kan det gi helsemessige gevinster for individet. Rådgiverne prater om endring, individfokus og kunnskap om barnet som hindringer for å drive godt helsearbeid. Jeg forstår gjennom uttrykkene til rådgiverne at de opplever det systemrettede arbeidet som utfordrende. Uttrykkene forsterker min forståelse av at rådgiverne opplever et for stort individfokus i PP-tjenesten.

5.2 Samarbeid med skolehelsetjenesten

Jeg har spurt PP-rådgiverne om hvordan de opplever samarbeidet mellom PP-tjenesten og skolehelsetjenesten.

«Jeg opplever at samarbeidet med helsestasjonen er fint altså. Men skolehelsetjenesten har egentlig ikke vært så tydelig framtreddende her i kommunen. Men de jobber med saken. Så skolehelsetjenesten er i endring. Positivt.» (I1).

«Ja, altså, stort sett har vi ganske tett samarbeid med helsesøster. Jeg synes det er veldig godt å kunne drøfte en sak anonymt med helsesøster for eksempel. Men jeg tror nok at vi kunne hatt bedre, eller mer samarbeid.» (I2).

«Stort sett så fungerer det veldig bra det! Men i forhold til helsesøster og sånn på skolen, så er det sjelden at de deltar på møter. Helsesøstersamarbeid, generelt så synes jeg det er lite. Det er jo litt møter og sånn, men ikke så mye samarbeid sånn. Det skulle vært mer da.» (I3).

Slik jeg tolker deres ytringer, forstår jeg det slik at alle mener at samarbeidet med skolehelsetjenesten er viktig. Samarbeidet mellom skole, skolehelsetjeneste og PPT blir viktig fordi tjenestene bidrar med sine styrker på ulike områder. (I2) knytter samarbeidet med skolehelsetjenesten som viktig for elevene, men også for sin egen del. Likevel tolker jeg at alle opplever skolehelsetjenesten som for lite framtrædende i helsearbeidet. Skolen, skolehelsetjenesten og PPT kan ifølge (I1), styrke det psykiske helsetilbudet, dersom det tverrfaglige samarbeidet hadde blitt mer synlig. Det virker som om rådgiverne i PPT sitter på samme mening når det kommer til at de opplever samarbeidet som for svakt, og at de ønsker å etterstrebe et tettere samarbeid med tjenesten for å styrke det psykiske helsetilbudet for barn og unge.

5.3 Den viktige aktøren i helsearbeidet

Jeg avsluttet intervjuene med å stille rådgiverne spørsmålet om hvem de selv mener har den mest sentrale rollen i helsearbeidet med barn og unge. Samtlige konkluderte med at voksenpersoner som innehar kunnskap om helse og helsearbeid, og som har kontinuitet i arbeidet med barn og unge, vil være de viktigste aktørene i et helsearbeid for barn og unge. Her kommer det til uttrykk at både I1 og I3 er enige om at PPT er den helsetjenesten som har mest innflytelse på psykisk helsearbeid. Hva som ligger til grunn for deres meninger, kan vi forstå ut fra utsagnene nedenfor.

«Jeg mener at i forhold til skolen og utviklingsarbeidet i den forbindelse, er det PP-tjenesten. Jeg mener at PP-tjenesten er den viktigste aktøren for utviklingsarbeid, systemarbeid generelt. Og det er vårt ansvar å dra med oss for eksempel psykisk helse da, inn i arbeidet. Og det mener jeg etter Opplæringsloven §5-6. Der står det at PP-tjenesten skal gjøre det.» (I1).

«Hvis det er unger som strever med psykisk helse på skolen, så er det den ene voksenpersonen. Den som er tett på, den som er viktigst for dem. Og det kan være en assistent og det. Bare det er en person som på en måte når inn til de.» (I2)

«Føler at det er vi i PPT. Vi har jo spesialkompetanse på barn med spesielle behov, og det er jo det vi i all hovedsak skal jobbe med. Og vi er jo rundt overalt og driver egentlig med psykisk helse hele tiden sånn sett. Så jeg tror nok at vi har en kjempeviktig rolle her. Og helsesøster har jo litt og da. Men det er jo litt tilfeldig hvem som går inn og er helsesøster så.» (I3).

I neste avsnitt følger en analysedel, hvor jeg fortolker og analyserer mine funn. Rådgivernes utsagn vil danne grunnlag for framstillingen av fortolkningene jeg har gjort. Jeg har valgt å legge fram en helhetlig analyse av kategoriene, da jeg opplever at kategoriene rådgiverne uttaler seg om går over i hverandre. Analysen er av den grunn sammenhengende, og ikke delt inn i kategorier slik det ble gjort i dette delkapitlet.

5.4 Analytiske betraktninger

Da jeg spurte rådgiverne hva de mente at psykisk helsearbeid bør dreie seg om, forstår jeg ut fra utsagnene, at de oppfatter et psykisk helsearbeid som både stort, omfattende og udefinerbart. Dette kommer tydelig fram da de underveis brukte lang tid på å formulere seg fram til en oppfatning om hva de selv la i begrepet. Min oppfatning av dette forstår jeg som at har klar sammenheng med tjenestens mandat. De oppfatter helsearbeidet som diffust fordi det gis rom for individuell vurdering og tolkning hos den enkelte. På tross av at rådgiverne sitter inne med ulik forståelse til hvordan de praktiserer helsearbeidet i tjenestene, oppleves rådgiverne å inneha meningsfulle oppfatninger om hva helsearbeid *bør* dreie seg om. Det blir også poengtert at et økt fokus på å bedre den psykiske helsen for barn og unge i samfunnet, bidrar til å skape gode ringvirkninger for helsetjenesten.

Det oppleves utover dette som diffust å skulle prate om tjenestens rolle i forbindelse med helsearbeidet generelt. Dette tolker jeg at har en sammenheng med tjenestens fokus på individarbeid framfor systemarbeid. Det sår ingen tvil om at rådgiverne mener helsearbeid er en av de viktigste arbeidsoppgavene PP-tjenesten har, men spørsmålet om hvorvidt tjenesten mestrer å ivareta et så stort og omfattende mandat, opplever jeg derimot som kritikkverdigg. Helsearbeidet forstås av rådgiverne som tiltak som retter seg mot individet, noe som

forsterker min oppfatning om at tjenesten fokuserer i større grad på å drive individrettet arbeid framfor systemarbeid.

Mangel på tid og ressurser blir pekt på som bakenforliggende årsaker til at PP-tjenesten ikke evner å kunne ivareta sitt mandat godt nok. Rådgiverne oppleves likevel for å være positive til arbeidet som gjøres for å ivareta helsen hos barn og unge. De fleste peker på at samarbeidet med andre helsetjenester har god nytteverdi. Jeg forstår ut fra utsagnene at rådgiverne frykter at dersom samarbeidet ikke blir mer effektivt, vil det kunne svekke PP-tjenestens kvalitet i helsearbeidet. Likevel kan man se tegn til endring, da rådgiverne peker på at samarbeidet med skolehelsetjenesten er i ferd med å styrkes. Satsning på et tverrfaglig samarbeid opplever jeg at er i gang med å løfte helsetjeneste til nye høyder.

6.0 Drøfting av funn

I denne delen av avhandlingen søker jeg å drøfte det empiriske materialet med teori fra teorkapitlene. Formålet med avhandlingen er å få innsikt i hvordan PP-rådgivere forstår, men også praktiserer helsearbeidet i sin PP-tjeneste. Jeg har i dette kapitlet valgt å foreta en drøfting av alle kategoriene i en helhetlig del. Bakgrunnen for å sammenfatte alt av empirisk materiale så jeg på som nødvendig for å samle trådene i kategoriene mine. Jeg omtaler drøftingen i avsnittet under for «Helsearbeidet i PPT».

6.1 Helsearbeidet i PPT

Helse- og omsorgsdepartementet (2010) omtaler psykisk helsearbeid som noe som omfatter både forebyggende helsearbeid og opplysningsarbeid, og er tiltak rettet mot barn og unge som opplever en form for uhelse. I PPT er psykisk helsearbeid et av tjenestens hovedoppgaver. De skal bistå skoler i et forebyggende og helsefremmende perspektiv (Veilederen, 2007).

Det empiriske materialet viser at rådgiverne opplever at økt fokus på det psykiske helsearbeidet er av betydningsfull verdi, for å skape et mer effektivt og rustet helsearbeid i tjenesten. De opplever at helsearbeidet i PP-tjenesten er omfattende, og omtaler at de selv opplever det som utfordrende. Det pekes på at det stilles for store krav til at tjenesten skal drive et helhetlig helsearbeid, noe som innebærer både et systemrettet og individrettet arbeid. Noen etterspør mer kompetanse på området. En kompetanseheving for å øke bevisstheten rundt måten rådgiverne tenker på omkring helsearbeid, må også ses i sammenheng med hvilken betydning dette kan ha for måten helsearbeidet også praktiseres på. Noen av rådgiverne peker på at de ikke evner å bistå skoler i den grad de ønsker, og nevner at mangel på tid og ressurser er en årsak til denne hindringen. Oppfatningen forsterkes også av Alsaker og Jacobsen (2005) som mener at PP-ansatte ikke innehar tilstrekkelig kompetanse med å drive organisasjons- og kompetanseutvikling i skolen. Dette er i tråd med funnene til Faglig enhet for PP-tjenesten (2001), som viser at det er en klar sammenheng mellom fraværet av tid og ressurser, og et forhøyet antall prioriteringer av individsaker i tjenesten.

Forebyggende helsearbeid omfatter på bakgrunn av rådgivernes utsagn, arbeid som retter seg mot systemet rundt barnet. Det ble av rådgiverne forbundet med å sette i verk tiltak, gi råd og veiledning, og å være tilgjengelige for grupper eller enkeltindivider som trenger bistand i helsearbeidet. Dette samsvarer med hva helsearbeidet i tjenesten skal dreie seg om, da et av

hovedformålene til tjenestens systemrettede arbeid sier at den skal gi råd og veiledning til lærere, foreldre og andre aktører som innehar en sentral rolle i livet hos barnet (Veilederen, 2007).

Én av rådgiverne understreket at tjenesten ikke driver et forebyggende helsearbeid, og knytter problematikken til et svekket samarbeid med skolen. Hun peker på mangel på kommunikasjon som en opprettholdende faktor for denne hindringen. For at et forebyggende helsearbeid skal praktiseres godt forutsettes et tverrfaglig samarbeid som tar sikte på å aktivt intervensjon helsearbeidet ved bruk av ulike tiltaksformer (Alsaker og Jacobsen, 2005). Forebyggende helsearbeid blir av den grunn oppfattet som en utfordring av noen av rådgiverne, da de opplever at tjenesten ikke innehar gode nok rutiner på feltet. Dette skaper hold i hva Idsøe (2003) mener om at PP-tjenesten er mindre interesserte i det systemrettede arbeidet, og mer opptatt av å drive et individrettet arbeid. Argument mot Idsøes uttalelse, blir basert på funnene i det empiriske materialet, hvor det kommer fram at rådgiverne streber etter et mer systemrettet arbeid i tjenesten. Utfordringen med å finne balanse mellom individrettet- og systemrettet bekrefte ut fra teorier og funn om at antall individrettede saker er for mange.

Faglig enhet for PP-tjenesten (2001) bekreftet min oppfatning om hva som kunne være årsaken til at rådgiverne opplevde systemarbeidet som vanskelig. Det understrekes nettopp at for store mengder individualsaker i takt med skolers forventninger, var noe av grunnen til at systemarbeidet ble bortprioritert i tjenesten. Alsaker og Jacobsen (2005) peker på at det individrettede arbeidet er viktig, men at en systemrettet tilnærming er en forutsetning for å kunne effektivisere tjenestens rådgivningsfunksjon.

Resten av rådgiverne forstod forebyggende arbeid som en rettesnor for tjenesten, og omtaler arbeidet som et viktig fundament for det praktiske arbeidet som gjøres for å fremme bedre helse til barn og unge. (I1) og (I3) forstår med dette at forebyggende arbeid er vesentlig viktig i helsearbeidet, og at dette er noe de selv praktiserer mye av i tjenesten. (I2) pekte på at det forebyggende arbeidet i sin tjeneste ikke ble praktisert. Det understrekes at selv om (I2) påstår at tjenesten ikke driver forebyggende helsearbeid, taler hun likevel om forskjellige intervensjonsformer som indikerer at tjenesten arbeider ut fra et forebyggende perspektiv.

Ifølge Mæland (2010) opptrer helsefremmende arbeid på bakgrunn av faktorer som styrker ressursene for den gode helsen hos et menneske, og kan knyttes til forutsetninger innad et samfunnsmessig, miljømessig, sosialt, kulturelt og individuelt perspektiv. I likhet med Mæland, innehar alle rådgiverne oppfatningen om helsefremmende arbeid som en måte å

arbeide på, med hensikt om å fremme helsen til den enkelte. Mæland (2010) peker på at helsefremmende arbeid knytter seg til flere perspektiver hos et menneske, noe som må kunne knyttes til en individrettet og systemrettet tilnærming i PP-tjenestens helsearbeid.

(I2) mener at det helsefremmende arbeidet hovedsakelig bør dreie seg om at skolene legger til rette for et godt læringsmiljø. Hun omtaler skolen som viktig i det helsefremmende arbeidet, og peker på at det aktivt må arbeides med rammefaktorer rundt barnet for å ha mulighet til å fremme dets helse. Mæland (2010) hevder at helsefremmende arbeid kan være utfordrende fordi det er en mer demokratisk intervensjonsform enn forebyggende helsearbeid, og knytter begrepet til «empowerment-prinsippet». Rådgiverne innehar en felles oppfatning om at helsefremmende arbeid er en forutsetning for å styrke barn og unges helse, men ser ikke ut til å knytte denne tilnærmingen til at den enkelte skal få større ansvar for sin egen helse. De peker derimot på PP-tjenesten og skolen som aktuelle arenaer i det helsefremmende arbeidet. I denne sammenheng må det forstås at barn og unge ikke kan ta helt og holdent ansvar for sin egen helse, da det er rammefaktorer rundt barnet som i stor grad kan bidra til å fremme eller hemme den.

Samtlige av rådgiverne omtaler helsearbeidet i tjenestene som noe som innebærer både et forebyggende og helsefremmende helsearbeid, selv om det kan ligne på at rådgiverne innehar ulike oppfatninger rundt begrepenes betydning. Det at rådgiverne innehar ulike forståelser av begrepene, kan være noe av grunnen til at praktiseringen av helsearbeidet oppleves ulikt blant rådgiverne. Likevel må det understrekes at rådgiverne uttrykte flere likheter enn forskjeller til måten de praktiserte helsearbeidet sitt på. Helsearbeidet i PP-tjenesten ble praktisert gjennom ulike tiltaksformer. Det ble ikke utdypet så mye rundt hvilke tiltak tjenesten satte til verks, men alle rådgiverne uttrykte at de var opptatt av å veilede og gi råd til aktører rundt barn og unge. Ifølge Veilederen (2007:35), skal tjenesten gi råd til elever, foreldre og skole om opplæring, oppdragelse og ulike problemer i barnehage- og skolesammenheng.

I Veilederen (2007) konkretiseres mandatet til PPT om å arbeide både individrettet og systemrettet. Det blir presisert at helsearbeidet i PP-tjenesten skal skje på individnivå. Likevel er tjenesten pålagt å drive et systemrettet arbeid i form av kompetanse- og organisasjonsutvikling. (I1) peker på at systemrettet arbeid må ligge til grunn for det individrettede arbeidet. Alle rådgiverne ytrer en enighet knyttet til å redusere individsaker ved å prioritere mer systemrettet arbeid, da en dreining fra individarbeid til et mer systemrettet arbeid i tjenesten vil komme flere til gode i helsearbeidet. Rådgiverne ønsker en reduksjon

når det kommer til enkelthenvisninger, og en større mulighet til å arbeide systemrettet rundt barnet. Dette står i tråd med hva Alsaker og Jacobsen (2005) mener, da de peker på at hvis man skal drive systemarbeidet i form av kompetanse- og organisasjonsutvikling, forutsettes det at tallet på enkelthenvisninger må reduseres.

Helsearbeidet i PP-tjenesten må også ses i sammenheng med andre helsetjenester som arbeider rundt barn og unge. Kommunen skal tilby skolehelsetjeneste for alle barn og unge fra 0 til 20 år i grunnskole og videregående skole som omfattes av opplæringsloven og privatskoleloven (Befring, 2004). Skolehelsetjenesten innehar en viktig rolle ved å være en aktiv deltaker i helsearbeidet med barn og unge. Likevel kan et helsearbeid bare være formålstjenlig dersom det blir lagt til rette for et godt tverrfaglig samarbeid mellom de helsetjenestene som arbeider rundt barnet. Ifølge Helsedepartementet (2003) skal det forebyggende og helsefremmende arbeidet for barn og unge være grunnbemannet av helsesøster, lege og fysioterapeut. Dette forsterker synet rådgiverne har til betydningen av tverrfaglighet i helsearbeidet. På tross av skolehelsetjenestens sentrale rolle i helsearbeidet, opplevde rådgiverne at samarbeidet med skolehelsetjenesten ikke fungerte så godt som det burde. (I3) bruker ordet «sjeldent» om samarbeidet med skolehelsetjeneste og helsesøster, mens (I1) omtalte skolehelsetjenesten som «for lite framtrædende».

Rådgivernes uttalelser gav uttrykk for at samtlige opplever helsearbeidet som stort og omfattende. Dette bekreftes også i intervjuene, da det viste seg å være vanskelig å skulle anvende begreper som forebyggende og helsefremmende arbeid. Jeg forstår ut fra dette at tjenesten er underlagt et mandat som ikke kvalitetssikrer for en allmenn forståelse knyttet til disse begrepene. Det kan virke som om PP-tjenestene ikke har nok bevissthet rundt anvendelsen av begrepene, på tross av å være underlagt et mandat som pålegger tjenesten å arbeide ut fra begrepene.

7.0 Avslutning

Temaet for avhandlingen er psykisk helsearbeid i PP-tjenesten. Jeg har foretatt en kvalitativ forskningsstudie hvor jeg har søkt å få innsikt i PP-rådgiveres forståelse av psykisk helsearbeid, og videre forsket på hvordan arbeidet praktiseres innad PP-tjenestene. Hensikten med forskningen har vært å få fram PP-rådgiveres stemmer ved å ta utgangspunkt i deres utsagn og uttrykk. Veien videre var å finne likheter og forskjeller i uttalelsene, ved å bruke sammenligning i analyseprosessen. I dette avsnittet blir avhandlingens hovedfunn sammenfattet. Avslutningsvis gis noen refleksjoner tilknyttet de funnene jeg har gjort i avhandlingen.

7.1 Sammenfatting av hovedfunn

Formålet med oppgaven har vært å få innsikt i hvordan det psykiske helsearbeidet i PP-tjenesten forstås og praktiseres av PP-rådgivere. Det har vært interessant å se om utsagnene til PP-rådgivernes forståelse og praktisering samsvarer, eller om måten rådgiverne forstår helsearbeidet på oppleves forskjellig mellom tjenestene. Siden jeg ikke har foretatt observasjon i min studie, kan jeg bare gå ut fra hva rådgiverne har sagt om sin forståelse og praktisering av helsearbeidet.

I likhet med det teoretiske materialet, viser det gjennom presentasjonen og drøfting av funn at rådgiverne opplever psykisk helsearbeid som et komplekst arbeid, som innebærer individuelle forståelser og praktiseringer i PP-tjenestene. Sammenfattingen av hovedfunn vil ha samme form som i avsnittet hvor jeg foretok en presentasjon av mine funn. Avslutningsvis i dette kapitlet har jeg valgt å tilføye et avsnitt kalt «Forståelse og praktisering av psykisk helsearbeid i PPT.»

Når det gjelder det «Psykiske helsearbeidet i PPT» knytter alle helsearbeidet først og fremst til arbeidet mellom skolen og PP-tjenesten. De har uttrykt at helsearbeidet er et lovpålagt arbeid i PP-tjenesten, og noen presiserer at det er en av de viktigste arbeidsoppgavene tjenesten har. Noen av rådgiverne forstod forebygging som det mest sentrale i helsearbeidet, mens andre knyttet helsearbeidet mest til systemarbeid som skal legge rammefaktorene til rette rundt det enkelte barnet. Ved å legge til rette for de aktuelle rammefaktorene rundt et barn, dreier helsearbeidet seg i større grad om å drive forebyggende arbeid med hensikt om å

hindre at et barn opplever belastninger i sin livssituasjon. Dette vil nå bli nærmere utdypet i kommende avsnitt.

Rådgiverne uttrykte en ulik oppfatning av det «Forebyggende helsearbeidet i PPT». Det som skulle vise seg å ligge til grunn for den individuelle oppfatningen, må knyttes til rådgivernes forståelse av begrepet forebygging. Slik det kom fram i forrige avsnitt, viser resultatene at rådgiverne legger vekt på forebygging som intervensjonsform for helsearbeidet. Likevel oppleves det forebyggende arbeidet som utfordrende av enkelte rådgivere. Resultatene viser at bakgrunnen til denne oppfatningen er et svekket samarbeid mellom skole og PP-tjeneste. En konsekvens av dette blir et fravær av systemrettede tiltak i PP-tjenesten.

I forbindelse med «Systemrettet- og individrettet arbeid i PPT», viser funnene at rådgiverne opplever det som vanskelig å finne en god balanse i det to-delte mandatet PP-tjenesten har. De uttrykker en tydelig oppgitthet rundt emnet, og peker på at problemet springer ut fra et *for* stort fokus på det individrettede arbeidet. Slik jeg tolker det, er mangel på tid en faktor som i tjenesten blir sett på som en forklaring på noe av denne skjevutviklingen.

Alle forstår «Helsefremmende arbeid» som et arbeid der det legges vekt på tiltak som skal fremme helsen til det enkelte barn. Tiltakene som blir nevnt er gjennomgående for alle, og indikerer råd, veiledning og kommunikasjon. Det kommer til uttrykk at de opplever helsefremmende arbeid som en motsats for det forebyggende arbeidet, da de legger vekt på at det eksisterer en forskjell mellom disse intervensjonsformene. Én av rådgiverne uttrykker at det helsefremmende arbeidet fokuserer på at en aktivt intervensjonerer, mens et forebyggende arbeid handler mer om å legge forhold til rette for barnet. Enkelte av dem peker på at liten bevissthet rundt bruken av begrepene kan være noe av grunnen til hvorfor helsearbeidet blir så diffust og omfattende. Alle innrømmer at deres PP-tjeneste ikke fokuserer så mye på hva som ligger under disse begrepene, men uttrykker at dette er noe de kunne tenkt seg å øke sin bevissthet omkring.

«Samarbeid med skolehelsetjenesten» fikk derimot kritikk av de fleste rådgiverne. Det ble rapportert om at skolehelsetjenesten oppleves å ha en *for* usynlig rolle i det tverrfaglige arbeidet. Enkelte peker på at det er tegn til bedring rundt det tverrfaglige arbeidet, mens andre opplever at samarbeidet med skolehelsetjenesten skaper utfordringer for helsearbeidet. Det ble også rapportert om at fravær av kommunikasjon mellom partene også svekket tilliten mellom PP-tjenesten og skolehelsetjenesten. På tross av kritikken, forholder noen av PP-rådgiverne seg positive til tanken om at samarbeidet med skolehelsetjenesten er i en positiv

endringsutvikling. Et funksjonelt samarbeid på tvers av helsetjenester understrekes av samtlige som en viktig forutsetning for det psykiske helsearbeidet. Enkelte av rådgiverne forsterket oppfatningen med å understreke at dette vil åpne opp for enda bedre mulighet til å foreta drøfting tjenestene seg imellom, på både individ- og systemnivå.

Da jeg spurte rådgiverne hvem de mente var «Den viktige aktøren i helsearbeidet» tolker jeg alle sine uttrykk for å være den voksne. Noen av rådgiverne knyttet voksenpersonen til eksempelvis en tilsatt i skolen. Det kom også fram at den voksne kunne være hvem som helst, så lenge det var en voksen barnet opplever en god relasjon og tillit til. Andre rådgivere opplyste PP-tjenesten som den viktigste aktøren i helsearbeidet. Bakgrunnen for uttalelsen lå i at det er etablert en kontinuitet tilknyttet barn og unge som har fått henvisning til tjenesten. Samtlige peker på at voksne som er tilstede for barnet over tid, er den mest sentrale aktøren i helsearbeidet. I PP-tjeneste og skole eksisterer det et personale med faglig kompetanse tilknyttet barn og unge, noe som må forstås å ha betydning for det enkelte barns mentale og fysiske utvikling.

7.2 Forståelse og praktisering av psykisk helsearbeid i PPT

Rådgiverne gir uttrykk for sine positive opplevelser med psykisk helsearbeid i PP-tjenesten, da helsefokuset stadig får større plass i samfunnet. Det er et felt som gir muligheter til et godt tverrfaglig samarbeid med andre helsetjenester. Likevel kommer det fram at helsearbeidet bærer preg av ulike forståelser og uttrykk. Jeg tolker rådgivernes uttrykk som at de opplever å ha en bevissthet om de forhåndsbestemte kategoriene i intervjuene. Det er vanskelig å skulle skille mellom forebyggende helsearbeid og helsefremmende arbeid, da dette er begreper rådgiverne anvender i ulik grad i helsearbeidet. Samtlige uttrykker at tjenesten er for opptatt av individrettet arbeid, og streber etter å skape en balanse mellom det individrettede- og systemrettede arbeidet. Psykisk helsearbeid i tjenesten omfatter rådgiverne som tiltak, råd og veiledning. De knytter helsearbeidet til både forebygging og helsefremmende arbeid. Noen vektla praktisering av forebyggende helsearbeid, mens andre opplevde det forebyggende helsearbeidet som utfordrende. Jeg opplever at tjenestene fokuserer på å drive praktisk helsearbeid, framfor å drøfte de styrker og svakheter som eksisterer innenfor helsearbeidet. Jeg forstår det slik at fokuset hos rådgiverne handler mer om praktiseringen av helsearbeid i tjenesten, og at dette er noe av grunnen til at de opplever det som utfordrende å skulle prate om et stort og omfattende emne. Jeg vil påpeke at rådgivernes forståelse og praktisering av

helsearbeid står i tråd med Antonovsky (2012) som tar avstand til den dikotome klassifisering av et barn som enten friskt eller sykt, og heller er opptatt av å forstå barnets opplevelse av indre sammenheng.

7.3 Avsluttende refleksjoner

Jeg har i avhandlingen foretatt en kvalitativ undersøkelse med intervju som metode. Avhandlingen har sprunget ut fra en problemstilling som lyder slik;

Hvordan forstås og praktiseres psykisk helsearbeid i PP-tjenesten?

I forskningsprosessen har jeg intervjuet tre rådgivere fra PP-tjenesten. Samtlige av rådgiverne arbeidet som PP-rådgivere ved ulike PP-tjenester. Hensikten med intervjuene var å få bedre innsikt i hvilken forståelse og oppfatning rådgiverne hadde av sin livsverden, knyttet til PP-tjenestens helsearbeid. Jeg har under forskningsprosessen lagt vekt på å få fram rådgivernes egne stemmer om hvordan de opplever helsearbeidet i sin PP-tjeneste, ved å bruke siterte utsagn i presentasjonen av mine funn.

Psykisk helsearbeid i PP-tjenesten blir uttrykt å være et omfattende arbeid som berører flere aktører i livet til barn og unge. Det forstås slik at psykisk helsearbeid er et komplekst område, som innehar ulike forståelses- og praktiseringsformer. På tross av dette, uttrykker samtlige av rådgiverne en bevissthet rundt PP-tjenestens mandat når det kommer til helsearbeid på individ- og systemnivå. Noen av rådgiverne legger mandatet til grunn når de omtaler hvordan tjenesten skal arbeide både helsefremmende og forebyggende.

Alle rådgiverne gav midlertidig uttrykk for at de hadde et positivt forhold til et økt fokus i helsearbeidet. De pekte på at det de savnet var mer tid til å drive et systemrettet arbeid i tjenesten. Alsaker og Jacobsen (2005) understreker betydningen av systemrettet arbeid i PP-tjenesten, og får fram at et systemarbeid må ligge til grunn dersom tjenesten skal kunne drive et rustet individrettet arbeid. Det kommer tydelig fram at PP-tjenesten etterstreber bedre balanse mellom individ- og systemrettet arbeid for å kunne praktisere et rustet psykisk helsearbeid som vektlegger både et forebyggende og helsefremmende arbeid.

På området om forebyggende helsearbeid fortalte de om ulike erfaringer. (I2) opplever det forebyggende helsearbeidet som utfordrende. En bakenforliggende årsak springer ut fra rådgiverens opplevelse av en svekket kommunikasjon mellom PP-tjenesten og skolen, og

bruker ordet «brannslukkere» om måten helsearbeidet praktiseres på. De andre rådgiverne, som har opplevd at samarbeidet mellom PP-tjeneste og skole har fungert, har referert til forebyggende helsearbeid som nyttig og nødvendig for det helhetlige helsearbeidet.

Rådgiverne gav uttrykk for at de satt inne med lik oppfatning når det kommer til at de opplevde samarbeidet med skolehelsetjenesten som svakt. Fortløpende uttrykte alle at de savnet et tettere samarbeid mellom PP-tjenesten og skolehelsetjenesten. På tross av det, viste rådgiverne en positiv holdning til skolehelsetjenestens arbeid ved å løfte fram tanker om at skolehelsetjenesten er i positiv endring og utvikling.

En viktig aktør i helsearbeidet oppleves for to av tre som å være PP-tjenesten, og legger tjenestens kontinuitet til grunn. (I2) gir uttrykk for at den viktige aktøren i helsearbeidet må være en voksenperson barnet har utviklet en tillit til. Samtlige rådgivere peker på betydningen av en aktør med faglig kompetanse om psykisk helsearbeid, for å kunne drive et forsvarlig helsearbeid som bidrar til å fremme helsen til barn og unge.

I denne avhandlingen har jeg fått innblikk i livsverden til tre PP-rådgivere, knyttet til deres opplevelse av det psykiske helsearbeidet i PP-tjenesten. Resultatene fra denne avhandlingen kan ikke generaliseres, da den omfatter et utvalg bestående av kun tre informanter. I stedet har jeg tatt et dypdykk i uttalelser og uttrykk fra mine informanter og funnet flere interessante svar om hvordan utvalget PP-rådgivere uttrykker sin forståelse av psykisk helsearbeid i PP-tjenesten. Det har i løpet av avhandlingen kommet fram at rådgiverne opplever og praktiserer psykisk helsearbeid ulikt fra tjeneste til tjeneste, selv om jeg også har funnet mange likheter basert på rådgivernes utsagn. Det kunne på bakgrunn av dette vært interessant å se andre utføre lignende undersøkelser i en annen anledning.

8.0 Litteraturliste

Alsaker, T. H og Jacobsen, Ø. (2005). Mandat, kompetanse og verdier i PP-tjenestens arbeid. *Skolepsykologi (2)*: 37-49

Alver, B. (2013). «Men lille Peter Spillemand løb hjem og sladrede!» Konfidentialitet, lojalitet og varslingsplikt i et aktørperspektiv, I H. Fossheim og H. Ingierd (red.). *Forskeres taushetsplikt og meldeplikt*. Oslo: De nasjonale forskningsetiske komiteene

Antonovsky, A. (2012). *Helsens mysterium. Den salutogene modellen*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Balsvik, E. og Solli, S. M. (2011) Introduksjon, I E. Balsvik og S. M. Solli (red.). *Introduksjon til samfunnsvitenskapene*. Bind 2. Oslo: Universitetsforlaget

Befring, A. K. (2004). Jus i skolehelsetjenesten, I S. Haugland og N. Misvær (red.) *Håndbok for skolehelsetjenesten: 1-10.klasse*. Oslo: Kommuneforlaget

Berg, N. B. J. (2005). *Elev og menneske: psykisk helse i skolen*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Brinkmann, S. & Tanggaard, L. (red.). (2012). Introduksjon, I S. Brinkmann og L. Tanggaard (red.) *Kvalitative metoder. Empiri og teoriutvikling*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Dalen, M. (2008). *Intervju som forskningsmetode – En kvalitativ tilnærming*. Oslo: Universitetsforlaget

Faglig enhet for PP-tjenesten. (2001). *Håndbok for PP-tjenesten*. Oslo: Læringscenteret

Forskningsrådet. (2009). *Evaluering av Opptappingsplanen for psykisk helse (2001-2009). Sluttrapport-syntese og analyse av evalueringens delprosjekter*. Oslo: Norsk forskningsråd

Gudmundsdottir, S (2011). Den kvalitative forskningsprosessen, I T. Moen & R. Karlsdottir (red.), *Sentrale aspekter ved kvalitativ forskning*. Trondheim: Tapir Akademisk

Halvorsen, K. (2003). *Å forske på samfunnet – en innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag

Haugland, S. og Grimsmo, A. (2004). Skolehelsetjenesten i et samfunnsperspektiv, I S. Haugland og N. Misvær (red.) *Håndbok for skolehelsetjenesten: 1-10. klasse*. Oslo: Kommuneforlaget

Helsedepartementet (2003). *Om kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten*. Forskrift av 3.april 2003 nr. 450

Helsedirektoratet. (1987). *Ottawa-charteret om helsefremmende arbeid*. Oslo: Helsedirektoratet

Helse- og omsorgsdepartementet. (2010). *Psykisk helsearbeid i kommunene*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/psykisk-helse/psykisk-helsearbeid-i-kommunene-/id440497/>

Idsøe, T. (2003). Work behavior in the school psychology service: Conceptual framework and construct validity approached by two different methodologies. *Journal of School Psychology* 41, 313-335

Ingul, J.M. (2005). Skolevegring hos barn og ungdom, I E. Befring (red.) *Barn i Norge. Se meg. Årsrapport om barn og unges psykiske helse*. Oslo: Voksne for barn

Kleven, T.A. (2011). Data og innsamlingsmetoder, I T. A. Kleven (red.), *Innføring i pedagogisk forskningsmetode. En hjelp til kritisk tolkning og vurdering*. Oslo: Fagbokforlaget

Larsen, M. (2005). *Skolen som arena for helsefremmende og forebyggende arbeid relatert til psykisk helse hos ungdom*. Lillestrøm: Høgskolen i Akershus

Misvær, N. (2003). Pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT), I S. Haugland og N. Misvær (red.) *Håndbok for skolehelsejenseten: 1-10.klasse*. Oslo: Kommuneforlaget

Mæland, J.G. (2009). *Hva er helse*. Oslo: Universitetsforlaget

Mæland, J. G. (2010). *Forebyggende helsearbeid. Folkehelsearbeid i teori og praksis*. Bergen: Univseritetsforlaget

Nilssen, V. (2012). *Analyse i kvalitative studier. Den skrivende forskeren*. Oslo: Universitetsforlaget

Olsen, M., I. og Traavik, K., M. (2010). *Resiliens i skolen. Om hvordan skolen kan bidra til livsmestring for sårbare barn og unge. Teori og tiltak*. Bergen: Fagbokforlaget

Opplæringsloven (1998). Lov om grunnskolen og den videregående opplæringa. Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1998-071761/KAPITTEL_6#KAPITTEL_6

Privatskoleloven (2003). Lov om frittstående skolar. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2003-07-04-84?q=privatskoleloven>

St.mld. nr.13 (2011-2012). (2012). *Utdanning for velferd. Samspill i praksis*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/ac91ff2dedee43e1be825fb097d9aa22/no/pdfs/stm201120120013000dddpdfs.pdf>

Thagaard, T. (2009). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*. Oslo: Fagbokforlaget

Thisted, J. (2009). *Forskningsmetode i praksis. Prosjektorientert videnskapsteori og forskningsmetodik*. København: Munkgaards Danmark

Trost, J. (2010). *Kvalitative intervjuer*. Uppsala: Studentlitteratur

Utdanningsdirektoratet. (2010). Retten til et godt psykososialt miljø. *Virkeområdet til kapittel 9a*. Hentet fra

<http://www.udir.no/Regelverk/Finn-regelverk-for-opplaring/Finn-regelverk-etter-tema/Laringsmiljo/Udir-2-2010---Retten-til-et-godt-psykososialt-miljo-etter-opplaringsloven-kapittel-9a/-/2-Virkeomradet-til-kapittel-9a/>

Utdanningsdirektoratet. (2014). Tidlig innsats. *PP-tjenesten*. Hentet fra

<http://www.udir.no/Regelverk/tidlig-innsats/Skole/Oversikt-over-aktorene/PP-tjenesten/>

Vedeler, L. (2000). *Observasjonsforskning i pedagogiske fag. En innføring i bruk av metoder*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

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

9.0 Vedlegg

Vedlegg 1

Informasjonsskriv

Hei!

Jeg er en mastergradsstudent ved NTNU med studieretning i spesialpedagogikk. Temaet for oppgaven er psykisk helsearbeid. I arbeidet tas det utgangspunkt i PP-tjenesten som pedagogisk instans med psykisk helsearbeid for barn og unge, og det arbeides ut fra denne problemstillingen;

«*Hvordan forstås og praktiseres psykisk helsearbeid i PP-tjenesten?*»

Dette er en intervjuguide som inngår i mitt mastergradsprosjekt, og som rettes mot PP-rådgiveres forståelse og erfaring til psykisk helsearbeid i skolen.

For å besvare problemstillingen berører jeg også andre aktuelle tema i skriveprosessen. Disse er listet opp i stikkordsform her; *Folkehelse, psykisk helse, forebygging, helsefremmende arbeid, PPT, organisering, samarbeid, skolehelsetjeneste.*

Intervjuguiden består av 8 spørsmål fordelt på kategorier, hvor majoriteten av spørsmålene forsøker å få fram PP-rådgiverens opplevelser og erfaringer knyttet til psykisk helsearbeid i PP-tjenesten. Det er også utformet oppfølgingsspørsmål under enkelte av spørsmålene.

Deltagelsen i intervjuet er under hele prosessen anonym, og alle opplysninger vil oppbevares konfidensielt av forsker.

Det er under enhver omstendighet tillatt for informanten å trekke seg fra deltagelsen uten å melde fra om grunnlaget for dette.

Ved spørsmål eller andre henvendelser, kontakt meg på tlf. 48 300 440

Med vennlig hilsen,
Stine Solberg Røvik

Vedlegg 2

Intervjuguide

Litt om informanten

1. Hvor lenge har du arbeidet som PP-rådgiver i PP-tjenesten?
2. Hvilken utdanningsbakgrunn har du?

Psykisk helsearbeid i PPT

3. Hva tenker du at psykisk helsearbeid bør dreie seg om?
 - Hvilken rolle mener du PP-tjenesten bør ha i dette arbeidet?

Forebyggende helsearbeid

4. Hva legger du i begrepet forebyggende helsearbeid?
 - Hvordan arbeider din PP-tjeneste med forebyggende helsearbeid?
 - Hva tenker du om organiseringens betydning for helsearbeidet ved din PP-tjeneste?
 - Hvordan opplever du PP-tjenesten sitt forhold til det som omtales som «individ- og systemrettet arbeid» knyttet til psykisk helsearbeid?

Helsefremmende arbeid

5. Hva legger du i begrepet helsefremmende arbeid?
 - På hvilken måte drives det helsefremmende arbeidet ved din PP-tjeneste?
 - Har du opplevd eller opplever du utfordringer knyttet til helsefremmende arbeid?
Hvilke?

Samarbeid

6. Hvordan opplever du samarbeidet mellom din PP-tjeneste og skolehelsetjenesten(e)?

7. Hvem mener du har den viktigste rollen i psykisk helsearbeid?

Til slutt

8. Er det noe du ønsker å tilføye?

Takk for hjelpen!

Vedlegg 3

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Havskild Høllagen gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47 55 58 21 17
Fax: +47 55 58 96 90
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org nr. 985 321 884

Ellen Saur
Pedagogisk institutt NTNU

7491 TRONDHEIM

Vår dato: 27.01.2016

Vår ref: 46349 / 3 / HT

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 03.01.2016. Meldingen gjelder prosjektet:

46349	<i>Psykisk helse og helsefremmende arbeid: Jeg ønsker å forske på PP-rådgiveres forståelse og praktisering av helsefremmende arbeid i skolen.</i>
Behandlingsansvarlig	<i>NTNU, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Ellen Saur</i>
Student	<i>Stine Solberg Røvik</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, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og 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/meldeplikt/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://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 15.05.2016, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Hildur Thorarensen

Kontaktperson: Hildur Thorarensen tlf: 55 58 26 54

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

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 99 19 07. kjenn.svara@svt.ntnu.no
TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9107 Tromsø. Tel: +47 77 64 43 36. nsd@uaibvut.no



INFORMASJON OG SAMTYKKE

Av meldeskjemaet går det frem at forsker/student har lagt opp til at utvalget samtykker til deltakelse. Det går videre frem at samtykket baseres på skriftlig informasjon om prosjektet.

Informasjonsskrivet er godt utformet og tilfredsstillende kravene i personopplysningsloven.

Vi gjør oppmerksom på at all deltakelse i forskning skal være frivillig, og at det bør gis informasjon og innhentes samtykke, uavhengig av hvorvidt det skal registreres personopplysninger.

INFORMASJONSSIKKERHET

Vi legger til grunn at behandlingen av personopplysninger er i samsvar med interne retningslinjer for informasjonssikkerhet ved Pedagogisk institutt, NTNU.

PROSJEKTSLUTT OG ANONYMISERING

Vi forstår det slik at du har lagt opp til å anonymisere datamaterialet innen 15.05.2016. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det er forsker eller student/veileder, som må ta stilling til hvilke opplysninger som må fjernes/omskrives, for at datamaterialet skal være anonymt.

Vanligvis vil anonymisering innebære at:

- direkte personidentifiserende opplysninger slettes (inkludert koblingsnøkkel)
- indirekte personidentifiserende opplysninger slettes eller grovkategoriseres (f.eks. bakgrunnsopplysninger som arbeidsplass, stilling, alder og kjønn)
- lyd-, bilde og/eller videoopptak slettes.