

En brukerorientert skolehelsetjeneste?

En kvalitativ studie av ungdommers opplevelse av tilgjengelighet i tilbudet

Linn Annette Berg Hansen

NTNU, Dragvoll- Pedagogisk Institutt

Master i spesialpedagogikk

FORORD

Det å kunne fordype seg i et tema over et halvt år har både vært utfordrende og spennende. Det kjennes likevel godt at jeg i dag kan sette et punktum for denne oppgaven. Jeg var innom flere ulike temaer før jeg endelig bestemte meg for å skrive om skolehelsetjenesten. I den forbindelse kom jeg over doktoravhandlingen til Kari Langaard som gav meg mer konkrete tanker og inspirasjon til hvordan jeg kunne vinkle oppgaven, og når jeg sitter her med det ferdige resultatet, så er jeg veldig glad for at jeg har skrevet denne oppgaven.

Det er mange som fortjener en stor takk for sitt bidrag til denne oppgaven. Jeg ønsker å rette en spesiell takk til informantene som deltok i fokusgruppene og gjorde dette prosjektet mulig. Dere har vært en unnværlig kilde til informasjon. Jeg vil også takke min veileder Per Egil Mjaavatn. Tusen takk for støtte og god veiledning.

Takk til Karl-Arne Korseberg for korrekturlesning, nyttige tilbakemeldinger og gode råd. Min kjære samboer Trond Vegar fortjener også en kjempestor takk. Du har hele tiden støttet og oppmuntret meg. Det har betydd spesielt mye i perioder hvor motivasjonene har vært lav og frustrasjonen voksende. Vil også få sagt at du har gjort en fantastisk jobb som korrekturleser.

Jeg må videre få rette en stor takk til venner og medstudenter for all støtte og gode samtaler.

Sist men ikke minst vil jeg takke mamma, pappa og mine tre fantastiske søsken som har støttet meg hele veien.

Trondheim, 16. juni 2013

Linn Annette Berg Hansen

SAMMENDRAG

Temaet for denne oppgaven er valgt på bakgrunn av mitt ønske om å få innsikt i ungdommers oppfatninger og synspunkter på skolehelsetjenesten, en tjeneste som etter intensjonen skal være et tilgjengelig lavterskeltilbud for målgruppene barn og ungdom. Temaet blir belyst ut fra følgende problemstilling: *Hvilke oppfatninger, ønsker og forventninger har ungdomsskoleelever til skolehelsetjenesten og helsesøsters rolle?* Formålet med oppgaven er å få frem ungdommenes stemme og formidle et brukerperspektiv på skolehelsetjenesten.

Studien bygger på fokusgruppesamtaler med 8 jenter og 8 gutter på tiende trinn fra samme skole. Ungdommenes uttalelser blir presentert og drøftet med utgangspunkt i teori om ungdomstiden, brukermedvirkning, lovverk og føringer for skolehelsetjenestens arbeid. Disse rammene for forståelse er valgt på bakgrunn av hva som kom frem i intervjuene, og har ført frem til følgende fire hovedkategorier: informantenes oppfatninger av helsesøsters rolle og kvaliteter ved samhandling, behovet for en helsesøster å snakke med, barrierer mot å oppsøke skolehelsetjenesten og informasjon og markedsføring på ungdommens vilkår.

Noe av det jeg finner interessant i denne studien er at ungdommene virker å fokusere mer på de organisatoriske sidene ved skolehelsetjenesten fremfor å diskutere helserelaterte utfordringer knyttet til ungdomstiden. Tendensene ser ut til å være at ungdommene opplever skolehelsetjenesten som et lite tilgjengelig tilbud, de etterspør større kontinuitet og en mer synlig helsesøster på skolen. Ungdommene uttrykker videre at markedsføringen av tjenesten har forbedringspotensialet og at helseundervisningen bør tilpasses bedre til ungdommenes behov. Det er tydelig alle disse faktorene har betydning for hvorvidt skolehelsetjenesten oppleves som et tilgjengelig tilbud. Skal skolehelsetjenesten virkelig være et tilbud på de unges premisser fordrer det at man i større grad tar deres synspunkter til etterretning når tilbudet skal utformes. Slik jeg ser det er ungdommene den viktigste kilden til kunnskap på dette området.

Innholdsfortegnelse

1. INNLEDNING	1
1.1 Bakgrunn og aktualitet	1
1.2 Studiens hensikt og problemstilling	3
1.3 Begrensninger.....	4
1.4 Avklaring av sentrale begreper.....	4
1.5 Oppgavens oppbygging	4
2. TEORI, LOVVERK, FORORDNINGER OG TIDLIGERE FORSKNING.....	5
2.1 Ungdomstiden	5
2.2 Skolehelsetjenesten i et historisk perspektiv	6
2.3 Kommunenes ansvar og lovverket	7
2.4 Skolehelsetjenestens mandat	9
2.5 Brukermedvirkning	11
2.6 Tidligere forskning	12
3. METODE	17
3.1 Kvalitativ tilnærming	17
3.2 Fokusgrupper.....	18
3.3 Styrker og svakheter ved bruk av fokusgrupper.....	19
3.4 Utvalg og rekruttering av deltakere.....	20
3.5 To sentrale faktorer for gjennomføringen av fokusgruppeintervju	21
3.5.1 Rollen som moderator	22
3.5.2 Intervjuguide	22
3.6 Gjennomføring av fokusgrupper	23
3.6 Etske betraktninger og hensyn	25
3.7 Metodiske refleksjoner	25
3.7.1 Reliabilitet	25
3.7.2 Validitet	26
3.7.3 Overførbarhet	26
3.7.4 Refleksivitet.....	27
3.8 Koding og kategorisering	28
4. FUNN, ANALYSE OG DRØFTING.....	31
4.1 Informantenes oppfatninger av helsesøsters rolle og kvaliteter ved samhandling	32
4.1.1 Kropp, helse og vaksiner	32
4.2.2 «Gjøre elevene trygge».....	33

4.3 Behovet for å ha en helsesøster å snakke med.....	36
4.3.1 Helsesøster- et annet alternativ til venner, foreldre og lærere	36
4.4 Barrierer mot å oppsøke skolehelsetjenesten.....	39
4.4.1 Ønske om å være anonym	39
4.4.2 Synlighet og tilgjengelighet.....	40
4.5 Informasjon og markedsføring på ungdommens vilkår.....	45
4.5.1 Markedsføring av tilbudet	45
4.5.2 Informasjon tilpasset ungdommenes behov og ønsker	46
5. SAMMENFATTENDE DRØFTING.....	49
LITTERATUR	51
Vedlegg 1: Tilbakemelding fra NSD.....	57
Vedlegg 2: Intervjuguide.....	59
Vedlegg 3: Intervjuforespørsel.....	61

1. INNLEDNING

Temaet for denne studien er ungdoms forventninger og ønsker til skolehelsetjenesten. Da skolehelsetjenesten skal være et lavterskeltilbud, lett tilgjengelig for denne brukergruppen, kan kunnskap om elevenes ønsker være viktig med hensyn til å legge til rette for et godt tilbud sett fra deres ståsted. Det finnes fra før lite forskning som nyttiggjør seg av dette perspektivet. Mye av datamaterialet mitt handler om informasjonsbehov, tilgjengelighet og ønsker i møte med helsesøster.

1.1 Bakgrunn og aktualitet

Helsesøstrene er altfor lite tilstede på skolene. Ungdommer som har akutte problemer, risikerer å få en lapp eller en mail med ny time om en uke. Da kan det være for sent. Helsesøster er en man kan stole på og som vil kunne hjelpe. Men da må hun være tilgjengelig.

Utsagnet ovenfor er hentet fra leder i Ungdommens fylkesting i Norland, Sandra Tønne (Landstad, 2013), og er en introduksjon til denne oppgavens tematikk. I løpet av de siste ti årene har det vært et økende fokus på behovet for å styrke og videreutvikle skolehelsetjenesten for å kunne imøtekomme nye utfordringer knyttet til psykisk helse og levevaner blant barn og unge. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten er et lovpålagt tilbud rettet mot alle barn og unge i alderen 0- 20 år. Kommunene har et selvstendig ansvar for å sørge for at tjenesten organiseres og tilpasses til de behovene som brukerne av tjenesten har, så lenge gjeldene lover og forskrifter etterfølges. Videre er det en intensjon at tjenesten skal være et lavterskeltilbud med lett tilgjengelighet for barn og unge (Sosial- og helsedirektoratet, 2004, Kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Veileder til forskrift av 3.april 2003 nr.450).¹

Ungdomsårene er en kritisk fase i helsesammenheng. Mye av grunnlaget for senere helse legges gjennom den livsstil som etableres i denne perioden (Haugland og Grimsmo, 2004). Det er derfor bekymringsfullt at mange elever gir uttrykk for helseplager i disse årene (Kunnskapssenteret, 2004).² Folkehelseinstituttet ga i 2007 ut rapporten «Trivsel og oppvekstbarndom og ungdomstid» basert på TOPP- prosjektet (Mathiesen, Kjeldesens, Skipstein, Karevold, Torgersen og Helgeland, 2007). Her blir det anslått at opptil 20 prosent av alle unge har psykiske plager og at ca. 8 prosent har behov for behandling.

¹ Heretter referert til som Sosial- og helsedirektoratet, 2004.

² Kunnskapssenteret: Helseprofil for barn og unge i Akershus. Rapport 2004:2.

Problemene skolehelsetjenesten møter i dag er hovedsakelig av psykososial karakter (Meland, 2004). Mange skoleungdommer rapporterer ulike subjektive plager som hodepine, ryggmerter, magesmerter og irritabilitet (Haugland, 2004). HEMIL-senteret ga i 2009 ut rapporten «Trender i helse og livsstil blant barn og unge 1985-2005: Norske resultater fra studien «Helsevaner blant skoleelever. En WHO- Undersøkelse i flere land»» (Samdal, Leversen, Torsheim, Manger, Brunborg og Wold, 2009). Resultater fra 2005/06 undersøkelsen viser en betydelig større andel jenter enn gutter som rapporterer minst en subjektiv helseplage daglig, og helseplagene ser ut til å øke for hvert alderstrinn, fra 25 prosent på 6.trinn til 28 prosent på 1. årstrinn på videregående skole. For gutter på 6. trinn rapporterte 21 prosent å ha helseplager, med en liten nedgang og stabilisering for ungdomstrinnet og 1. årstrinn på videregående skole til 17 prosent.

Med bakgrunn i utviklingstrekkene som er registrert er det et mål å styrke det forebyggende og helsefremmende tilbudet i skolehelsetjenesten. Det kommer frem i flere stortingsmeldinger og offentlige utredninger (St. meld.nr 16 (2002-2003), St. meld.nr. 20 (2006-2007), meld. St. nr. 34 (2012-2013) og Regjeringens strategi for forebygging, 2009) (Helsedirektoratet, 2010).

I kontrast til dette er det over lengre tid blitt observert en svekkelse av tilbudet med henblikk på mangelfull bemanning. Tall fra KOSTRA³ anslår at helsestasjons- og skolehelsetjenesten mangler ca. 1500 årsverk for yrkesgruppene helsesøster, fysioterapeut og lege for å kunne utføre alle oppgavene i Helsedirektoratets veileder for helsestasjons- og skolehelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2010). Høgskolen i Akershus gjennomførte i 2005 en landsdekkende undersøkelse av ressursituasjonen i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Resultatene viser at ressursene målt i helsesøstertetthet varierer mellom de ulike målgruppene. Resultatene fra undersøkelsen viser at det er flest helsesøsterårsverk for aldersgruppen 0-5 år, med kraftig nedgang i grunnskolen og videregående skole (Myklebust og Hovde, 2005). Det samsvarer også med KOSTRA- tall som viser at dekningsgraden av helsekontroller er høyest for småbarn, med en markant nedgang for barn i skolealder (Kjelsvik, 2007). I aldersgruppen 0-5 ligger gjennomsnittlig helsesøstertetthet på 3 årsverk per 1000 elever. I grunnskolen er tilsvarende tall 1-2 årsverk per 1000 elever, og i videregående under ett årsverk per 1000 i elever. Det er videre verdt å merke seg at det er store variasjoner fra fylke til fylke (Myklebust og Hovde, 2005).

³ KOSTRA (kommune-stat-rapportering) representerer et nasjonalt informasjonssystem som gir informasjon om kommunale tjenester og bruk av ressurser på ulike tjenesteområder som registreres og sammenlignes med det formål å gi nyttig informasjon til beslutningstakere og andre, både nasjonalt og lokalt (Kjelsvik, 2007).

Også i media skrives det nesten daglig om ressursmangel og behov for satsing på barn og unge.

Kari Engdal er helsesøster på Fredrik II videregående skole i Fredrikstad. Hun forteller at hun bare har i underkant av fem og ett halvt minutt per elev til «drop-in» timer per år. På den tiden skal hun rekke over 1300 ungdommer.

Dilemmaet er at når jeg drar rundt i skoleklassene og informerer om helsesøstertjenesten, treffer jeg ofte ungdommer som jeg bør ta en nærmere prat med. Men samtidig er jeg redd for å oppfordre ungdommene til å ta kontakt. Hvis jeg informerer om alt jeg skal gjøre, bygger jeg også opp forventninger hos ungdommene som jeg rett og slett ikke har mulighet til å innfri, sier Engdal (Dolonen, 2013).

Barneombud Anne Lindboe etterspør mer handling fra politikere.

Jeg savner at handling følger ord. Helsesøstertjenesten må få mer ressurser slik at de har tid til å gjøre de oppgavene vi alle er enige om at er viktig. Øremerkede midler og en forpliktende bemanningsnorm kan være ett skritt på vei, sier Lindboe (Dolonen, 2013)

1.2 Studiens hensikt og problemstilling

Dette er en systemfokusert oppgave. Den vil forsøke å belyse hvordan de offentlige føringene på skolehelsetjenesten tar ungdommenes behov med i betraktningen i utformingen av tilbudet. Jeg har intervjuet 16 ungdomsskoleelever for å få innsikt i hvordan unge mennesker, brukerne av skolehelsetjenesten, ser på tilbudet de blir gitt. Kunnskapen ungdommen har vil jeg sette opp mot de offentlige føringene som ligger til grunn. Brukerperspektivet fra unge brukeres ståsted er lite forsket på. Det oppleves at det i dag er et gap mellom intensjon og praksis i skolehelsetjenesten. Fra ungdom og helsesøstre rundt om i landet varsles det behov for større satsing på helsesøsterbemanning og større tilgjengelighet i tjenesten. Dette er noe jeg vil utbrodere nærmere i avsnittet om skolehelsetjenesten.

Kunnskapen en får fra ungdommene kan være av praktisk betydning for helsepersonell i skolehelsetjenesten og kommunene i sitt videre arbeid med å bedre tilbudet til de unge. Med dette som utgangspunkt er følgende problemstilling formulert:

Hvilke oppfatninger, ønsker og forventninger har ungdomsskoleelever til skolehelsetjenesten og helsesøsters rolle?

Denne vil bli utdypet med følgende forskningsspørsmål:

1. Hvilke forhold beskriver elevene av betydning for at de skal oppleve skolehelsetjenesten som et tilgjengelig tilbud?

2. Hva kan kunnskap om ungdommenes behov knyttet til skolehelsetjenesten bidra med i det forebyggende og helsefremmende arbeidet rettet mot denne gruppen?

1.3 Begrensninger

Innholdsmessig beveger oppgaven seg i retning av organisering av tilbudet i skolehelsetjenesten, og fokuset vil derfor ikke befatte seg så mye med helseproblematikken som elevene kommer til helsesøster med. Samtidig vil individperspektivet komme til syne gjennom ulike temaer som tar for seg elevenes behov sett i forhold til kvaliteten i samhandlingen med helsesøster. Dette kan gjenspeile hvordan tilbudet blir oppfattet av brukerne, og utgjør således et viktig grunnlag for drøftingen.

1.4 Avklaring av sentrale begreper

Sentrale begreper i denne studien vil bli gjort rede for i teorikapittelet. Jeg vil her bare henviser til hvor i teorikapittelet en kan finne begrepene.

Ungdomstiden: Underkapittel 2.1.

Skolehelsetjenesten: Underkapittel 2.2 og 2.4.

Brukermedvirkning: Underkapittel 2.5

1.5 Oppgavens oppbygging

Studiens første kapittel presenterer bakgrunn for valg av tema og problemstilling, samt avgrensning og begrepsavklaring. I kapittel 2 gjøres det rede for studiens teoretiske rammeverk som består av teori om ungdomstiden, brukermidvirkning, lovverk og andre offentlige føringer. Dette representerer grunnlaget for drøfting av funnene. I kapittel 3 beskriver jeg det metodiske opplegget studien bygger på, med fokus på valg av forskningsmetode, datainnsamling, forskningsfelt, utvalg, etiske betraktninger, troverdighet og analyseprosessen. Studien bygger på en kvalitativ tilnærming basert på fokusgruppeintervju. I kapittel 4 vil funnene bli presentert, analysert og drøftet. Ungdommers ønsker og forventninger til skolehelsetjenesten gjengis med informantenes egne sitater, og diskuteres opp mot teori og tidligere forskning. Kapittel 5 gir en redegjørelse av studiens hovedfunn knyttet opp til problemstillingen.

2. TEORI, LOVVERK, FORORDNINGER OG TIDLIGERE FORSKNING

Min oppfatning av hva som er relevant i forhold til studiens problemstilling har påvirket valg av teorigrunnlag. Videre har jeg også tenkt mye igjennom hvordan teorigrunnlaget kan være med på å belyse ungdommenes uttalelser knyttet til skolehelsetjenesten. En kombinasjon av teori om ungdomstiden, brukermedvirkning, lovverk og offentlige føringer vil danne grunnlag for mitt forsøk på å besvare problemstillingen. I tillegg vil jeg benytte meg av relevant forskning på feltet. Noen av de inkluderte studiene er gjennomført i Amerika og Australia hvor skolehelsetjenesten blir definert på en annen måte enn her hjemme i Norge. Det kan derfor være en utfordring å skulle vurdere hvor relevante disse artiklene er for min studie. For eksempel benyttes begrepet sykepleier fremfor helsesøster. Jeg har valgt å forholde meg konsekvent til termen helsesøster, også når jeg omtaler amerikansk forskning for å kunne se det opp mot min egen studie. Samtidig ser jeg det kritiske ved denne måten å forholde seg til forskningen på. En kan tenke seg at kildene blir oppfattet som mindre troverdige ettersom jeg har forholdt meg til andre begreper enn det man finner i materialet.

2.1 Ungdomstiden

Ungdomstiden kan defineres som perioden mellom barndom og voksen alder. Det er en tid kjennetegnet av mange endringsprosesser som kan knyttes til så vel fysiologiske, emosjonelle og sosiale prosesser (Økland og Glavin, 2005). Hvordan disse prosessene utarter seg vil videre være påvirket av de samfunnsmessige og sosiale rammene som omgir de unge (Kvalem og Wichstrøm, 2007). Det å være ungdom vil med andre ord «endre seg i tråd med samfunnsutvikling og være forskjellig i ulike kulturelle sammenhenger» (Rice og Dolgin, 2002, i Kvalem og Wichstrøm, 2007:8).

Ungdomstiden kan på mange måter karakteriseres som en modningsprosess, noe som konkret kommer til uttrykk gjennom den kognitive utviklingen. Utvikling av intellektuelle funksjoner har innvirkning på ungdoms evne til å planlegge og vurdere konsekvenser av sine handlinger, selvrefleksjon og vise forståelse for andre menneskers synspunkter (Chambers et al., 2003; Steinberg, 2005, i Kvalem og Wichstrøm, 2007). Fra enkelte hold blir det hevdet at denne utviklingen ikke nødvendigvis følger den kronologiske alder (Steinberg, 2005, i Kvalem og Wichstrøm, 2007). En antagelse er at det kan oppstå en ubalanse mellom den fysiske og kognitive utviklingen tidlig i ungdomstiden, noe som igjen kan føre til usikkerhet i forhold til hvordan de unge skal håndterer emosjonelle utfordringer (Dahl, 2001, i Kvalem og Wichstrøm, 2007).

Løsrivelse fra foreldre er trolig en av de mest gjennomgripende sosiale endringene i ungdomstiden. Denne endringen i relasjonen⁴ mellom foreldre og barn representerer et sentralt vendepunkt ved ungdommenes utvikling mot selvstendighet. Dette vendepunktet er også bakgrunn for de konflikter som oppstår som følge av ungdommenes utvikling. Konflikten handler typisk om spenningen mellom ungdommenes rett til selvbestemmelse og foreldrenes behov for å bestemme (Tetzcher, 2001). Samtidig får jevnalderrelasjoner en stadig større betydning. Studier viser at det trolig finner sted en overføring av autoritet fra foreldre til venner i mange spørsmål. Dette kan skyldes at det er lettere å relatere seg til jevnaldrende. Samtidig blir det i ungdomstiden mer utfordrende å opprettholde relasjoner når det oppstår konflikter eller misforståelser mellom venner. En årsak til dette er det økte antallet relasjoner og mer fortrolige emosjonelle bånd. Venner representerer en viktig emosjonell støtte, noen å dele sine problemer og tanker med (Tetzchner, 2001). De sosiale konstruksjonene spiller også en rolle i hvordan gutter og jenter snakker om sine tanker og følelser. Jenter er mer tilbøyelig til å snakke om sine følelser enn hva guttene er. Dette er betinget av kulturelle tradisjoner som har betydning for hvordan gutter og jenter tilnærmer seg problemer (Bø, 2012).

2.2 Skolehelsetjenesten i et historisk perspektiv

Hvordan skolehelsetjenesten har utviklet seg fra dens tidlige opprinnelse har betydning for å forstå rollen skolehelsetjenesten har i dag. I det følgende beskrives derfor fremveksten av skolehelsetjenesten, med hovedvekt på sentrale offentlige føringer og regelverk som har kommet til i de senere år.

Den tidlige skolehelsetjenesten med skolelegen i spissen gikk i gang med å innføre tiltak som kunne bedre skoleelevenes helse. Fokus på et mer næringsrikt kosthold og vaksinerings ble vektlagt som sentrale innsatsområder. Oslo- frokosten som ble innført i 1935 er et eksempel på tiltak som ble innført (Alsvik, 1991, i Haugland og Grimsmo, 2004). Videre så man at god hygiene og renhold var vesentlig for å kunne bedre elevenes helse, noe som førte til utarbeidelsen av forskrifter og retningslinjer for inneklima og renhold på skolene fra 1932 (Elvebakken, 1994 i Haugland og Grimsmo, 2004). I løpet av årene har det skjedd en stor utvikling på dette området med tanke på at det i dag finnes et eget kapittel i opplæringslova (Kapittel 9a) som dekker elevenes fysiske og psykososiale arbeidsmiljø (Opplæringslova, 1998). I 1947 ble det opprettet en egen utdanning for helsesøstre. Det kan ses i sammenheng med det økende behovet for mer kvalifisert helsepersonell som kunne bistå skolelegen i sitt

⁴ Relasjoner handler om hvilke oppfatninger eller innstillinger en person har av andre mennesker, og hvordan dette gjenspeiler de oppfatninger andre har av personen (Nordahl, Sørli, Manger og Tveit, 2005).

arbeid som omfattet stadig flere oppgaver. Innføring av tuberkulose-testing og BCG-vaksinering av skoleelever ble påbudt ved lov fra 1947 (Elvebakken, 1994, i Haugland og Grimsmo, 2004). Behovet for klarere rammer og organisering av skolehelsetjenesten førte til at den ble underlagt Sosial- og helsedepartementet i 1957. Etter hvert ble ansvaret for organisering av tilbudet overført til kommunene, og fra 1984 ble tjenesten innlemmet i Lov om helsetjenester i kommunene (kommunehelsetjenesteloven) (Alsvik, 1991; Elvebakken, 1994, i Haugland og Grimsmo, 2004). En konsekvens av denne ansvarsforskyvningen over på kommunene er at skolehelsetjenesten må forholde seg til andre helsetjenester om kommunens prioritering av ressurser. I takt med disse endringene ble skolehelsetjenesten mer innrettet på individrettet arbeid, og da med særlig fokus på å identifisere psykososiale problemer. I de senere år har det vært en dreining i denne tenkningen med større fokus på forebyggende og helsefremmende strategier overfor barn og unge. Det kommer tydelig frem i gjeldene forskrift om kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten (2003) og veileder til denne (Haugland og Grimsmo, 2004).

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten har en sentral rolle i det helsefremmende og forebyggende arbeidet overfor barn og unge, og det faglige grunnlaget for arbeidet blir beskrevet i flere stortingsmeldinger og offentlige dokumenter. Helsefremmende og forebyggende arbeid for barn og unge 0-20 år (Statens helsetilsyn, 1998a), Veileder for helsestasjons- og skolehelsetjenesten (Statens helsetilsyn, 1998b), Forskrift om kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 1998) og gjeldene forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten (2003) med veileder til denne forskriften konkretiserer de overordnede strategiene som myndighetene har utformet.⁵

2.3 Kommunenes ansvar og lovverket

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester pålegger kommunene ansvaret for å tilby helsestasjons- og skolehelsetjenesten til barn og unge i aldersgruppen 0-20 år. Det fremgår av lovens § 3-1 *Kommunenes overordnede ansvar for helse- og omsorgstjenester* og § 3-2 *Kommunenes ansvar for helse- og omsorgstjenester* (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). Behovet for å klargjøre ansvarsforholdene for folkehelsearbeidet har vært en sentral drivkraft for stortingsmelding nr.16 (2002-2003) «Resept for et sunnere Norge».⁶ For å kunne sikre

⁵ Statens helsetilsyns utredningsserie 5-98 Helsefremmende og forebyggende arbeid for barn og unge fra 0-20 år.

⁶ NOU 1998:18 Det er bruk for alle har vært et viktig utgangspunkt for St.meld. 16 (2002-2003) Resept for et sunnere Norge.

helhet og kontinuitet i helsetjenestene ser myndighetene dette som sentralt. En klargjøring av kommunenes oppgaver og ansvarsforhold skal sikre riktige prioriteringer. Meldingen fremhever sterkt behovet for å styrke de forebyggende helsetjenestene til barn og unge. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten har en viktig funksjon når det kommer til barn og unges helse. Arbeidet med å videreutvikle og styrke skolehelsetjenesten må ta utgangspunkt i hvilke behov ungdom har, og utformes i tråd med dette (St.meld. nr. 16 (2002-2003)).

Det er viktig å få frem at kommunene har plikt til å sørge for at virksomheten organiseres i henhold til kravet til forsvarlighet som følger av lov og forskrift, jf. helsetilsynsloven og helsepersonelloven må etterfølge.⁷ I forskrift om kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten kan en se muligheten for en mer fleksibel organisering av helsestasjons- og skolehelsetjenesten som tar vare på helhetsperspektivet slik det vektlegges i stortingsmelding nr.16 (2002-2003). Formålet med dette er å styrke helsestasjons- og skolehelsetjenesten (Sosial- og helsedirektoratet, 2004). Denne fleksibiliteten vil kunne være til en stor frihet for kommunene til å finne en løsning som passer, samtidig vil det kunne føre til at noen kommuner ikke makter å organisere et skolehelsetilbud som tilfredsstillende kravene til forsvarlighet. Friheten kommunene får betyr at de må ha god kompetanse og kunnskap. Det er i dag ikke gitt at alle kommuner har de ressursene som trengs for å greie dette.

Grunnbemanningen i skolehelsetjenesten og helsestasjonsvirksomheten skal være helsesøster, lege og fysioterapeut. Helsesøster er hovedsakelig den som administrerer tjenesten og møter alle brukerne. Ved behov skal helsesøster trekke inn andre fagpersoner med nødvendig kompetanse (Sosial- og helsedirektoratet, 2004). Helse- og omsorgstjenesteloven pålegger kommunene ansvar for at tilbudet utføres på en faglig forsvarlig måte. Videre i loven påpekes det at kommunen må legge forholdene til rette slik at helsepersonell, herunder helsesøstre og andre fagpersoner, makter å følge opp alle oppgaver de er pålagt gjennom lovverket (§ 4-1). Dette forutsetter at kommunen legger til rette for at helsepersonell får videreutviklet sin kompetanse for best mulig å kunne tjene brukernes behov (jf. helse- og omsorgstjenesteloven §§ 8-1 og 8-2). Det er grunn til å anta at kommunene gjennom å være sitt ansvar bevisst og handle i tråd med dette, kan gjøre det lettere for de ansatte i helsetjenestene å utføre arbeidet sitt på en måte som innvier til forsvarlig og omsorgsfull hjelp (Helsepersonelloven, 1999, § 4).

⁷ LOV-1984-03-30 nr. 15 Lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten m.m. (helsetilsynsloven).

Norsk sykepleierforbund (NSF) og Landsgruppen av helsesøstre (LaH) mener at det er behov for klarere rammer rundt arbeidet som utføres av helsesøstre. Det for å kunne sikre brukerne av tjenesten et faglig forsvarlig tilbud. En spesialistgodkjenning vil kunne sikre at helsesøstre overholder faglige retningslinjer og myndighetskrav. Viktigheten av en slik kvalitetssikring må ses i sammenheng med den rollen helsesøstre har i det forebyggende og helsefremmende arbeid med barn og unge. Skolehelsetjenesten med dens tilknytting til skolen gjør at helsesøster kommer tett på barn og unge, noe som stiller høye krav til kunnskap og kompetanse for å kunne håndtere mangfoldet av problemstillinger som elevene kommer med. En spesialistgodkjenning kan bidra til at helsesøster holder seg oppdatert på fagområdet og derigjennom sikre at målgruppene får den nødvendige hjelpen de har behov for (Sykepleierforbundet, udatert).

2.4 Skolehelsetjenestens mandat

Skolehelsetjenestens har etter § 1-1 *formål* i gjeldende forskrift (2003) tre sentrale ansvarsområder: fremme psykisk og fysisk helse, fremme gode sosiale og miljømessige forhold, samt å forebygge sykdommer og skader. Arbeidet skal dekke alt helsefremmende og forebyggende arbeid på helsestasjonene, i skolehelsetjenesten eller helsestasjons- og skolehelsetjenesten samlet (FOR 2004-04-03 nr. 450).⁸ Det legges stor vekt på at skolehelsetjenesten skal ha et helhetlig perspektiv når det kommer til arbeid med barn og unge. Konkret innebærer det at ansatte i tjenesten ikke bare skal fokusere på å identifisere problemer og sykdom. I like stor grad handler det om å synliggjøre barn og unges sterke sider og legge forholdene til rette for mestring (Meld. St. 34 (2012-2013)). Det innebærer at tjenesten må forholde seg til et mangfold av oppgaver. I forskriften nevnes områdene helseundersøkelser, vaksinerings, rådgivning, veiledning og henvisning videre ved behov. En viktig del av arbeidet består også av å delta i skolens helseundervisning. Sannsynlig vil omfanget av slik undervisning variere en del mellom skoler. Da det er skolen som legger premissene for hvor mye tid som skal settes av til dette (FOR-2003-04-03 nr. 450).

Skolehelsetjenesten er ment å være et lavterskeltilbud for barn og unge i tilknytting til skolen. Overfor ungdom er det av stor betydning å ha et tilbud som er lett tilgjengelig og som ikke innebærer timebestilling eller innblanding fra foreldre. Tilknytting til skolen gjør også at

⁸ Med helsefremmende arbeid forstås tiltak som skal bedre forutsetningene for god helse og ta sikte på å fremme trivsel, velvære og mulighetene til å mestre de utfordringene og belastningene mennesker utsettes for i dagliglivet. Forebyggende arbeid viser til tiltak som rettes mot å redusere sykdom eller skader, og/eller risikofaktorer som bidrar til sykdom, skader eller for tidlig død (Merknad til Forskrift av 3.april 2003 nr. 450 om kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten).

tjenesten har potensiale til å nå «alle» elever. Forebyggende innsats i form av informasjonsarbeid og undervisning i klasserommet kan være viktige virkemidler. For elever som kan trenge mer omfattende hjelp kan skolehelsetjenesten også fungere som en «døråpner» ved å trekke inn andre fagpersoner eller henvise videre til andre instanser som PPT eller BUP. Dette illustrerer den sentrale rollen skolehelsetjenesten har i kommunenes folkehelsearbeid (Meld. St. 34 (2012-2013)).

Imidlertid viser tilsyn med skolehelsetjenesten at kapasiteten med henblikk på bemanning er dårlig i mange av landets kommuner. Resultater fra KOSTRA og HiAK-undersøkelsen (2005) støtter disse funnene (Helsedirektoratet, 2010). Et gjennomgående tema i stortingsmeldingene, nå sist i Folkehelsemeldingen (2012-2013), er at skolehelsetjenesten skal styrkes, men det skrives lite om hvordan dette praktisk skal gjennomføres. Den manglende konkretiseringen kan lede til diffuse ansvarsroller, noe som igjen kan få ringvirkninger på skolehelsetjenesten. Kommunene har på sin side blitt gitt et større ansvar gjennom den nye folkehelseloven (Meld. St. 34 (2012-2013)).⁹ Et ansvar som vil kunne påvirke prioriteringen og satsningen på skolehelsetjenesten.

Myndighetene stiller store krav til at offentlige tjenester skal være tilgjengelige for brukerne (Kjellehold, 2005), og tilgjengelighet forutsetter blant annet at tjenesten, herunder skolehelsetjenesten, har tilstrekkelig bemanning og ressurser for å kunne utføre sine lovpålagte oppgaver. «God tilgjengelighet kjennetegnes ved kort ventetid og «publikumsvennlige åpningstider». Geografisk og fysisk lokalisering av tilbudet er også viktig for hvor god tilgjengeligheten til tilbudet er» (Sosial- og helsedirektoratet, 2004:11). Det kan være et problem at mange unge vegrer seg for å ta kontakt. Det fordrer at skolehelsetjenesten må nytte seg av andre måter for komme i kontakt med brukerne. Ungdommer flest har erfaring og ferdigheter med å kommunisere via mobiltelefon og e-post, og dette er noe skolehelsetjenesten kan dra nytte av (Haugland og Grimsmo, 2004).

Skolehelsetjenestens tilgjengelighet er viktig for elevene. At det finnes klare rutiner for når, hvor og hvordan de kan nå helsesøster er trolig av stor betydning. Tydelige rutiner vil kunne bidra til at skolehelsetjenesten kan komme raskt inn i bildet. Dersom elevene føler seg tryggt på skolehelsetjenesten kan det lette terskelen for å bruke tjenesten når de har problemer de

⁹ LOV 2011-06-24 nr. 29, Lov om folkehelsearbeid (Folkehelseloven). *Formålet med loven er å bidra til å fremme folkehelsen, herunder utjevne sosiale helseforskjeller. Folkehelsearbeidet skal fremme befolkningens helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold og bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse. Loven skal sikre at kommuner, fylkeskommuner og statlige myndigheter setter i verk tiltak og samordner sin virksomhet i folkehelsearbeidet på en forsvarlig måte (§ 1).*

finner vanskelig å ta opp med lærere, venner og foreldre (Sosial- og helsedirektoratet, 2004). Videre fordrer dette at skolehelsetjenesten er godt integrert i skolemiljøet. Er helsesøster et kjent ansikt på skolen vil det sannsynligvis kunne lede til bedre samarbeid med elevene og øvrige ansatte på skolen. Et dynamisk og tett samspill mellom skolen og skolehelsetjenesten er nødvendig for å kunne tilby barn og unge et helhetlig tilbud med fokus både på helsefremmende og forebyggende arbeid. *Opplæringslova*, § 9 A gir skolen ansvar for elevenes fysiske og psykososiale miljø.¹⁰ Skolehelsetjenesten har på sin side ut fra lovverk og føringer et ansvar for å bistå skolen i dette arbeidet. Dette kan forstås som et felles forankringspunkt og grunnlag for samarbeid mellom skolen og skolehelsetjenesten. I henhold til gjeldende forskrift (2003) skal skolehelsetjenesten bidra til skolens helseundervisning i den grad skolen ønsker det. Innholdsmessig må undervisningen tilpasses elevenes behov, hverdag og nærmiljø (Sosial- og helsedirektoratet, 2004).

2.5 Brukermedvirkning

I tråd med innholdsendringen i skolehelsetjenesten fra sykdomsforebygging til større fokus på helsefremmende strategier har brukermedvirkning blitt et bærende prinsipp. Det innebærer at brukernes egne erfaringer, behov og ønsker blir mer vektlagt når beslutninger eller tiltak skal fattes (Mæland, 2005). Likevel kan det være vanskelig å få dette til fordi det forutsetter at de profesjonelle gir slipp på noe av sin rolle som «eksperter». Det har vært vanskelig for unge å få ta aktiv del i beslutningene over tiltak som angår dem. En av årsakene har vært at ungdommen befinner seg langt fra beslutningstakerne (Sosial og- helsedirektoratet, 2004). I rundskrivet «Helsestasjon for barn og unge 0-20 år- et kraftsenter for helse og oppvekst» (1999) vektlegges brukernes medvirkning. Her fremholdes det at tverrsektorale og tverrfaglige arbeidsformer og tiltak må tilpasses i tett samarbeid med brukerne, herunder hører også ungdom. En konsekvens av dette er at de offentlige tjenestene med sine fagpersoner må ta brukernes erfaringer og innspill til etterretning når tjenestene utformes.

Informasjon fra offentlige tjenester er en viktig kilde til brukermedvirkning. «Informasjon kan være av avgjørende betydning for å få tilgang til og gjøre seg nytte av tjenestetilbudet, og en forutsetning for å kunne medvirke ved utforming av tjenestetilbudet» (Kjellevold, 2005: 57). Det fremgår også av *Pasient- og brukerrettighetsloven*, §§ 3-1, 3-2 at pasienter og brukere har rett til medvirkning i utformingen av tjenestetilbud og informasjon om tilbudet. Informasjon

¹⁰ LOV-1998-07-17 nr.61 Lov om grunnskolen og den videregående opplæringa (opplæringslova), kap. 9a Elevane sitt skolemiljø.

om omfanget av tjenesten og hvordan man kan komme i kontakt med helsesøster kan sådan få betydning for om skoleungdom vil oppsøke tilbudet.

Kommunikasjon er et annet aspekt ved brukermedvirkning. Kommunikasjon kan hjelpe brukeren til å nyttiggjort seg av sine ressurser. Det forutsetter at det finner sted en dialog mellom partene preget av gjensidighet og tillit (Økland og Glavin, 2005). Det er viktig at en kommuniserer på samme nivå, dette for at ungdommene skal oppleve at de blir tatt på alvor. Det at ungdom får uttrykke sine synspunkter og meninger er bra, men reell brukermedvirkning forutsetter noe mer, at ungdommene faktisk opplever det. Forskning viser at ansatte i helsetjenester ønsker at unge skal få medvirke, men dette er noe de unge selv ikke opplever (Helsedirektoratet, 2012).

2.6 Tidligere forskning

Elevperspektivet i forskning på skolehelsetjenesten har fått lite oppmerksomhet av forskerne. Det er først i nyere tid at tematikken har blitt aktualisert gjennom stortingsmeldinger og andre offentlige utredninger. Søk i ulike databaser som Idunn, Eric, ISI Web of Science, Medline og samt generelle søk i Bibsys, Google Scholar, Regjeringen.no, Kunnskapssenteret.no og NOVA.no med ulike kombinasjoner av søkeord knyttet til studiens problemstilling, ga få relevante treff. Dette gir ingen entydige svar, men en pekepinn på at det er lite aktuell forskning på feltet. Det kommer også frem i en tilstandsrapport fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. På oppdrag fra Helsedirektoratet har kunnskapssenteret gjennomgått forskning som belyser effekter av skolehelsetjenesten på barn og unges helse og oppvekstvilkår. I rapporten kommer det frem at en av årsakene til at det er vanskelig å finne relevant forskning henger sammen med at skolehelsetjenesten blir definert på ulike måter i litteraturen, ut fra innhold i tjenesten og målgruppene. Det må ses i sammenheng med at mange av disse studiene har andre fokus som følge av at de er gjennomført i land utenfor Norge og Skandinavia. Det konkluderes med at det er et behov for flere norske studier vedrørende skolehelsetjenesten (Kunnskapssenteret, 2010).

Whitehead (2006) har skrevet en artikkel som drøfter helsesøstrers rolle i skolens helsefremmende arbeid. En gjennomgang av tilgjengelig forskningslitteratur om helsefremmende skoler danner grunnlaget for diskusjonen. Oppsummert viser denne artikkelen at det finnes lite forskning som dokumenterer helsesøstrenes innsats og rolle i det helsefremmende arbeidet. Manglende dokumentasjon kan skyldes uklare føringer for hvilken funksjon helsesøster skal ha. Et trolig scenario er at helsesøster befinner seg mellom to

fagområder, helse og utdanning. Noe som sannsynligvis også har ført til at fokuset er på tradisjonelle helseoppgaver som vaksinerings, seksualundervisning, individuelle konsultasjoner og henvisninger.

Kari Langaard har skrevet doktoravhandlingen fra 2010, med tittelen «Et utviklingsperspektiv som ramme for samtale med ungdom i skolehelsetjenesten: Aktivitet, intensjonalitet og tilpasset utviklingsstøtte». Her beskriver hun utfordringer dagens skolehelsetjeneste står overfor i møte med elever i videregående skole. Et økende antall ungdommer kommer til skolehelsetjenesten med sammensatte psykososiale vansker, søvnvansker, konsentrasjonsproblemer, spiseforstyrrelser og nedstemthet. De ansatte i skolehelsetjenesten etterspør arbeidsmåter som kan være til hjelp for ungdom som opplever psykososiale vansker. Skolehelsetjenesten er fra før pålagt et mangfold av oppgaver, noe som gjør det stadig vanskeligere å ha tid til enkelte elever som trenger det som mest. Basert på resultatene fra studien argumenterer Langaard for det hun har kalt utviklingsfremmende samtaler som en tilnærming i møte med ungdom som har behov for hjelp i en vanskelig situasjon.

Doktorgradsarbeidet bygger mellom annet på intervju med 46 ungdommer på 2.årstrinn ved to videregående skoler i Oslo, ansatte i skolehelsetjenesten og skolerådgivere (Langaard, 2010).

Resultater fra studien viser at ungdommene først og fremst ønsker en voksen samtalepartner som bryr seg og møter dem med vennlighet. Det at de ansatte i skolehelsetjenesten opptrer med profesjonalitet er likevel viktig for å holde en viss objektiv holdning (Langaard, 2010). Dette er en viktig funksjon skolehelsetjenesten har. Enkelte temaer kan oppleves som problematiske å ta opp med foreldre og venner, og da kan helsesøster være et godt alternativ. Tilstedeværelse og oppmerksomhet er andre faktorer som vektlegges hos de profesjonelle. Å bli møtt med en åpen holdning og oppleve at de blir lyttet til når de presenterer sine problemer kan være viktig for å bygge et tillitsforhold til den profesjonelle. Noe som poengteres som sentralt i de utviklingsfremmende samtalene er ungdommenes behov for selvbestemmelse. Det kan tenkes at dette kan utgjøre en utfordring for den profesjonelle fordi det innebærer å måtte gi fra seg noe av styringen som følger med denne rollen. Ungdommene ga uttrykk for at de ønsker råd og veiledning, men at de selv vil ha styringen over situasjonen (Langaard, 2010). Det kan forstås dit hen at de ønsker å få noen «verktøy» som kan gjøre det lettere å mestre problemene de opplever. I skolehelsetjenesten møter elevene hovedsakelig kvinnelige helsesøstre, noe som gjenspeiles i at det er flest jenter som benytter seg av tilbudet. Studien viser at gutter etterspør en «helsebror» i tjenesten, en de kan identifisere seg med (Langaard, 2010).

Kristin Olaisen (2007) har ledet prosjektet «Ungdom og utviklingsfremmende samtaler: Utvikling av samtaletilbud til ungdom i skjæringspunktet mellom skolehelsetjenesten og barne- og ungdomspsykiatrien».¹¹ Kari Langaard har vært en sentral aktør i prosjektet, og hovedstudien i doktoravhandlingen hennes fra 2010 inkluderer materiale her fra. Prosjektet konkluderer med at det er viktig å sikre et lavterskeltilbud for å kunne fange opp ungdom med psykiske og psykososiale vansker. Samtidig anses det som sentralt å jobbe for å gjøre tilbudet mer tilpasset både gutter og jenter. Brukermedvirkning blir fremholdt som et førende prinsipp i dette arbeidet. I prosjektperioden erfarte de ansatte i skolehelsetjenesten at tilstedeværelse i skolemiljøet, undervisning i klasser og grupper bidro til å fremme en mer naturlig kontakt med ungdommene. Det kan tenkes at dette kan ha medvirket til å skape større tillit til tjenesten blant ungdom, noe som gjorde det enklere å oppsøke tilbudet, også for de som erfarte mer alvorlige problemer. En må anta at taushetsplikt var en annen sentral faktor som spiller inn på tillitsforholdet. For ungdommene var det av avgjørende betydning at de kunne dele sine tanker uten at det gikk videre til andre. Det kan ses i sammenheng med at skolehelsetjenesten befinner seg på eller i nærheten av skolen der ungdommene har sitt nære nettverk av venner og medelever. Tanken på at noen kan finne ut at en har vært hos helsesøster kan nok være vanskelig å forholde seg til. For å imøtekomme intensjonen om en lett tilgjengelig tjeneste ble åpningstidene til skolehelsetjenesten utvidet med flere dager. Dette tiltaket førte til større kontinuitet i tilbudet, noe som igjen førte til at flere ungdommer fikk komme til skolehelsetjenesten (Olaisen, 2007).

Samarbeid mellom skolehelsetjenesten og skolen ble fremholdt som sentralt for å kunne utvikle et differensiert samtaletilbud til ungdommene. Et ledd i dette var informasjonsarbeid. Det inkluderte muntlig og skriftlig informasjon i klassene, oppslagstavler og informasjonsbrosjyrer til alle elever om skolehelsetjenesten, samt informasjon på skolens hjemmesider. Erfaringen var at gode samarbeidsrutiner mellom skolehelsetjenesten og skolen førte til at flere elever mottok hjelp. Det ble tydelig at det fremdeles var behov for større fokus på hvordan tilbudet kunne tilpasses bedre til jenter og gutter. Enkelte gutter uttalte at det var ønskelig med en mannlig ansatt i tjenesten, spesielt i forhold til spørsmål og knyttet til kropp og seksualitet. Samtidig ble viktigheten av samarbeid med de øvrige instansene, foreldre, PPT, BUP og barnevernet fremhevet. Årsaken til dette er at et tettere samarbeid kan føre til

¹¹ Prosjektet «Ungdom og utviklingsfremmende samtaler» kom til i et samarbeid mellom Utviklingscenter for helsestasjons- og skolehelsetjeneste (HUS) i Oslo kommune og Nic Waals Institutt. Funnene som presenteres her inkluderer skolehelsetjenestene ved Sogn videregående skole og Lambertseter videregående skole.

bedre kontinuitet i tilbudet, slik at flere ungdommer får den hjelpen de trenger (Olaisen, 2007).

Johansson og Ehnfors (2006) har undersøkt ungdommers synspunkter på hva som representerer god samhandling med helsesøster. Studien bygger på intervjuer med 26 svenske femtenåringer. Resultatene viser at tillit er en av de faktorene ungdommene verdsetter høyest hos helsesøster. Det å bli tatt på alvor og oppleve en støttende holdning kan være avgjørende for at den unge åpner seg for helsesøster. Betydningen av kunnskap og erfaring blir også fremhevet. Helsesøster er en profesjonell fagperson, og det kan tenkes å være en viktig årsak til at unge kommer til hun/han med spørsmål fremfor å snakke med foreldre eller venner som man har et nært forhold til. Et annet aspekt informantene trekker frem er behovet for å bli behandlet med respekt. En kan tenke seg at for unge handler dette om å bli sett som et selvstendig tenkende individ, og ikke bli behandlet som et barn. Det fordrer at helsesøster er ærlig og tørr å uttrykke egne meninger, slik at en reell dialog kan finne sted. Oppriktighet, tilgjengelighet og kontinuitet er andre aspekter som blir vektlagt hos ungdommene.

Costante (2001) hevder at et tettere samarbeid mellom skolen og helsesøster er sentralt for et godt helsetilbud for elevene. Videre hevder hun det at samarbeidet mellom de ulike helsetilbyderne er av betydning for å kunne betjene flest mulig barn og unge. I artikkelen trekkes rollen helsesøstre har på skolene frem. Kjennskapen og kunnskapen de har til skolene, elevene og familiene, samt muligheten de har til aktivt å følge opp elever blir vektlagt. Riktignok er forholdene større i Amerika, men poenget har relevans også for norske forhold. Synlighet og tilgjengelighet er momenter som innvirker på oppfatningen av skolehelsetjenesten som et lavterskeltilbud.

Resultatene fra en større australsk studie (Barnes, Courtney, Pratt og Walsh, 2004), beskriver helsesøsters rolle og ansvarsområde, bekymringer og utfordringer i arbeidet. Studien bygger på en case-studie og fokusgruppesamtaler med ti helsesøstre. Deltakerne i studien fremhever kontinuitet som et viktig moment i arbeidet, det innebærer mellom annet at de er tilgjengelig på skolen til faste dager i uken. Erfaringen viser at elever oppsøker tjenesten når de opplever kriser, og da er det viktig at de får hjelp så fort som mulig. Rollen som helsesøster inkluderer ifølge informantene selv, å gi støtte, henvise elevene til andre helsetjenester, markedsføring og helsefremmende arbeid. Noen av informantene uttaler at elevene de møter opplever å føle seg lite verdsatt av venner, lærere og foreldre, og for disse elevene er helsesøster en viktig

støtte. Helsesøster hjelper ungdommene til å bygge opp mestringsfølelse og bli trygge på seg selv.

Markedsføring tar mye tid, ifølge helsesøstrene. Det handler om å opplyse elevene, lærere og foreldre om tilbudet, tilgjengelighet og helsesøsters rolle slik at flest mulig elever benytter seg av tilbudet. Informantene uttrykker at markedsføring er en av de vanskeligste oppgavene de har. Det å få innpass i skolen og bli akseptert av lærere og annet personell har vist seg å være en utfordring. Noen av dette kan begrunnes ut fra de ulike rollene helsesøster og skolen har overfor elevene. Når det kommer til taushetsplikt er informantene konsekvent på at de ikke bryter denne. Unntaket er problemstillinger som kan sette elevenes liv og helse i fare. Skolen har på sin side ansvar for elevene i skoletiden, og kan kontakte foreldrene hvis elevene har problemer. Informantene ønsker at helsesøsters kontor skal være fristed for elevene hvor de kan snakke ut om sine bekymringer og samtidig føle at deres anonymitet blir ivaretatt. Informantene mener det kan være utfordrende å få støtte og forståelse i skolen for sin rolle som profesjonell fagperson (Barnes et al., 2004).

3. METODE

3.1 Kvalitativ tilnærming

I dette kapitlet vil jeg ta for meg metodiske aspekter ved studien. Jeg vil gjøre rede for valg av forskningsdesign, metode for datainnsamling og gjennomføring av studien og en redegjørelse av etiske hensyn.

Begrepet metode kan beskrives som teknikker for innsamling og bearbeiding av relevante data med intensjon om å besvare forskningsspørsmål som blir stilt (Fejes og Thornberg, 2009). Det innebærer at valg av forskningsmetode må ses i forhold til de forskningsspørsmål som man ønsker å belyse (Fejes og Thornberg, 2009). Denne studien har som formål å undersøke ungdomsskoleelevers holdninger, ønsker og forventninger til skolehelsetjenesten og helsesøsters arbeid. Det kan gjøres på flere måter. Jeg har valgt en kvalitativ forskningstilnærming med fokusgruppeintervju. Et annet alternativ kunne for eksempel vært å benytte en spørreundersøkelse. Kvalitative tilnærminger gir grunnlag for å gå mer i dybden på de sosiale fenomener som blir studert. På bakgrunn av dataene som samles inn kan forskeren beskrive og analysere trekk som er karakteristiske ved de studerte sosiale fenomenene (Thagaard, 2009). Kvalitative metoder bygger på fortolkende teorier som fenomenologi, hermeneutikk og symbolsk interaksjonisme (Thagaard, 2009). I rollen som forsker var det viktig for meg å møte informantene med et åpent sinn, men samtidig erkjenne at egen forståelse (erfaringer, lesning av teori og tidligere forskning) ville påvirke fortolkningene av det som foregikk i fokusgruppene. Min møte med informantene var inspirert av en fenomenologisk- hermeneutisk tilnærming for å kunne fange opp tanker, refleksjoner og meninger.

Fenomenologien har sitt utspring i Edmund Husserls filosofi og begrepet livsverden (Gustavsson, 2004). Sentralt i dette tankesettet er forståelsen av hvilken mening som ligger bak enkeltpersoners erfaring med et fenomen (Thagaard, 2009). Det sentrale her vil være å forstå hvordan de ulike deltakerne i fokusgruppene ser på fenomenet skolehelsetjenesten og beskrive det i tråd med perspektivene. Det forutsetter at en som forsker forholder seg åpent til de fenomener som studeres (Thagaard, 2009). En underliggende antagelse er at virkeligheten stemmer overens med informantens opplevelse av virkeligheten (Kvale og Brinkmann, 2009). Hermeneutikk kan defineres som «læren om fortolkning av tekster» (Kvale og Brinkmann, 2009:69). Hans- Georg Gadamer er en av de mest sentrale tenkere innenfor hermeneutisk filosofi. Han mener at mennesker er fortolkende vesen, og hevder at tolkning er en

forutsetning for vår eksistens. Samtidig vektlegger han at tolkningen er relativ og ufullstendig, ettersom en tolker forskjellig fra gang til gang. Av den grunn er det viktig å være seg bevisst sin forforståelse og hvordan den legger føringer for hvordan en forstår og tolker et fenomen (Gustavsson, 2004). Min fortolkning av samtalene i fokusgruppene vil være preget av min bakgrunn, erfaringer og fagkunnskaper. Samtidig er det grunn til å anta at samspillet mellom deltakerne i fokusgruppene vil kunne bidra til en bredere tolkning grunnet at gruppedynamikken i seg selv kan bidra til å generere flere perspektiver på temaet i fokus.

3.2 Fokusgrupper

I dette prosjektet ble fokusgrupper benyttet som metode for datainnsamling. Fokusgrupper kan beskrives som en form for gruppeintervju, men det betyr ikke at alle gruppeintervjuer er fokusgrupper (Wibeck, 2000). Gruppeintervjuer kan sammenlignes med individuelle intervjuer, en intervjusituasjon preget av spørsmål fra intervjuer og respons fra informantene (Halkier, 2010). Fokusgrupper legger større vekt på samspillet mellom deltakerne og deres synspunkter (Morgan, 1997). Metoden kan defineres som «en forskningsteknikk der data samles inn gjennom gruppeinteraksjon rundt et tema bestemt av forskere» (Morgan, 1996: 130, egen oversettelse). Ut i fra denne definisjonen fremstår gruppeinteraksjon som kilde til data og forskerstyrt emne som sentrale kjennetegn ved fokusgrupper.

I mitt prosjekt var hensikten med fokusgrupper å undersøke holdninger, ønsker og forventninger hos ungdomsskoleelever relatert til temaet skolehelsetjenesten og helsesøsters arbeid. Dette gir mulighet til å utforske også interaksjonen mellom medlemmene i gruppen, noe som er vanskelig ved bruk av andre intervjumetoder (Gibbs, 1997). Selv om fokusgrupper ikke i samme grad som individuelle intervjuer gir tilgang til detaljerte data om det enkelte individ, så kan de til gjengjeld bidra til å engasjere deltakerne i meningsutveksling (Morgan, 1998a). I fokusgrupper oppfordres informantene til å stille hverandre spørsmål, kommentere hverandres synspunkter og forståelser (Kitzinger, 1995). Kitzinger sier at fokusgrupper undersøker ikke bare hva mennesker tenker, men gir samtidig informasjon om hvordan og hvorfor de tenker på en bestemt måte.

Deltakerne er valgt fordi de har felles kjennetegn som relaterer til temaet for fokusgruppene (Krueger og Casey, 2000). Dette vil kunne føre til både mer omfattende informasjonen og at et tema belyses fra flere perspektiver innenfor gruppekonteksten (Gibbs, 1997). Krueger og Casey (2000) beskriver betydningen av å skape en atmosfære i fokusgruppen som oppfordrer

deltakerne til å dele oppfatninger og synspunkter, uten at det ligger press på deltakerne til å komme til enighet.

3.3 Styrker og svakheter ved bruk av fokusgrupper

En vurdering av styrker og svakheter ved fokusgrupper som metode kan være nyttig for å finne ut hvordan fokusgrupper fungerer som forskningsmetode og passer inn med formålet med mitt prosjekt. Krueger og Casey (2000) skriver at fokusgrupper bør vurderes når forskeren er ute etter å avdekke mangfoldet av ideer og følelser mennesker kan ha knyttet til et bestemt tema eller når formålet er å forstå hvorfor ulike grupper eller kategorier av mennesker fortolker ting på forskjellige måter. Jeg tenker at ut fra problemstillingen i denne studien vil det være sentralt å få frem flere perspektiver som kan belyse skolehelsetjenestens betydning for ungdommene. Fokusgrupper er mindre egnet til å produsere data om enkeltindividers forståelse og erfaringer. Dette henger mellom annet sammen med at hver enkelt deltaker i fokusgruppen får mindre tid til å snakke, til forskjell fra individuelle intervju hvor forskeren kan forholde seg til den enkelte deltaker (Halkier, 2010). Jeg ser det kan være en svakhet at denne undersøkelsen ikke kommer i dybden på alle informantenes uttalelser, men det er heller ikke intensjonen. Oppgavens problemstilling er utforskende og beskrivende, og har til formål å belyse skolehelsetjenesten fra ulike perspektiver.

En styrke ved fokusgrupper sammenlignet andre metoder er den eksplisitte bruken av interaksjonen i gruppen til å produsere data (Morgan, 1998a). Deltakerne får mulighet til å utveksle erfaringer og stille spørsmål ved hverandres synspunkter og forståelser, noe som kan resultere i verdifull informasjon og innsikt om utbredelsen av enighet og uenighet (meningsdannelse) blant deltakerne (Morgan og Krueger, 1993, i Morgan, 1993). Dette kan også være en kilde til svakhet hvis det oppstår tendenser til konformitet og polarisering i gruppen. Noe som kan legge en demper på hva som blir sagt av enkeltindivider (Morgan, 1997). En annen styrke ved metoden er evnen til å produsere konsentrerte data om et bestemt tema i løpet av relativt kort tid. Fordi det er forskeren som har definert temaet som skal diskuteres er fokusgrupper mer kontrollert enn for eksempel deltakende observasjon. Det at fokusgrupper styres av forskerens interesse kan også være en svakhet. I rollen som moderator kan forskeren komme til å påvirke hva som kommer frem av informasjon fra enkeltpersoner i gruppen. Morgan (1997) mener imidlertid at dette ikke er særegent for fokusgrupper. Han mener at forskers påvirkning på datamateriale er reelt tilstede i nesten all kvalitativ forskning (Morgan, 1997). En ulempe ved å overlate kontrollen over interaksjonene til deltakerne kan være at forskeren har mindre kontroll over dataene som samles inn. Problemer kan oppstå når

deltakere ikke involverer seg i diskusjonen rundt et tema. Da må moderator stille direkte spørsmål for å få det ønskede materialet. I slike tilfeller kan individuelle intervju være mer passende (Morgan, 1997). Moderatoren har mindre kontroll over informasjonen som blir produsert (Morgan, 1997) enn ved individuelle intervju. Moderatoren må tillate deltakerne å snakke med hverandre, stille spørsmål og uttrykke uenighet og meninger (Gibbs, 1997). Problemer kan oppstå når man forsøker å identifisere individuelle synspunkter fra gruppens (Morgan, 1997).

I denne studien kan det tenkes at fokusgrupper ikke så lett gir tilgang til dypere perspektiver hos informantene. De kan vegre seg for utdype personlige synspunkter på grunn av at de er omgitt av andre mennesker i en gruppesetting. Fokusgruppeintervju kan gi mindre rom for å snakke om spesifikke problemer knyttet til for eksempel helse. I løpet av intervjuene ble det tydelig at informantene var mer opptatt av forhold knyttet til organisering av skolehelsetjenesten enn å diskutere konkrete helsespørsmål.

3.4 Utvalg og rekruttering av deltakere

For å få svar på problemstillingen ønsket jeg informasjon fra ungdomsskoleelever om temaet skolehelsetjenesten og helsesøster. Jeg valgte derfor å benytte et strategisk utvalg (Thagaard, 2009) der kriteriet for å være informant var at elevene gikk i 10.klasse. I tillegg var det ønskelig med jevn kjønnsfordeling slik at jeg kunne sammenligne dataene fra jenter og gutter i det senere analysearbeidet. Det kan tenkes at kjønn utgjør en forskjell med hensyn til hvordan de forholder seg til temaet. Valget om å dele opp jenter og gutter ble også gjort med den hensikt at det kan tenkes at det ble lettere å føre en ærligere diskusjon. Gutter og jenter har forskjellige måter å nærme seg diskusjonen på. Det kommer blant annet til uttrykk i temaer som er sensitive eller følelsesladete (Wibeck, 2000). I denne studien har jeg forsøkt å unngå sensitive temaer, men det kan være vanskelig på forhånd å vite hva den enkelte informant opplever som sensitivt. Jeg hadde også i tankene at ungdommene som deltok i fokusgruppene skulle føle seg komfortable i intervjusituasjonen og kunne snakke åpent om det de tenkte på.

Fokusgruppelitteraturen gir ikke noe entydig svar på antall deltakere i grupper. Morgan (1997) legger vekt på at deltakernes bidrag til diskusjonen i fokusgruppen utgjør en viktig faktor i vurdering av størrelse på gruppene. Krueger og Casey (2000) anbefaler 6-8 deltakere som den ideelle størrelse. De mener at med flere enn ti deltakere blir gruppene vanskelig å moderere og begrenser innspill fra hver enkelt person. Wibeck (2000) mener at 4-6 deltakere

kan være et passende antall. Ved flere enn seks personer kan det i følge henne oppstå undergrupper som snakker med hverandre. Morgan (1997) anbefaler at antallet holdes på 6-10 deltakere. Samtidig betoner han at dette bare er anbefaling og ikke en håndfast regel som må følges. Antall deltakere må ses i forhold til både studiens formål og størrelse. Antallet fokusgrupper kan også variere mye. En generell tommelfingerregel er at man skal fortsette datainnsamlingen helt til man ikke lenger får frem ny kunnskap eller forståelse (Morgan, 1997). For mer komplekse emner kreves gjerne flere grupper for å kunne avdekke hvilke meninger de ulike deltakerne har (Morgan, 1998b). Det som kan være problemet knyttet til å anvende ett stort antall grupper er analysene. Blir det produserte materiale for omfattende kan det føre til at fortolkningene og analysene blir overflatiske (Halkier, 2010). Dette er et problem Steinar Kvale kaller tusensidersspørsmålet (Kvale, 1997). Jeg kom frem til at fire grupper med til sammen 16 deltakere var tilstrekkelig for å belyse min problemstilling. Mitt argument for å avgrense utvalget til 16 informanter er at alle ungdommene befinner seg i samme aldersgruppe og vil sannsynligvis ha nokså like oppfatninger og synspunkter på temaet skolehelsetjenesten.

Jeg fikk god hjelp i rekrutteringsprosessen som deltaker i et større prosjekt der flere masterstudenter deltok. Prosjektet var tilknyttet alle skolene i en kommune i Trøndelag. Det ble satt av to uker til datainnsamling. I slutten av januar ble jeg oppringt av kontaktperson ved en av ungdomsskolene i kommunen. Hun hadde på forhånd mottatt et skriv om ønske av informanter og kort informasjon om prosjektet. På vegne av meg tok hun kontakt med kontaktlærere og elever på 10. trinn.

Noen dager senere kontaktet hun meg per e-post og vi ble enige om at jeg skulle komme på skolen og avtale tidspunkt for intervjuene i samråd med lærere og elever senere i uken. Det viste seg at elevene skulle ha skidag på det avtalte tidspunktet, så det ble derfor bestemt at jeg skulle gjennomføre alle fire fokusgruppeintervjuene uken etter. Alle elevene som deltok i studien går på samme ungdomsskole. Gruppene var sammensatt av 16 elever fra ulike klasser på 10. trinn. Åtte jenter fordelt på fokusgruppe 1 og 2, og åtte gutter fordelt på de to siste gruppene.

3.5 To sentrale faktorer for gjennomføringen av fokusgruppeintervju

Det ligger mye forberedelser og innsats bak gjennomføringen av et vellykket fokusgruppeintervju. To sentrale faktorer som fremheves i fokusgruppelitteraturen er moderatorrollen og intervjuguiden (Krueger og Casey, 2000)

3.5.1 Rollen som moderator

En god moderator er vesentlig for å få frem nyttig informasjon fra deltakerne i en fokusgruppe (Morgan, 1998a). Moderator deltar aktivt i den sosiale samhandlingen som foregår mellom medlemmene i en fokusgruppe gjennom å oppmuntre deltakerne til å snakke sammen og manøvrere den sosiale dynamikken i gruppen (Halkier, 2010). Evnen til å lytte til det deltakerne har å fortelle er kanskje den viktigste egenskapen hos moderator (Krueger, 1993, i Morgan, 1993). Halkier (2010) legger vekt på at moderatoren skal innta en profesjonell rolle både i forhold til å lytte og stille spørsmål. Hun understreker at deltakerne alltid skal komme til ordet mer enn den som intervjuer. Krueger og Casey (2000) fremhever respekt for deltakerne som en av de viktigste faktorene som påvirker resultatene fra en fokusgruppe. Moderatoren må ha tro på at deltakerne har kunnskap uavhengig av utdanning, erfaring og bakgrunn, og forsøke å forstå deres perspektiv uten at egne synspunkter kommer i veien (Krueger og Casey, 2000). Moderatoren må også sørge for at alle deltakerne får ta ordet og uttrykke sine meninger. Samtidig er det viktig å være oppmerksom på når det passer å bruke oppfølgingsspørsmål. En god moderator vil registrere hvordan ordet fordeler seg i gruppen. Det vil som regel alltid være noen som dominerer samtalen, og en utfordring vil være å oppmuntre de stille informantene til å delta (Krueger, 1993, i Morgan, 1993).

3.5.2 Intervjuguide

I planleggingsfasen står utformingen av en intervjuguide sentralt. Intervjuguiden kan utformes på ulike måter, avhengig av grad av struktur på fokusgruppen (Wibeck, 2000). Jeg valgte halvstrukturerte fokusgruppeintervju fordi det ga mulighet til å ha fokus på temaet som belyste problemstillingen, samtidig som informantene fikk spillerom til å diskutere seg i mellom. Intervjuguiden ble utarbeidet etter forslag fra Krueger (1998).¹² Han skiller mellom ulike kategorier av spørsmål som hver for seg har en bestemt funksjon; åpningsspørsmål, introduksjonsspørsmål, overgangsspørsmål, nøkkelspørsmål og avslutningsspørsmål (Krueger, 1998). Innledningsvis fikk deltakerne noen minutter til å presentere seg. Deretter kom noen introduksjonsspørsmål der deltakerne ble presentert for temaet, noe som kunne gi meg noen ledetråder på hvordan deltakerne tenkte rundt dette temaet. Overgangsspørsmålet hadde til hensikt å få deltakerne til å se temaet i et større perspektiv blant annet gjennom å bli bevisst på de andre deltakernes synspunkter. Deretter fulgte nøkkelspørsmålene. Disse spørsmålene fikk stor plass intervjuguiden fordi de skulle gi meg den informasjonen jeg

¹² Se vedlegg 3 – Intervjuguide.

trengte for å få svar på problemstillingen. Under følger en oversikt over nøkkelspørsmålene i intervjuguiden:

- Hvordan vil dere vurdere behovet for å ha en helsesøster å snakke med?
- Hvordan ville du like å bli møtt av helsesøster?
- Hvilke forventninger har du til helsesøster?
- Hva skal til for at flere benytter seg av skolehelsetjenesten tenker dere?
- Hvorfor tror dere noen velger å gå til helsesøster fremfor å snakke med foreldre, venner eller lærer?
- Hva tenker dere kan være hindringer mot å oppsøke skolehelsetjenesten?
(Kan det oppleves som flaut å gå til helsesøster? Tror dere det er vanlig å snakke med andre om å gå til helsesøster?)

Det siste spørsmålet i intervjuguiden avsluttet og oppsummerte diskusjonen. Her kunne deltakerne komme med eventuelle innspill på det som hadde blitt diskutert og kommentarer på min rolle som moderator. Rollen som forsker var en ny erfaring for meg, og det gav meg trygghet i intervjusituasjonen å kunne forholde meg til ett oppsett med konkrete spørsmålskategorier. Intervjuguiden fungerte også som en huskeliste i forhold til å få dekket alle aspekter ved intervjuet, som for eksempel informasjon om taushetsplikt, frivillig deltakelse og formål med fokusgruppene.

I forkant av intervjuene gjennomførte jeg et prøveintervju med tre medstudenter. På den måten fikk jeg testet ut spørsmålene i intervjuguiden og erfaring med hvordan jeg fungerte i rollen som moderator. Det er viktig å ha tenkt gjennom begrensninger ved spørsmålene man stiller, å ha flytende overganger mellom spørsmålene og trekke på tidlige kommentarer i etterfølgende spørsmål (Krueger, 1998). En av grunnene til dette er at det hjelper informantene og moderator å holde «en rød tråd» gjennom intervjuene.

3.6 Gjennomføring av fokusgrupper

Alle fire fokusgruppeintervjuene fant sted på dagtid ved den ungdomsskolen elevene gikk på. Jeg fikk tildelt ett møterom som lå avskjermet til slik at vi unngikk støy og forstyrrelser under intervjuene. Alle intervjuene ble gjennomført i løpet av to dager. De to første fokusgruppeintervjuene tok henholdsvis 35 minutter og 30 minutter, og de to siste tok 25 minutter hver.

Halkier (2010) fremhever introduksjonen som et av de viktigste aspektene ved fokusgrupper. I introduksjonen skapes rammene for selve samhandlingen i gruppen og dermed grunnlaget for de empiriske dataene. Jeg gikk straks i gang med å presentere meg selv og fortelle litt om prosjektet, hva intervjuene skulle handle om og litt i forhold til etiske hensyn og bruk av lydopptak. Deretter tok jeg en runde der deltakerne fikk presentert seg. Alle informantene var elever på 10. trinn ved samme ungdomsskole og kjente hverandre fra før, og det var derfor ikke nødvendig med noe utfyllende informasjon utover navn i presentasjonsrunden.

Kvaliteten på intervjuet vil i stor grad avhenge av forskerens evne til å etablere en god og tillitsfull atmosfære i intervjusituasjonen (Thagaard, 2009). Det at elevene i fokusgruppene kjente hverandre oppfattet jeg som en fordel. Elevene var trygge på hverandre og utfylte hverandres uttalelser. Fra et mer kritisk ståsted kan en tenke seg at ungdommenes kjennskap til hverandre ville være en ulempe. Trolig vil informantene stå i en sterkere posisjon til å påvirke hverandres synspunkter og meninger. I den første fokusgruppen brukte jeg litt tid på å få samtalen i gang og alle deltakerne involvert. Dette gikk lettere i de tre neste fokusgruppene etter erfaring med den første gruppen. I rollen som moderator var jeg opptatt av at samtalen i størst mulig grad skulle foregå mellom deltakerne og at det var deres perspektiver som skulle komme frem. Jeg la vekt på at alle holdninger, meninger og synspunkter var av interesse, og at det ikke fantes riktige eller feilaktige svar. Selv om intervjuguiden var halvstrukturert følte jeg meg ikke låst til å følge rekkefølgen på spørsmålene. Hvis informantene på egen hånd kom inn på ett tema som var omfattet i intervjuguiden fikk de diskutere det der og da i stede for å vente til spørsmålet kom på et senere tidspunkt.

Hvordan min tilstedeværelse og rolle som forsker påvirket deltakerne kan være vanskelig å si noe om, men jeg opplevde at de viste en interesse for temaet gjennom å uttrykke egne meninger og synspunkter. På noen av spørsmålene var det nødvendig å «probe» for mer informasjon som kunne utfylle det som tidligere hadde blitt sagt. Dette var spørsmål som jeg måtte komme opp med i intervjusituasjonen, og det kan være at noen av disse fikk en ledende karakter uten at det var intensjonen. Før intervjuene ble avsluttet oppsummerte jeg det som hadde blitt sagt under samtalen. Det var viktig for å få avklart eventuelle misforståelser. Det oppstod noe forvirring hos informantene angående bruken av begrepet skolehelsetjeneste. Dette vil jeg forklare nærmere i punkt 3.7.3.

3.6 Etiske betraktninger og hensyn

«Ethvert forskningsprosjekt som inkluderer personer, krever deltakernes informerte og frie samtykke» (NESH, 2006: 13). Disse retningslinjene ble ivaretatt ved at elevene ble muntlig og skriftlig informert før fokusgruppeintervjuene, og samtykkeerklæring ble innhentet fra foreldrene på grunnlag av at elevene var under 18 år.¹³ Informasjonen som ble gitt beskrev formålet med prosjektet, metoden som ble benyttet og følger for deltakelse. Informantene ble videre orientert om at de når som helst kunne trekke seg fra forskningsprosjektet uten at det medførte noe krav om begrunnelse. Konfidensialitet har stått sentralt gjennom hele forskningsprosessen. Som forsker har jeg ansvar for å forhindre at informasjonen som kommer frem blir brukt eller formidlet på en måte som kan komme til å skade informantene (NESH, 2006). Både informantene, kommunen og skolen er anonymisert. Prosjektet er godkjent av Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD).¹⁴

3.7 Metodiske refleksjoner

«Forskning handler alltid om å skape troverdige resultater, det vil si godt begrunnede tolkninger gjort ved systematiske analyser av det empiriske materialet, som igjen er generert ved et nøye gjennomtenkt opplegg» (Tjora, 2010: 189). Begrepene reliabilitet, validitet, overførbarhet og refleksivitet representerer kvalitetsindikatorer for kvalitativ forskning (Tjora, 2010).

3.7.1 Reliabilitet

Reliabilitet baserer seg på en vurdering av forskningens pålitelighet og nøyaktighet. I utgangspunktet er dette et spørsmål om repliserbarhet, i hvilken grad en annen forsker med utgangspunkt i samme fremgangsmåter vil komme frem til tilsvarende resultater. Ut fra en slik forståelse kan det i kvalitativ forskning være vanskelig å oppnå høy reliabilitet fordi forskeren ikke kan forholde seg nøytral i møte med informantene (Thagaard, 2009). For å styrke reliabiliteten i kvalitativ forskning blir det viktig å gjøre forskningsprosessen gjennomsiktig. Det innebærer en nøyaktig redegjørelse av alle trinn i forskningsprosessen, fra beskrivelse av egen posisjon i forhold til temaet og valg av teorier til beskrivelse av strategi for utvelgelse av deltakere. Med bakgrunn i denne informasjonen blir det opp til leseren av forskningsrapporten å ta stilling til resultatenes verdi (Tjora, 2010).

¹³ Se vedlegg 2- Forespørsel/informasjonsskriv til aktuelle deltakere og foreldresamtykke.

¹⁴ Se vedlegg 1- Godkjennelse fra NSD.

I denne studien har jeg forsøkt å følge disse anbefalingene gjennom å være konkret og detaljert i beskrivelsene av de enkelte trinnene i forskningsprosessen. Videre vil gjengivelse av uttalelser fra informantene i fokusgruppene kunne bidra til å styrke reliabiliteten til studien. I følge Seal (1999, i Tjora, 2010) vil dette kunne hjelpe leseren til å skille mellom forskerens egne vurderinger og informasjon som fremkommer fra datainnsamlingen.

3.7.2 Validitet

Validitet refererer til forskningens gyldighet, i hvilken grad resultatene fra forskningen gir svar på spørsmålene som stilles (Tjora, 2010). Denne formen for validitet omtales også som begrepsvaliditet fordi den krever at man foretar en teoretisk vurdering av det som skal undersøkes (Ringdal, 2007). I kvalitativ forskning blir validitet et spørsmål om de tolkningene forskeren kommer frem til gir et riktig bilde av virkeligheten slik den fremstår for informantene (Thagaard, 2009). Et viktig steg i retning av å styrke resultatenes validitet går ut på at man redegjør for grunnlaget for fortolkningene og hvordan disse førte frem til studiens resultater. Det blir spesielt viktig å beskrive hvordan egne erfaringer fra området som studeres og relasjoner til informantene danner grunnlag for den forståelsen forskeren kommer frem til (Thagaard, 2009)

I fokusgruppene ble validitet forsøkt ivaretatt ved å sjekke min forståelse opp mot informantenes. Underveis i intervjuene stilte jeg spørsmål som «har jeg oppfattet det riktig når du sier...». På den måten fikk informantene mulighet til bekrefte eller avise min tolkning. På slutten av hvert intervju ble det foretatt en oppsummering med mulighet for innspill og tilbakemeldinger fra informantene.

Det oppstod noe forvirring om begrepet skolehelsetjeneste. Ungdommene uttrykte at de ikke helt forstod hva som lå i dette begrepet. Dette var et gjennomgående trekk i alle fire fokusgruppene. Forklaringen på dette var at de forholdt seg til en helsesøster på skolene, og det var aldri snakk om at hun representerte skolehelsetjenesten. Jeg brukte derfor litt tid på å oppklare for informantene hva jeg mente. Det kan oppfattes som en brist ved begrepsvaliditeten med tanke på at skolehelsetjenesten representerer en sentralt begrep i oppgaven. Når det er sagt, så opplever jeg ikke at det har hatt så mye å si for oppgaven. Informantene forstod ganske raskt hva jeg spurte om.

3.7.3 Overførbarhet

Begrepet overførbarhet relaterer til spørsmålet om resultatene fra en studie kan ha relevans i andre sammenhenger. I kvalitative studier er forskeren ute etter informantens forståelse av et

fenomen. Av den grunn vil innsamlingen av data alltid foregå innenfor en bestemt kontekst og resultatene kan derfor ikke automatisk overføres til en ny situasjon (Thagaard, 2009).

Utvalget utgjør en sentral faktor ved diskusjonen om overførbarhet (Thagaard, 2009). I denne studien bestod utvalget kun av 16 informanter, noe som kan tale i retning av at resultatene har størst verdi innenfor rammene for prosjektet. Resultatene fra studien bygger på informasjon fra ungdomsskoleelever om deres holdninger, ønsker og forventninger til skolehelsetjenesten. Studien gir en pekepinn på hvordan disse ungdommene, som brukergruppe ser på tilbudet i skolehelsetjenesten. Overfor helsesøstre og annet personell som er tilknyttet skolehelsetjenesten kan det tenkes at denne kunnskapen kan bidra i arbeidet med å videreutvikle tilbudet. Oppgaven kan også være til nytte for kommuner som representerer premissleverandører av helsetjenester.

3.7.4 Refleksivitet

Refleksivitetsbegrepet viser til det vesentlige ved at forskeren er bevisst sin egen rolle i forskningsprosessen, ved blant annet å reflektere over hvilke forhold som kan ha formet tolkningen av datamaterialet. Forforståelse, herunder egne erfaringer og kunnskap, perspektiver og teoretisk referanserammer vil påvirke de resultater man oppnår (Tjora, 2010).

Jeg har forsøkt å gå inn i dette prosjektet med en åpen og nysgjerrig holdning. Ettersom jeg ikke har erfaring fra feltet jeg forsker på vil forforståelsen min være relativt snever. Slik jeg ser det kan det både være fordeler og ulemper med det. Thagaard (2009) skriver at når forskeren har tilknytning til miljøet som studeres gir det henne et godt grunnlag for forståelse av de fenomenene som studeres. Tolkningene kan da utarbeides med støtte fra egne erfaringer. Til gjengjeld kan kjennskap til feltet føre til at forskeren blir mindre oppmerksom på det som skiller seg fra egne erfaringer (Thagaard, 2009). Det at jeg mangler kjennskap til feltet kan utgjøre en utfordring i tolkningsprosessen. På den andre siden vil det jeg mangler av erfaringsbakgrunn kunne hjelpe meg å holde en viss distanse til feltet og gjøre meg mer oppmerksom på flere sider ved datamaterialet (Thagaard, 2009). Samtidig vil jeg påstå at jeg ikke er helt uten erfaring. Jeg har selv vært tenåring og kan sette meg inn i elevenes måte å tenke på rundt temaet. Min forforståelse og teoretiske referanseramme vil videre være påvirket av lesing av tidligere forskning og teorier. Interessen min for temaet og i tillegg at det er forsket lite på i Norge og Skandinavia generelt vil også kunne prege min forståelse.

Kjønn og alder kan ha virket inn på hvordan jeg ble oppfattet av informantene og dermed hvilken informasjon som kom frem under fokusgruppeintervjuene. Det at jeg er ung og

kvinne vil antagelig virke inn på hvordan jentene og guttene kommuniserer med meg. Gjennom hele forskningsprosessen har jeg hatt fokus på å synliggjøre informantenes perspektiver. I presentasjonen av funn har jeg forsøkt å gjengi uttalelser direkte slik informantene i fokusgruppene la dem frem.

3.8 Koding og kategorisering

Kort tid etter gjennomføring av fokusgruppene transkriberte jeg intervjuene. Det var viktig å få det gjort mens intervjuene ennå var friskt i minne. Transkriberingen var et tidkrevende arbeid. Jeg måtte høre gjennom opptakene gjentatte ganger for å forsikre meg om at jeg hadde fått med meg alt som ble sagt. Jeg opplevde også at det å høre gjennom opptakene med den transkriberte teksten foran meg resulterte i nye tanker som kunne komme til nytte i analysefasen. Transkriberingen kan gjøres på ulike måter, avhengig av hva man skal gjøre med datamaterialet (Wibeck, 2000). Jeg valgte å transkribere fokusgruppeintervjuene på dialekt, og forholde meg til informantenes egne ord og setningsoppbygging. Uttalelsene brukt i denne rapporten vil også basere seg på ordrette gjengivelser for å bevare autentisiteten i deltakernes utsagn. Bruk av tegn for å markere pauser, overlapp i samtale, latter og andre uttrykksformer som kan være av betydning er tatt med for å vise informantenes uttalelser i konteksten den er satt i. Registrering av stemning innad i gruppene, holdninger og kroppsspråk vil også være av betydning for analysen.

Det var en utfordring å komme i gang med analysen og finne en fremgangsmåte for hvordan dette skulle gjøres. Kvaales (1997) fremgangsmåte med å dele analyseprosessen opp i tre stadier har vært til hjelp for å forstå prosessen. Det første stadiet handler om å skape en oversikt over materialet. Det gjorde jeg ved å lese grundig gjennom datamateriale flere ganger. Det ga meg en oversikt over hvilke temaer som engasjerte ungdommene. Knodel (1993, i Morgan, 1993) anbefaler å lage koder på datamaterialet som korresponderer med temaene i intervjuguiden. Jeg valgte å følge denne tankegangen. Jeg brukte fargekoder for å skille ulike temaer fra hverandre og samlet utsagn fra informantene som passet under de ulike temaene. Underveis i intervjuene dukket det opp temaer som ikke var dekket i intervjuguiden. Disse var såpass fremtredende at jeg også laget koder for disse. Kodene bestod av ord og setninger som viste de ulike temaene informantene var opptatt av. Hensikten var å hente ut de meningsbærende elementene, samt å registrere tematikk som gikk igjen hos flere av informantene og på tvers av gruppene.

Neste fase gikk ut på å klargjøre materialet for analyse (Kvale, 1997). Det gjorde jeg ved å sortere datamaterialet slik at jeg satt igjen med utsagn som best kunne representerte formålet med forskningen. Jeg opplevde at informantene holdt seg til tematikken og at det derfor ikke var mye overflødig informasjon i datamaterialet. Ungdommene virket oppriktig interessert i spørsmålene om skolehelsetjenesten, og kom med reflekterte uttalelser og meninger. Da jeg var ferdig med sorteringsarbeidet, satt jeg igjen med fire hovedkategorier. Det siste stadiet vil være det Kvale (1997) kaller den «egentlige analysen». Her blir informantens egen forståelse hentet frem og belyst ut fra forskeren egne refleksjoner og et valgt teoretisk rammeverk. Jeg valgte å benytte meningskategorisering som fremgangsmåte. Det innebærer at intervjuene blir kodet i kategorier (Kvale, 1997). Temaene som kom frem under det tidlige strukturingsarbeidet ble navngitt ut fra en kombinasjon av teori og/eller fagspråk og informantens uttalelser. Kategoriene ble merket med ulike fargekoder og tilført utsagn som passet under hver av disse. Det resulterte til slutt i fire hovedkategorier og syv underkategorier som er presentert i oversikten under.

Hovedkategorier	Underkategorier
1. Informantenes oppfatninger av helsesøsters rolle og kvaliteter ved samhandling	<ul style="list-style-type: none"> • Kropp, helse og vaksiner • «Gjøre elevene trygge»
2. Behovet for en helsesøster å snakke med	<ul style="list-style-type: none"> • Helsesøster- et annet alternativ til venner, foreldre og lærere
3. Barrierer mot å oppsøke skolehelsetjenesten	<ul style="list-style-type: none"> • Ønske om å være anonym • Synlighet og tilgjengelighet
4. Informasjon og markedsføring på ungdommens vilkår	<ul style="list-style-type: none"> • Markedsføring av tilbudet • Informasjon tilpasset ungdommens ønsker og behov

4. FUNN, ANALYSE OG DRØFTING

Gjennom samtalene med ungdommene erfarte jeg at det var enkelte temaer som engasjerte informantene mer enn andre, noe som drøftingen vil bære preg av. Betydningen av at helsesøster klarte å sette seg inn i og forstå ungdommenes følelser og problemer er et eksempel på noe som gikk igjen hos ungdommene. Det er samtidig viktig å klargjøre at temaene jeg drøfter ikke er gjensidig utelukkende, og det vil derfor være vanskelig å unngå at de overlapper hverandre. Mitt argument er at det ikke finnes en bestemt måte å forstå fenomenet på som ekskluderer alt annet. Da ville det vært vanskelig å få til en ordentlig drøfting i denne oppgaven. De ulike synspunkter og meninger ungdommene presenterer her i studien kan forstås på mer enn en måte. De samme temaene vil derfor komme opp under ulike kategorier. Et eksempel er taushetsplikt som representerer en viktig faktor ved helsesøsters rolle som fagperson. Videre kan taushetsplikt trekkes inn som et moment under ungdommenes behov for anonymitet. Det er således et tema som har flere aspekter ved seg. Alternativt kunne jeg valgt å drøfte med utgangspunkt i større overordnede kategorier, men da er sannsynligheten stor for at sentrale poenger blir borte.

Jeg har valgt å presentere funnene i drøftingen av praktiske grunner for å unngå for mange gjentakelser. Samtidig ønsker jeg å være tydelig på hva som er informantenes uttalelser og mine tolkninger, noe jeg mener en slik tilnærming synliggjør. Sitatene som blir brukt i drøftingen er hentet fra det transkriberte materialet, og jeg valgt å forholde meg tro mot informantene ved å bevare særegenheter som dialekt og egenord. For å bevare ungdommenes anonymitet er ungdommenes navn byttet ut med egne koder bestående av tre tegn. Det første markerer om uttalelsen er hentet fra en jente eller en gutt, det andre markerer om personen inngår i fokusgruppe 1, 2, 3 eller 4, og det siste tallet angir at det er ulike informanter som snakker. Et eksempel er J.1, 2, der J.1 viser at det er snakk om en jente fra fokusgruppe nummer 1 og tallet 2 indikerer at det er person nummer to i gruppen som har uttalt seg. Analyse og drøfting opp mot teori blir gjort samtidig. Dette for å unngå gjentakelser og holde ting samlet.

Materialet er organisert i fire hovedkategorier. Under disse igjen har jeg utarbeidet underkategorier på bakgrunn av datamaterialet. Hovedkategoriene representerer en overordnet ramme for det som blir drøftet i underkategoriene. Underkategoriene representerer samlet hovedkategorien. Valget om å dele opp drøftingen på denne måten ble gjort fordi jeg ønsker å komme mer i dybden på enkelte temaer og få frem informantenes ulike perspektiver knyttet til disse. Funnene vil bli drøftet ut fra egne tolkninger og et teoretisk rammeverk. Det vil ikke

være noen presentasjon av informantene fordi det ikke er interessant for studien i seg selv. Det som har betydning er det materiale som har kommet frem på bakgrunn av fokusgruppesamtalene.

4.1 Informantenes oppfatninger av helsesøsters rolle og kvaliteter ved samhandling

Helsesøster står i en unik posisjon til å bli kjent med elevene og deres behov. Det være seg behov for veiledning og oppfølging knyttet til fysisk og psykisk helse. Helsesøster er en av få profesjoner som har spesialisering knyttet mot barn og unge i aldersgruppen 0-20 år, og utgjør således en viktig ressurs i det helsefremmende og forebyggende arbeidet i kommunene (Sykepleierforbundet, udatert). Hvordan ungdom ser på helsesøsters rolle kan være en god kilde til informasjon om hvordan helsesøster oppfattes i praksis. Videre kan innsikt i ungdommers preferanser og holdninger i forhold til samhandlingen være viktig sett i sammenheng med at dette er et av de få møtestedene skapt på ungdommens vilkår.

4.1.1 Kropp, helse og vaksiner

Hvilke oppgaver forbinder ungdommene med helsesøsters rolle? Helsesøster har mange oppgaver som hun er pliktig til å gjennomføre i tråd med forskrifter og lovverk. Det kan være en utfordring å rekke over alle de pålagte oppgavene når tiden til rådighet er knapp. I de senere år har det også blitt et større fokus på psykiske vansker og subjektive helseplager hos elever, noe som også medfører økt arbeidsmengde for helsesøster. Ungdommene i denne studien var i stor grad enig om hvilke oppgaver helsesøster har i skolehelsetjenesten. Den generelle oppfatningen lå på det som kan betegnes som «tradisjonelle oppgaver» som vaksinasjon, seksualundervisning og helseopplysning. Samtidig kunne det virke som om det var noe usikkerhet i forhold til helsesøsters rolle versus skolerådgiverens rolle.

J.1, 1: *Mmm, tar vaksina å hjelpe viss det e snakk om sånn prevensjonsmiddel.*

J.1, 2: *Det e åsså bare en person du kan snakke med hvis det e nå du lure på.*

G.4, 3: *Ailt som går innenfor vår egen helse.*

G.4, 2: *Elevans helse.*

G.4, 3: *Ja (...) psykisk og fysisk.*

G.4, 2: *Mest med kroppen egentlig. Rådgiveren (...) hu e mest opp i hodet.*

G.4, 3: *Rådgiveren kan du gå te hvis du har problema i hverdagen å sånn.*

Ut i fra disse uttalelsene er det grunn til å anta at ungdommenes oppfatninger av skolehelsetjenesten er preget av tjenestens tradisjonelle oppgaver. Denne holdningen finner en også støtte for i Langaards avhandling (2010). Det er stor enighet om at skolehelsetjenesten har en sentral funksjon i det helsefremmende og forebyggende arbeidet rettet mot barn og unge (Sosial- og helsedirektoratet, 2004). Tjenesten skal dekke mer enn vaksinasjon og

utgivelse av prevensjonsmidler. Hvis tjenesten virkelig skal være et lavterskeltilbud må det finnes tilstrekkelige ressurser til å dekke alle oppgavene helsesøster er pliktig til å gjøre. Barneombud Anne Lindboe uttrykker i et intervju bekymring for at barn og unge opplever helsesøster som lite tilgjengelig. Hun mener at helsesøster må være mer enn en «stikkedame» (Dolonen, 2013). Det krever tydeligere føringer også på statlig nivå, ettersom Lindboe mener at kommunene i for liten grad prioriterer dette området.

Ungdommenes uttalelser kan også tolkes dit hen at det finnes en usikkerhet i forhold til hvilke problemer de kan komme med til helsesøster med versus skolerådgiveren. Det kan handle om at ungdommene i hovedsak møter helsesøster i forbindelse med vaksiner som skal tas, seksualundervisning og andre mer tradisjonelle settinger. Hvor konsekvensene blir at det er lite tid til overs for individuelle samtaler og drop- in- timer. Da er det lett å se for seg at skolerådgiveren kan bli en alternativ samtalepartner for elevene. Ressurskrevende oppgaver tar mye av helsesøsters tid og gjør det sannsynligvis vanskelig å få tid til å snakke med ungdommene. Helsesøster Kari England sier i et intervju at hun nærmest unngår å oppfordre elever til å ta kontakt fordi hun vet at tiden ikke strekker til (Dolonen, 2013). En kan se for seg at et tettere samarbeid mellom skolehelsetjenesten og skolerådgiveren kan være et positivt tiltak for å kunne nå flere elever. Erfaringene fra Olaisens (2007) prosjekt var at helsesøster og rådgiveren hadde mange felles arbeidsområder som de kunne samarbeide om for å hjelpe flere elever. Norsk sykepleierforbund (NSF) og Landsgruppen av helsesøstre (LaH) mener at det er behov for klarere rammer rundt arbeidet som utføres av helsesøstre i skolen. Dette for å sikre brukerne kvalitet i tilbudet. En spesialistgodkjenning vil kunne gjøre det lettere for helsesøstre å overholde faglige retningslinjer og myndighetskrav (Sykepleierforbundet, udatert). Man kan videre anta at en slik spesialistgodkjenning er viktig for å kunne synliggjøre viktigheten av helsesøsters arbeid i skolen.

4.2.2 «Gjøre elevene trygge»

Når ungdommer velger å oppsøke helsesøster vil det foreligge en del forventninger til møtet. Det som blir avgjørende for om elevene opplever at helsesøster kan være til hjelp ligger i arbeidet med å få til en god samhandling. Hvilke forutsetninger mener ungdommene selv må være til stede for at de skal kunne benytte seg av tilbudet? Og hvilke egenskaper verdsetter de hos en helsesøster? Ungdommene hadde mange synspunkter på dette temaet, og noe av det som flere av informantene trakk frem var betydningen av å bli tatt imot på en vennlig og imøtekommende måte.

- J.1, 1: *Hu må være utadvendt og hyggelig verfall.*
 J.1, 3: *Lett å snakke med.*
 J.1, 2: *På en måte vise at det e greit liksom å kom dit, sånn at du får enn sånn...*
 J.1, 1: *Du ikke får en sånn følelse av at hu ikke orke å sitt der sammen med dæ.*

Informantene fra en annen fokusgruppe fulgte dette opp med:

- J.2, 2: *Det e jo kanskje viktig å vite at du kan komme til henne å snakke om alt på en måte.*
 J.2, 3: *At vi kain stol på ho (...) tillit.*
 J.2, 3: *Ja, æ like å bli møtt med en sånn god, skikkelig god stemme å hør på, som kjæm å tar dæ i hånda å sånn, skikkelig hyggelig og god stemme som bare sie «hei, æ hete det å det».*

Ungdommenes uttalelser kan forstås i retning at kontaktetableringen er viktig for hvorvidt de opplever å ha tillit til helsesøster. Det kan tenkes at denne innledende kontakten kan fungere som en forsikring om at helsesøster er en person de kan stole på. Utsagnene elevene kommer med kan helt klart ses i sammenheng med de funn Langaard (2010) har gjort i sin avhandling. Ungdommene som ble intervjuet i hennes studie ønsket å bli møtt av en hjelper som er vennlig og engasjerer seg i de problemstillingene ungdommene kom med. Selv om helsesøster er en voksenperson, kan det virke som elevene hadde stor tiltro til hennes evne til å forstå og sette seg inn deres perspektiver, noe som følgende uttalelser illustrerer:

- G.4, 1: *Hu e på di side liksom.*
 G.4, 3: *Hu blir på en måte (...) om du ska kall det en venn da. Når du ska snakke med hu, at hu sett sæ inn i dine problema sånn at du føle at det e greit å snakke ut om ting.*

Det informantene forteller her kan si noe om behovet for å bli sett møtt med en åpen og ikke dømmende holdning fra helsesøster. Det kan tenkes at de ønsker å oppnå den samme fortroligheten til helsesøster som de har til jevnaldrende venner. Jeg oppfatter det som en plausibel tolkning ut fra beskrivelsen av helsesøster som en venn. Videre kan man anta at uttalelsene også kan handle om å bli møtt av en aktiv lytter som tar seg tid til å høre på ungdommene. Erfaringene fra prosjektet «Ungdom og utviklingsfremmende samtaler» (Olaisen, 2007) viser at det å lytte til og være mottakelig for det ungdommene har å fortelle er av stor betydning for å skape tillit til voksne. Dette fordrer samtidig at ungdommene gis mulighet til å fortelle ting i sitt eget tempo, på sine premisser. Jeg vil gjerne trekke videre på det som ble nevnt til slutt om ungdoms behov for å ta avgjørelser fattet på egne premisser. For selv om mange unge oppsøker skolehelsetjenesten for hjelp, er det grunn til å anta at de har tenkt mye igjennom hvordan de vil løse sine problemer. De mangler kanskje bare de konkrete

«verktøyene» til å gjøre det. Det handler kanskje ikke om at helsesøster skal komme med en fiks ferdig løsning, men heller at hun inngår i en dialog med ungdommene slik at de sammen kan finne ut av problemet.

I fokusgruppene nevnte flere av ungdommene at det var viktig at de kunne føre en ordentlig samtale med helsesøster og oppleve at de ble behandlet som ungdommer, ikke som barn. Det gjenspeiler også den fasen de befinner seg i, mellom barndom og voksen alder (Økland og Glavin, 2005). Når ungdommene sier at de ikke vil bli behandlet som barn kan det være et uttrykk for at de vil inngå i en likeverdig dialog med helsesøster. Måten helsesøster kommuniserer med ungdommene på kan tenkes å ha stor betydning for hvorvidt de unge får tillit til personen som skal hjelpe dem (Økland og Glavin, 2005). En likeverdig dialog må nødvendigvis innebære at begge parter deltar aktivt i samtalen. I følge Johansson og Ehnfors (2006) kan helsesøster uttrykke respekt for ungdommer ved å være ærlig og uttrykke egne meninger om temaer som de unge presenterer. Dette synspunktet kom også frem i min studie, og følgende utsagn mener jeg oppsummerer dette godt:

G.3,3: Hvis du har egne meninger om hva du skal gjøre, så må du tørre å si det.

Det at ungdommene ønsker at helsesøster skal være tydelig på hva hun selv mener kan tolkes i retning av en forventning om at hun har den nødvendige kunnskapen og erfaringen som skal til for å hjelpe ungdommene i en vanskelig situasjon. Mange av de spørsmålene ungdommene kommer med kan knyttes til utvikling, følelser og reaksjoner, og de kan ha behov for å få bekreftet at det de gjennomgår er normalt. Når de selv mangler erfaring og opplever at følelsene styrer handlingene, kan det være betryggende å få kyndig hjelp fra en fagperson som helsesøster. Ungdommene hadde klare oppfatninger til helsesøsters som fagperson, noe som utsagnene viser:

J.2, 4: Du bør gi oss noen gode råd, det synes å være viktig.

J.2, 1: At du må ha kunnskap om det du snakker om.

J.2, 4: Ja (...) at du ikke bare sier nå det som...

J.2, 1: Som du ikke bare har sett på en film å vet alt ut av filmen, eller les ei bok å så «oj, det var kanskje nyttig i arbeidet mitt».

G.4, 3: Kunnskap og erfaring er veldig viktig.

G.3, 4: Å hvis du ikke har kunnskap til å hjelpe oss, så må du vite hvor vi kan få hjelp.

De fem første utsagnene beskriver tydelig hvor viktig helsesøsters fagkunnskap, hennes profesjonelle rolle, er for elevene. Dette kan tolkes som et uttrykk for den tilliten

ungdommene har til helsesøster, at hun følger bestemte retningslinjer for profesjonalitet i sitt arbeid. Vender man seg til lovverket kan man se at det stilles strenge krav til at arbeidet utføres på en måte som sikrer forsvarlig og omsorgsfull hjelp (Helsepersonelloven, 1999, § 4). Dette er myndighetenes måte å sikre kvalitet i arbeidet med denne målgruppen. I tillegg til kunnskap mener informantene at erfaring kan gjøre det lettere for helsesøster å forstå ungdommene. Hvordan kan erfaring bidra i helsesøsters arbeid med ungdommene? En tolkning vil være at erfaring bidrar til at man utvider sin forståelse og får en referanseramme å gå ut fra. I helsesøsters tilfelle kan denne erfaringskunnskapen være et viktig «verktøy» for å kunne håndtere mangfoldet av ulike problemstillinger ungdommene kommer med. I følge Johansson og Ehnfors (2006) handler dette om å møte ungdommene på en profesjonell måte. At hun for eksempel ikke reagerer med sjokk eller kommer med upassende kommentarer. Langaards (2010) er inne på det samme i sin avhandling med termen emosjonell avstand.

4.3 Behovet for å ha en helsesøster å snakke med

Det kan være mange årsaker til at ungdommer velger å oppsøke helsesøster. Man kan anta at for mange ungdommer fremstår helsesøster som den eneste personen de kan snakke fritt og åpent med. Her kan de få råd og veiledning fra en profesjonell fagperson. Jeg antar også at taushetsplikt er en viktig grunn til å oppsøke tilbudet. Taushetsplikten kan tenkes å gi ungdommene en følelse av kontroll over egen situasjon. Som en forstår kan det være flere forhold som kan trekkes frem her. Likevel har jeg valg å forholde meg til en underkategori her. Det begrunnes med at uttalelsene fra informantene konsentrerte seg rundt helsesøster som en alternativ samtalepartner, og det ville verken være hensiktsmessig eller naturlig å dele dette opp i to underkategorier.

4.3.1 Helsesøster- et annet alternativ til venner, foreldre og lærere

Informantene har mange synspunkter på hva som kan representere utfordringer i ungdomstiden. Forholdet til foreldrene endrer seg og de bruker stadig mer tid sammen med venner. Samtidig oppleves det ikke alltid like enkelt å finne noen som en kan samtale med om bekymringer eller problemer man har. For mange elever kan helsesøster være en viktig støtte og samtalepartner. Det interessante her er å finne ut hvorfor ungdommer velger å oppsøke helsesøster fremfor å snakke med foreldre, venner eller lærerne.

J.2, 3: *Helsesøstra e på en måte et anna alternativ da (...) i forhold te foreldre å lærer å venna, hu høre på dæ, ser saken fra di side.*

J.2, 1: *Hvis det for eksempel blir skikkelig krangel med foreldra så gidde dem kanskje ikke å hør på dæ fordi det e dæm som bestemme i huset liksom.*

J.2, 4: *Dæm trur alltid dæm har rett.*

- J.2, 2: *I tillegg, hvis du du går te foreldran dine eller vennan så kjenne du dæm så godt, å da (...) blir det jo litt kleint.*
- J.2, 1: *Det å ha venna å snakk med det e (...) dæm kan du snakk med om gutteproblema eller kjærlighet å sånn, men hvis det virkelig kjæm sånne ordentlige problema så e itj det sikkert dæm helt skjønne det.*
- J.2, 2: *Ja, så av å til e det greit å snakk med en person du ikke kjenne så godt, som du kain være heilt åpen med.*

I lys av det ungdommene forteller kan en mulig tolkning være at ungdommene etterspør en mer støttende holdning fra de som inngår i det nærmeste nettverket. Samtidig medgir ungdommene at det kan være vanskelig å ta opp vanskelige temaer eller problemer med venner og foreldre fordi man har en så nær relasjon til dem. Flere av informantene uttrykker at det kan være utfordrende å kommunisere med foreldrene fordi de opplever at de ikke blir hørt eller tatt på alvor. Ser man dette fra et utviklingsperspektiv, så er dette beskrivende for den fasen som ungdomstiden representerer. Endringer i relasjonen mellom foreldre og barnet er en naturlig konsekvens av de unges utvikling mot selvstendighet. Samtidig fører denne løsrivelsesprosessen ofte til at det oppstår konflikter som kan knyttes til spenningen mellom ungdommenes rett til selvbestemmelse og foreldrenes behov for å påvirke (Tetzchner, 2001). Negativ kommunikasjon med foreldrene kan antas å være en årsak til at ungdommer går til helsesøster når de har behov for støtte. Helsesøstrene i materialet til Barnes et al. (2004) mener at det å være støttende og bistå ungdommene gjennom ungdomstiden er en av de viktigste oppgavene de har. Mange av elevene de møter føler seg lite verdsatt på skolen og av foreldrene, og opplever at helsesøster er den eneste personen som ser det positive ved dem.

Venner og jevnaldrende får en stadig viktigere plass i ungdommenes liv (Tetzchner, 2001). Blant informantene var det særlig jentene som kom inn på dette med betydningen av å ha gode venninner å snakke med. Det var helt naturlig at man delte «alt» med venninnene. På den andre siden kan man ut fra utsagnene over få et litt annet inntrykk. Jentene snakker om ting som omhandler gutter og forelskelse, men når det kommer til de mer ordentlige problemene kan det være vanskelig å få forståelse fra venner. Hva informanten mener med ordentlige problemer er litt uvisst, men en mulig tolkning er at det handler om helserelaterte problemer, både fysisk og psykisk, skolerelatert stress, manglende selvtillit, forhold som kan oppleves som mer sensitivt og personlig. I følge Tetzchner (2001) kan det i ungdomstiden være en utfordring å opprettholde vennskapet når det oppstår konflikter eller misforståelser mellom venner, noe som skyldes de tette emosjonelle båndene som utvikles mellom ungdommene. Dette kan være en mulig forklaring på hvorfor ungdommene oppgir at de ikke deler alle tanker med sine venner. En annen forklaring på at det kan være problematisk å ta

opp enkelte temaer med venner kan skyldes det faktum at de mangler kunnskap om hva som kan være til hjelp i en vanskelig situasjon. Dette momentet drøfter også Langaard (2010) i sin avhandling. Det er videre interessant å se at heller ikke læreren oppfattes av ungdommene som en person de kan dele sine problemer med.

J.2, 1: *Læreren e ikke den første æ går te når æ har problema (...) da e det helsesøstra som e førsteprioritet i så fall.*

J.2, 3: *Det blir jo litt kleint å snakk med læreren fordi vi har foreldrekonferansa med han (...) møte med foreldra å alt sånn.*

J.2, 4: *I tillegg ser vi han kvar dag.*

J.2, 1: *Mhm (...) åsså kain det hein at læreren e meir en sånn person som du kødde og tulle med i stede for å ha nå seriøst å snakk om.*

Disse uttalelsene forteller en hel del om hvordan elevene oppfatter sine relasjoner til lærerne. Det kan vitne om at det er store forskjeller mellom hva de snakker med lærerne om og hva de snakker med helsesøster om. I og med at elevene møter læreren hver dag kan man anta at det utvikler seg en uformell tone mellom partene. Det kan underbygges av utsagnet som en av informantene kommer med om at læreren er mer en person som man kan ha en morsom og tullede tone med. På den andre siden kan en tenke seg at lærerne med sin daglige tilstedeværelse på skolen og i klasserommet med elevene vil kunne fremstå som en naturlig samtalepartner for ungdommene. Ut fra utsagnene virker det imidlertid ikke å være tilfellet. Kanskje ungdommene føler at de har et for nært forhold til læreren sin siden de ser han/ hun hver dag i en skolesetting. I tillegg har læreren et ansvar for å holde ungdommenes foreldre informert om elevene trivsel og faglige aktivitet på skolen. Det kan noen ganger føre til at skolen kontakter foreldrene angående problemer uten ungdommenes samtykke (Barnes et al., 2004). En kan anta at dette kan være en årsak til at ungdommene ikke snakker om private eller vanskelige forhold med læreren sin, og heller velger å gå til helsesøster. Samtlige av informantene uttalte at de hadde stor tilro til helsesøster fordi de viste at hun hadde taushetsplikt.

J.1, 2: *Du veit at hu har taushetsplikt, det har hu nevnt fler ganga i klasserommet.*

G.3, 3: *Du kain spør om ka som helst uten at noin andre får vit om det*

G.3, 4: *Hvis det ikke e veldig alvorlig, da må hu gå vidare med det.*

Ut fra utsagnene kan det virke som om ungdommene har et bevisst forhold til hvor grensene for taushetsplikt går. Helsesøster er pålagt ved lov å overholde sin taushetsplikt overfor elevene (Helsepersonelloven, 1999, § 21, Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-4). Det kommer også tydelig frem hos ungdommene at helsesøster tar ansvaret veldig seriøst. Samtidig er de klar over at taushetsplikten ikke gjelder alvorlige forhold som

selvmordstanker, spiseforstyrrelser av alvorlig grad, overgrep osv. Helsesøstrene i materialet til Barnes et al. (2004) beskriver at de er konsekvente når det gjelder taushetsplikten overfor elevene. Man kan anta at fordi ungdommene er så godt informert om grensene for helsesøsters taushetsplikt, så har de også større tiltro til helsesøster. De føler seg trygge på at de kan snakke om sensitive temaer.

4.4 Barrierer mot å oppsøke skolehelsetjenesten

Denne kategorien beskriver forhold som kan representere hindring mot å oppsøke skolehelsetjenesten. Ungdommenes uttalelser vil bli drøftet under følgende to underkategorier:

1) Ønske om å være anonym og 2) Synlighet og tilgjengelighet.

4.4.1 Ønske om å være anonym

Sett fra ungdommenes side er behovet for å være anonym viktig når de oppsøker skolehelsetjenesten. Det kom frem i uttalelsene til flere av informantene. Det var spesielt tanken på at andre i klassen kunne få rede på hvorfor man hadde vært hos helsesøster, som bekymret både guttene og jentene.

G.3, 2: *Nei, hvis du må gå ut av en time for eksempel å kanskje det e nåka du vil snakke med hu om som du ikke vil snakke med vennan dine om (...) så syns du det e litt ekkelt...*

G.3, 3: *Det kain vær at dæm e redd for at resten av klassen ska få vit at dem går te helsesøster.*

Int.: *Tror dere det kan bli rykter?*

G.3, 4: *Ehm (...) i vertfall kan folk tenk sæ koffor du fær dit.*

J.1, 2: *Det e sikkert mang som ikke tørr å gå til helsesøstra (...) det e et lang skritt å ta.*

Ungdommene forteller her at det kan være vanskelig å holde det skjult for andre at man har vært hos helsesøster. Selv om elevene på den ene siden er trygge på at de kan snakke med helsesøster fordi hun har taushetsplikt, så kan de på den andre siden ikke forsikre seg mot andres nysgjerrighet og spørsmål. Det kommer tydelig frem i uttalelsene fra informantene at det kan være vanskelig å forbli anonym når man må gå ut av klasserommet under en undervisningstime. En kan anta at dette kan være en årsak til at unge kan kvie seg for å benytte seg av skolehelsetjenesten. Trolig er det ikke bare frykten for å forlate klasserommet under en time som er barriere. Lokalisering av helsesøsters kontor på skolen kan også være en hindring for elevene. Kontoret til helsesøster for ungdommene i denne undersøkelsen lå plassert i skolens administrasjonsavdeling sammen med rådgiverens kontor. Dette er et område med mye trafikk, noe som kan gjøre det vanskelig for elevene å gå ubemerket til og

fra helsesøster. Barnes et al. (2004) bemerker at av hensyn til ungdommenes anonymitet, er den fysiske plasseringen veldig viktig for å oppmuntre elevene til å oppsøke tjenesten.

Videre kan bekymringer for at andre kan komme til å sette ut rykter være en medvirkende barriere mot å oppsøke helsesøster. Støtte for denne tolkningen finner jeg hos Samargia, Saewyc og Elliott (2006). Deres forskning viser at frykten for å bli stigmatisert hindrer mange ungdommer fra å oppsøke hjelp. Det ungdommene forteller kan også forstås i konteksten av sosiale og kulturelle føringer som finnes i samfunnet (Bø, 2012). Det gir seg utslag i oppfatninger ungdommene kan ha om kjønnsrollemønster. For eksempel at det er mer legitimt for jenter å kunne snakke ut om følelser. Dette er en faktor som bør tas hensyn til når tjenesten utformes.

4.4.2 Synlighet og tilgjengelighet

Betydningen av økt tilgjengelighet på relevante hjelpetilbud som skolehelsetjenesten, understrekkes i flere offentlige føringer (Sosial- og helsedirektoratet, 2004, St.meld. 16 (2002-2003), meld. St. 34 (2012-2013)). Skolehelsetjenesten er et lovpålagt tilbud, imidlertid viser undersøkelser som KOSTRA og HiAK at de fleste skolene i Norge har en mangelfull bemannet skolehelsetjeneste. Hvordan stemmer dette overens med intensjonene om at skolehelsetjenesten skal være et lavterskeltilbud? Et reelt lavterskeltilbud fordrer at tjenesten er lett tilgjengelig for ungdommer. I følge veileder til FOR- 450 kjennetegnes god tilgjengelighet ved «kort ventetid og «publikumsvennlige åpningstider»» (Sosial- og helsedirektoratet, 2004:11). Informantene fortalte at de oppfattet det som vanskelig å treffe helsesøster når de ønsket det.

J.2, 1: *Ehm, ho e her bare to daga i uka (...) kuinna vært her litt oftere på en måte, for det e ikke alltid dagan passe (...) å noin daga e bedre enn andre te folk. Så kain det vær en dag at dem virkelig treng noin å snakk med som ikke fortell det vidare.*

J.2, 2: *Det kain jo vær at hvis helsesøstra hadd vørri oftar på skolen så hadd det på en måte vært fler daga som du kuinna gått te hu på og da hadd sikkert fler benytta sæ ta helsesøstra.*

Helsesøster var tilstede på skolen to dager i uken, tirsdag og fredag (en heldag og en halvdag). Flere av elevene ga uttrykk for at de ønsket at hun var mer tilgjengelig. Vissheten om at helsesøster var der daglig ville trolig ført til at ungdommene ble mer bevisst på hennes tilgjengelighet, og av den grunn oppsøkt henne oftere. Erfaringer fra prosjektet ledet av Olaisen (2007) understøtter denne tolkningen. Utvidede åpningstider i skolehelsetjenesten førte til større kontinuitet og til at flere elever oppsøkte tjenesten. En kan tenke seg at det for

enkelte ungdommer tar tid å opparbeide seg mot til å oppsøke helsesøster. Dersom helsesøster da ikke er tilstede eller ikke har tid, kan dette bli et hinder for å oppsøke tjenesten. I følge Barnes et al. (2004) er kontinuitet i arbeidet av stor betydning for at ungdom skal benytte seg av helsesøster. Informantene i min undersøkelse la også vekt på kontinuitet som et sentralt element ved tilgjengelighet. I tillegg var de opptatt av at helsesøster bør være en synlig person i skolemiljøet.

J.2, 4: *Vi ser ikke helsesøstra så ofte, hu sitt mest på kontoret sitt, hu går ikke opp på trinnan.*

J.2, 1: *Ho kuinna vært litt mer innbydende på en måte.*

J.2, 4: *Ja.*

J.2, 1: *Ta en tur rundt på trinnan å sånt.*

J.2, 3: *Å gå litt rundt å bare vise at «hallo, her e jei».*

Det elevene her forteller vitner om et ønske om at helsesøster hadde tatt initiativ til å bli kjent med elevene ved å være tilstede i skolemiljøet. Man kan tenke seg at både helsesøster og ungdommene vil kunne hatt utbytte av dette. Helsesøster får på sin side en mulighet til å bli kjent med skolehverdagen til elevene i en naturlig setting, noe som igjen kan bidra til at elevene blir mer trygge på helsesøster. I følge Olaisen (2007) handler tilstedeværelse om å etablere en felles referanseramme til ungdommene. I tråd med denne tanken kan ungdommenes utsagn fortelle noe om behovet de har for å forsikre seg om at helsesøster er en person de kan få en god relasjon til og som de kan føle seg komfortable å snakke med. Kontinuitet er vesentlig for å etablere kontakt med elevene. Det å være tilstede i korridorene på skolen, i kantina eller komme innom klasserommene en gang i blant å småprate med elevene kan bidra til at ungdommene i større grad oppsøker skolehelsetjenesten. Samtidig kan ikke helsesøster være til stede overalt. Tiden hun har til disposisjon skal strekke til mange oppgaver. Det å prioritere riktig er ikke lett, om ikke umulig. Trolig vil det alltid være slik at noen oppgaver prioriteres mer eller mindre på bekostning av andre. Det kan mellom annet ses i sammenheng med at myndighetene gjennom lovverket pålegger helsesøstrene konkrete oppgaver, som for eksempel vaksinasjon og helseopplysning (FOR-2003-04-03 nr. 450). Denne konflikten mellom ungdommenes ønsker om økt tilstedeværelse og de offentlige kravene som stilles er ikke ukjent for elevene heller.

J.2, 1: *Men samtidig da blir det kanskje et problem for dæm som faktisk ska gå te helsesøstra akkurat da (...) åsså e hu rundt på trinnan.*

J.2, 4: *Ja, hvis det e snakk om skikkelige problema åsså e hu ikke der (...) så må du kanskje vente to daga eller mer...*

Utsagnene understreker problematikken som helsesøster kan oppleve. En problematikk som rammer elevene hardt. Erfaringer viser at elever kommer til helsesøster når de har en krise og

trenger hjelp der og da (Barnes et al. 2004). Dette understreker igjen viktigheten av kontinuitet i tilbudet. Dersom skolehelsetjenesten skal være et lett tilgjengelig tilbud, fordrer ikke det at ressursene er tilstede? Myndighetene har gjentatte ganger understreket betydningen av å styrke skolehelsetjenesten, nå sist i melding til Stortinget nr. 34 (2012-2013), Folkehelsemeldingen. Videre så har myndighetene gitt kommunene økt fleksibilitet til å bestemme hvordan de vil organisere skolehelsetjenesten (Sosial-og helsedirektoratet, 2004). Større frihet er nødvendigvis ikke et gode. Enkelte kommuner vil kanskje ikke makte å organisere tilbudet på en måte som kommer elevene til gode. En årsak til dette kan være ressursgrunnlaget. Undersøkelser som KOSTRA (Kjelsvik, 2007) og HiAK (Myklebust og Hovde, 2005) viser at helsesøsterdekningen er dårlig ved mange av landets skoler. Dette står i kontrast til myndighetenes intensjoner med tjenesten.

Tilgjengelighet i skolehelsetjenesten handler også om at elevene vet når, hvor og hvordan de kan komme i kontakt med helsesøster (Sosial- og helsedirektoratet, 2004). Gode informasjonsrutiner kan bidra til økt bevissthet om tjenesten. Dette var også et tema som opptok ungdommene. De etterspurte mer informasjon og bedre rutiner for å komme i kontakt med helsesøster.

G.4, 3: *Det kunne være kjekt med fler plakata som hang rundt omkring for æ husk ikke når hu e på skolen.*

G.4, 2: *Det kunne stått navn og nummer og når hu (helsesøtrrer) e tilgjengelig. Det hadd vært greit.*

G.4, 3: *For da hadd du mulighet te å ring helsesøstra å avtal time. Sikkert veldig greit for dem som e sjenert å sånn.*

G.4, 2: *Ja, kunne bare skreve opp telefonnummeret te helsesøstra og sendt melding hvis du ha trengt å snakk me hu. Nesten som timebestilling hos legen.*

G.4, 2: *Kanskje ikke bruke bruke sin egen telefon da, men en sånn skolen gir hu.*

Det ungdommene forteller her kan vitne om at elevene opplever at de har mottatt utilstrekkelig informasjon om skolehelsetjenesten. Flere av informantene ga uttrykk for at de viste lite om hvilke dager og tidspunkter helsesøster var tilstede på skolen. Ser man dette i sammenheng med prinsippet om brukermedvirkning, så kan informasjon om åpningstider og hvordan man kommer i kontakt med helsesøster ses som et minstekrav til informasjon. Kjellevold (2005) mener at informasjon kan ha en helt avgjørende betydning for hvorvidt ungdommene gjør seg nytte av helsetilbudet. Ser man i lovverket så fremholdes rett til informasjon om tilbudet også der (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-2). Dersom skolehelsetjenesten skal være et tilgjengelig tilbud forutsetter det at det finnes etablerte rutiner for hvordan elevene kan komme i kontakt med tjenesten. Informantene nevner informasjonsplakater som et eksempel på et tiltak som kunne gjort skolehelsetjenesten mer

tilgjengelig. Dette fremstår ikke som spesielt krevende eller kostnadmessig dyrt å få til, og burde strengt talt kanskje ikke være noe ungdommene selv må etterspørre.

Skolehelsetjenesten kan dessuten dra nytte av å bruke tekstmeldinger og e-post for å komme i kontakt med brukerne. Dette er kommunikasjonsmidler som de fleste ungdommer benytter daglig (Haugland og Grimsmo, 2004). Flere av informantene uttalte at det ville vært praktisk at helsesøster hadde hatt en egen telefon på skolen. Oppfatningen til flere av ungdommene var at bruk av tekstmeldinger kunne bidra til at flere kom i kontakt med tjenesten. Man kan anta at mange unge vegrer seg for å snakke med helsesøster fordi de er sjenerte eller redde. For å nå elevene er det viktig å bruke informasjon som et virkemiddel.

I hvilken grad skolehelsetjenesten oppfattes som tilgjengelig vil også være avhengig av at tilbudet er tilpasset målgruppens behov. Det å lykkes med å organisere tilbudet på en måte som treffer både jenter og gutter fremstår som en av hovedutfordringene skolehelsetjenesten står overfor i dag (Olaisen, 2007). Flere av ungdommene i undersøkelsen var av den oppfatning at jenter og gutter har veldig forskjellige måter å forholde seg til problemer på, og det igjen hadde betydning for hvordan de brukte skolehelsetjenesten. Det interessante å merke seg her er at jentenes uttalelser virket i større grad enn guttenes å være styrt av sosiale konstruksjoner om maskulinitet og femininitet.

J.2, 3: I forhold te gutta så kuinn det kanskje vorri noin mannlige (...) for det helsesøster, å da tenkte man bare på kvinnelige...

J.2, 1: Det e kanskje kleint for gutta å gå til helsesøster.

J.2, 4: Æ tenke at det e mest jenta som egentlig går å snakka med helsesøstra for dæm e meir vandt te å snakk da, men guttan, dem trur æ tar det meir ut i raseri og slåssing.

J.2, 2: Dæm kjem ikke med spørsmål på samme måte som oss.

J.2, 1: Nei, dæm kjem ikke med samme følelsan.

Uttalelsene fra jentene viser at det foreligger en oppfatning om at det er lettere for jenter enn gutter å motta hjelp fra helsesøster fordi de har lettere for å snakke ut om sine problemer. Guttenes mestringsmåte oppfattes av jentene som mer fysisk, noe som utsagnene også viser. Dette kan tolkes som en stereotypisk oppfatning av hvordan gutter og jenter skal oppføre seg. Studien til Langaard (2010) viser at slike kulturelle føringer har innvirkning på hvordan jenter og gutter forholder seg til problemer. Gutter forventes i større grad å være mer selvgående og håndtere utfordringer på egenhånd. Jenter på den andre siden antas å ha større «kulturell tillatelse» til å oppsøke hjelp da oppfatningen er at det er mer naturlig for dem å gå i dialog og å snakke om følelser. Når skolehelsetjenesten i tillegg hovedsakelig bemannes av kvinnelige helsesøstre kan man spørre seg om tilbudet slik det fremstår i dag kan imøtekomme guttenes

behov. Flere studier (Langaard, 2010; Olaisen, 2007) har funnet at det er vanskelig å få gutter til å oppsøke tjenesten på grunn av mangelen på menn i tjenesten. En kan anta at dette handler om behovet for å ha noen å snakke med som man kan identifisere seg med, som skjønner hvordan guttene tenker. Det fremkom også i uttalelsene fra jentene at det var behov for flere menn i skolehelsetjenesten. Det er videre interessant å se uttalelsene fra guttene i denne undersøkelsen som avdekker et annet perspektiv på saken.

G.4, 3: *Æ trur faktisk ikke det hadde vorre enklar å snakke med en mann.*

G.4, 2: *Nei, det hadd nesten vørre litt meir flaut.*

G.4, 3: *Hvis det hadd vorri en mann så mått han i vertfall vorre veldig åpen mot dæ sånn at du visst at du kuinna snakk med han, eller hadd du følt (...) at du nesten mått tøffa dæ opp mot han.*

G.4, 4: *Det e meir betryggende at det e ei dame syns no æ, for dem kain du liksom snakk med.*

Guttenes uttalelser vitner om at kjønn ikke nødvendigvis har en så stor betydning. De ser heller at det kan være problematisk å måtte forholde seg til en mann. En kan anta at dette igjen kan handle om de kulturelle oppfatningene om hvordan jenter og gutter håndterer problemer. Dersom holdningen er at man ikke snakker om følelser med andre gutter/menn, kan konsekvenser være at guttene i ennå mindre grad oppsøker skolehelsetjenesten.

Uttalelsene som kommer frem fra guttene i denne studien skiller seg således fra de funn man finner hos Langaard (2010) og Olaisen (2007). Hvis man ønsker å gjøre skolehelsetjenesten mer tilgjengelig for guttene er det viktig å få innsikt i hva de konkret ønsker å få ut av tilbudet. For flertallet av guttene i denne undersøkelsen fremstod den kunnskap og erfaring helsesøster besitter som viktigere enn at de kunne snakke med en av samme kjønn. En kan tenke seg at større fokus på kompetanseutvikling og tilføring av ressurser til tjenesten kan være en viktig satsning. Her har kommunene et sentralt ansvar. Dette kommer tydelig frem i FOR-2003-04-03 nr. 450. For at ressursene skal bli benyttet på en best mulig måte kan det være fornuftig å tilrettelegge for større brukermedvirkning. For eksempel bruk av spørreundersøkelser for å kunne kartlegge behov og ønsker ungdommene har for tjenesten. Olaisen (2007) har gjennom sitt prosjekt kartlagt hvordan bruken av skolehelsetjenesten fordeler seg mellom jenter og gutter. Funnene viser at jenter i større grad benytter seg av samtaletilbudet med helsesøster. Guttene på sin side velger i hovedsak å bruke tjenesten på drop- in- basis. Det kan tenkes at skolehelsetjenesten kan ha mye å hente på å kartlegge ungdommenes brukermønster ved tilretteleggingen av tjenesten. Samtidig er det ikke en selvfølge at dette blir prioritert, da det forutsetter at kommunene prioriterer midler til denne

typen prosjekter. Man kan da tenke seg at det blir store forskjeller mellom de ulike kommunene.

4.5 Informasjon og markedsføring på ungdommens vilkår

Informasjon er viktig av mange grunner. For å kunne nyttiggjøre seg av tilbudet som skolehelsetjenesten representerer forutsetter det at ungdommene kjenner til hva tjenesten har å tilby og hvilke rettigheter de har i tilknytting til den. Her kom informantene inn på flere forhold som de mente kunne gjøre skolehelsetjenesten mer tilpasset deres behov.

4.5.1 Markedsføring av tilbudet

Et godt informasjonsgrunnlag kan senke terskelen for å oppsøke skolehelsetjenesten. Dette fordrer at tjenesten har gjort et godt arbeid med å markedsføre sine tjenester for elevene på skolen. Markedsføring kan derfor forstås som et viktig ledd i å gjøre tilbudet tilgjengelig for brukerne. Hva markedsføring konkret innebærer vil variere ut fra hvilken setting det brukes i. I tilknytting til skolehelsetjenesten vil jeg si at markedsføring handler om å øke bevisstheten om hva tjenesten har å tilby hos elevene og skolens personale. Blant informantene i denne undersøkelsen var det delte meninger om kvaliteten på markedsføringen av skolehelsetjenesten.

J.1, 1: *Vi får vell vit ganske my om ka helsesøster kain hjelpe oss me, gjør vi itj det?*

J.1, 2: *Vi har itj fått så veldig my informasjon mene æ iallfall (...) vi fikk vit meir i åttende enn dem siste åran. Da fikk vi vite kem hu va og jobben hennes. Så vi veit jo kem hu e å sann, men æ veit itj kor my vi ska vit heller på en måte.*

G.3, 4: *Helsesøstra kjæm vel innom hvis det nåka vaksine sãm ska tas og sie koffor den ska tas.*

Ungdommene forteller at det det har blitt mindre informasjon i løpet av de to siste årene på ungdomsskolen. Da de begynte i åttende klasse var helsesøster flere ganger innom og informerte om tjenesten og sin rolle. Senere var det mest i forbindelse med vaksiner som skulle tas. Dette kan vitne om at markedsføring av tjenesten først og fremst blir prioritert i etableringsfasen, når elevene er nye på skolen. En kan anta at informasjonsbehovet er stort når elevene er nye på skolen, og det å etablere en kontakt med ungdommene tidlig er en prioritering for helsesøster. Dersom kontakten er etablert kan det tenkes at ungdommene i større grad vil benytte seg av tjenesten ved en senere anledning. Samtidig kan en stille spørsmål ved hvorfor markedsføringen av tjenesten ikke opprettholdes gjennom trinnene. Kanskje det blir tatt som en selvfølge at ungdommene selv kommer til helsesøster når de har spørsmål. Imidlertid kan man ikke ta dette for gitt. For å øke bevisstheten om tilbudet må man

anta at kontinuerlig informasjonsformidling er et viktig virkemiddel. Hvis ikke en gjør dette kan det bygge seg opp fordommer mot tjenesten. Kunnskapsformidling kan bidra til å motvirke dette. Riktignok er ikke dette en oppgave skolehelsetjenesten er alene om. Skolen har også et ansvar for å sørge for at elevene har et godt informasjonsgrunnlag. Et godt samarbeid mellom helsesøster og skolens personale er derfor viktig for kunne fremme skolehelsetjenestens arbeid. Erfaringer viser at det ikke alltid er lett for helsesøster å få støtte fra skolen til å drive informasjonsformidling. Helsesøstre opplever av den grunn markedsføring som utfordrende (Barnes et al., 2004). Erfaringene fra Olaisens (2007) prosjekt viste også at det var vanskelig for skolehelsetjenesten å få tildelt tid fra skolens side til informasjonsarbeid. Skolehelsetjenesten opplevde å måtte argumentere for å få tildelt tid og plass til informasjonsformidling i skoletiden. Et annet moment er hvilke informasjonskanaler som blir brukt til å formidle kunnskap til elevene. Flertallet av ungdommene fortalte at informasjonen hovedsakelig ble formidlet muntlig av helsesøster i klasserommet.

G.3, 3: *Hu kjæm å besøke oss i klasserommet (...) men vi har ikke sånne plakata for eksempel som vise ka hu kain hjelp oss med, hu (helsesøster) kjæm heller te oss å fortel oss hvis det e nåka.*

J.1, 2: *Når hu informere så møte hu opp i klasserommet (...) så det e vell hovedsakelig gjennom snakk sku æ te å si.*

Det ungdommene her forteller vitner om at skolehelsetjenesten er nokså begrenset i sin bruk av måter å formidle informasjon. I all hovedsak foregår det via helsesøster i klasserommet. Trolig kan denne formidlingsmåten oppfattes som litt kortsiktig av ungdommene. En kan anta at mye av informasjonen forsvinner fort. Samtidig kan man tenke seg at settingen også gjør det vanskelig for informasjon å sette seg. Videre er det nødvendigvis ikke lett å stille spørsmål til helsesøster når en befinner seg i klasserommet sammen med andre elever. Ungdommene ønsker seg også informasjonsplakater rundt om på skolen. Det kan vitne om at de ønsker mer varig og tilgjengelig informasjon om skolehelsetjenesten. Det å ha flere måter å tilegne seg informasjon på vil trolig kunne bidra til at flere elever får kjennskap til tilbudet. Bruk av informasjonsplakater og foldere var en positiv erfaring for elever og lærere i prosjektet til Olaisen (2007).

4.5.2 Informasjon tilpasset ungdommenes behov og ønsker

I henhold til FOR 2003-04-03 nr. 450 skal skolehelsetjenesten bidra til skolens helseundervisning i den grad skolen ønsker det. Samtidig fremheves det at undervisningen skal tilpasses elevenes ønsker og behov. Det fordrer at både skolen og skolehelsetjenesten er lydhør for elevenes innspill når det kommer til planlegging av undervisning og

kunnskapsformidling. Informantene i min undersøkelse hadde flere synspunkter om hvordan informasjonen kunne bli bedre tilpasset. Følgende sitater mener jeg illustrerer dette godt.

G.4, 3: *Hu kuinna kanskje undervist litt meir iblant (...) ailt frå prevensjon te andre problema ungdom kain ha. Å kanskje undervist meir en en gang, da kain det fort dette ut. Åsså hadd du kanskje følt at du viste litt meir om ka du kuinna snakk om te hu, i stede for å kom te helsesøstra uten å vite om hu kuinna svar på dem spørsmålan du har.*

J.2, 4: *Hu gir oss bra informasjon, men det e alltid noka vi treng mer informasjon om (...) det e jo mange problema som jintan treng hjelp til, spising for eksempel, folk spise så lite. Så mer informasjon om det hadde vært bra. Hu kuinna gitt litt meir informasjon om det vi ikke veit mene æ.*

J.2, 2: *Ja, for det e mye vi allerede veit.*

Ungdommene uttrykker at helsesøster kunne deltatt aktivt med mer undervisning. Et problem er manglende kontinuitet knyttet til helseundervisningen. Det å få repetert informasjon knyttet til helserelaterte temaer er viktig for at det skal feste seg hos elevene. En kan anta at dersom helsesøster har undervisningstimer om for eksempel seksualitet en sjelden gang, så er det trolig at utbyttet for elevenes del hadde blitt lite. Det kan oppleves som en rask gjennomgang av «pensum», heller enn at budskapet fører til refleksjon og nytteverdi for ungdommene. Det kom også frem at ungdommene ønsket mer informasjon som var relevant for dem. Hva informantene konkret mener med relevant informasjon vil selvfølgelig være subjektivt. Det kan for eksempel handle om spisevansker og andre psykiske plager, subjektive helseplager som ryggmerter, magesmerter og irritabilitet (Haugland, 2004). Samt mange andre problemer som gjør seg gjeldende i ungdomstiden. Her kan man tenke seg at skolehelsetjenesten har mye å hente på å involvere brukerne, altså ungdommene, mer aktivt i utformingen av undervisningen. Fokuset på brukermedvirkning gjenspeiles også i lovverk og offentlige dokumenter (Pasient og brukerrettighetsloven, 1999; Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011; «Helsestasjon for barn og unge 0-20 år - et kraftsenter for helse og oppvekst», 1999).

Ungdommens ønsker om økt undervisning fra helsesøster må også ses i sammenheng med skolens øvrige pedagogiske arbeid. Slik FOR 2003-04-03 nr. 450 legger opp til, er det skolen som legger føringer for hvor mye tid helsesøster skal få til disposisjon. Her kan det oppstå en interessekonflikt mellom skolen og skolehelsetjenesten i forhold til hvor mye tid som skal vies til helsefremmende informasjon og undervisning.

5. SAMMENFATTENDE DRØFTING

Denne studien har en eksplorativ og beskrivende karakter, hvor hensikten har vært å få innsikt i hvilke forventninger og ønsker ungdommer har til skolehelsetjenesten og helsesøsters rolle. Undersøkelsen har vært avgrenset til en ungdomsskole i Trøndelag, og informantene har vært et utvalg av jenter og gutter på tiende trinn på denne skolen. I dette kapittelet ønsker jeg å belyse hovedfunnene opp mot problemstillingen og trekke noen generelle slutninger.

Gjennom kapittel 4 har jeg forsøkt å få frem ungdommenes egne synspunkter og holdning på hva som for dem representerer en brukerorientert skolehelsetjeneste. Dette har jeg valgt å drøfte opp mot offentlige føringer, lovverk og teori om brukermedvirkning. Dette har jeg gjort for å se om det finnes belegg for å si at det er et språk mellom intensjonen som ligger bak skolehelsetjenesten og hvordan tjenesten oppleves av elevene. Funnene viser at ungdommene er opptatt av de organisatoriske siden ved tjenesten. Det er interessant at informantene viet så mye oppmerksomhet på disse aspektene, fremfor et fokus på de mer helserelaterte aspektene som gjør seg gjeldene i ungdomstiden. På den andre siden kan dette være et uttrykk for at elevene opplever at tjenesten ikke tilfredstiller deres behov og ønsker. Hvis dette er tilfellet, så står det i kontrast til intensjonen om at skolehelsetjenesten skal være et lavterskeltilbud med god tilgjengelighet (Sosial- og helsedirektoratet, 2004). Dette finner jeg også støtte for i utsagnene til informantene. Flertallet gir uttrykk for at det er vanskelig å få den tiden de trenger hos helsesøster da hun kun er tilstede en og en halv dag i uken. En konsekvens av dette kan bli at ungdommene ikke lenger ser på tjenesten som et sted de kan komme for hjelp og råd.

Mitt inntrykk er at flere av de faktorene som informantene legger vekt på i det store og det hele handler om tilgjengelighet. Ungdommene ga uttrykk for at det kunne være vanskelig å etablere tillit til tjenesten og helsesøsters rolle ettersom hun var lite synlig i skolehverdagen. En kan anta at synlighet handler om bli trygg på personen og etablere en felles forståelse. Trolig vil etablering av en felles forståelsesramme mellom ungdommene og helsesøster kunne føre til at terskelen for å oppsøke tjenesten blir mindre. En annen faktor som ungdommene stadig kom tilbake til var behovet for kontinuitet i skolehelsetjenesten. Det kan ses både i forhold til hvor ofte tjenesten er bemannet, informasjonsformidling og undervisning. Dilemmaet her er at helsesøster har mange lovpålagte oppgaver som tar opp mye av tiden. Ungdommene poengterte her at de ser helsesøster mest i forbindelse med de «tradisjonelle» oppgavene, slik som vaksinerings. Elevene savner mer undervisning og informasjon om emner som har relevans for ungdommene. Hva som er relevant er ikke lett å definere, men en kan

tenke seg at skolehelsetjenesten kunne hatt nytte av ungdommenes medvirkning, som for eksempel ved bruk av spørreundersøkelser. Skal man forstå lovverket riktig, så skal brukernes medvirkning prioriteres i utformingen av tilbudet (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Burde dette ikke da gjenspeiles i skolehelsetjenesten? Samtidig blir det tydelig at alle disse faktorene som blir fremhevet av informantene her fordrer at det er tilstrekkelig ressurser tilgjengelig. Per dags dato er skolehelsetjenesten mangelfullt utbygd i mange av landets kommuner, og det er lite som tyder på at situasjonen vil endre seg (Myklebust og Hovde, 2005). Selv om mye av ansvaret hviler på kommunene når det kommer til prioriteringer av ressurser og bemanning, så vil jeg påstå at man bør utnytte de ressursene som allerede eksisterer. Her tenker jeg spesifikt på skolens ansvar overfor elevene. Opplæringsloven, § 9a sier tydelig at skolen må ta ansvar for elevenes fysiske og psykososiale miljø (Sosial- og helsedirektoratet, 2004). Slik jeg ser det er dette et forankringspunkt for samarbeider mellom skolehelsetjenesten og skolen som i større grad bør utnyttes. Her ligger det gode muligheter for samarbeid og ansvarsdeling. Dette for å sikre en best mulig oppfølging av elevene. Dette tatt i betraktning, er det underlig at det ikke er større samarbeid mellom partene. En kan anta at det manglende samarbeidet blant annet skyldes at det pedagogiske arbeidet i skolen har prioritet over helsesøsters arbeid på skolen. Dette er ikke en heldig tankegang. Erfaring fra Olaisens (2007) prosjekt underbygger viktigheten av gode samarbeidsrutiner mellom skolen og skolehelsetjenesten. Når det kommer til stykket, har man et felles mål om å ivareta elevenes helse.

Mitt mål med denne studien har vært å løfte frem ungdommenes egne synspunkter på hva som kjennetegner en brukerorientert skolehelsetjeneste. Problemstillingen var *hvilke oppfatninger, ønsker og forventninger har ungdomsskoleelever til skolehelsetjenesten og helsesøsters rolle?* Jeg mener at informantene har gitt meg tilgang til mange interessante og viktige innspill som gjenspeiler det problemstillingen etterspør. Når det er sagt, kan en rette et kritisk blikk på den tilstanden som råder i dagens skolehelsetjeneste med tanke på ressurs- og bemanningsmangel. Det faktum at både helsesøstre og elever opplever skolehelsetjenesten som mangelfull og lite tilgjengelig burde allerede ha ført til en forbedring. Man kan derfor stille spørsmål ved om skolehelsetjenesten er til på ungdommens premisser. Hvis ikke det ungdommene forteller skal være av betydning og resultere i handling, hvor skal en da hente kunnskap og innsikt til å forbedre tilbudet? I følge barneombud Anne Lindboe er det lite trolig at man vil se en endring på forholdene før politikerne involverer seg og gir kommunene de midlene de trenger for å sikre et reelt lavterskeltilbud (Dolonen, 2013).

LITTERATUR

- Barnes, M., Courtney, M. D., Pratt, J. og Walsh, A. M. (2004). School- Based Youth Health Nurses: Roles, Responsibilities, Challenges and Rewards. *Public Health Nursing*, 21 (4), 316-322.
- Bø, I. (2012). *Barnet og de andre: Nettverk som pedagogisk og sosial ressurs*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Costante, C. C. (2001). School Health Nursing: Framework of the future, Part 1. *The Journal of School Nursing*, 17 (1), 3-11.
- Dolonen, A. K. (2013). *5 1/2 minutt per elev*. [Intervju med Kari Engdal]. (2013, 7. februar). Hentet 2. april 2013 fra <http://www.sykepleien.no/>
- Dolonen, A. K. (2013). *Mer enn en stikkedame*. [Intervju med Anne Lindboe]. (2013, 7. februar). Hentet 2. april 2013 fra <http://www.sykepleien.no/>
- Fejes, A. og Thornberg, R. (2009). Kvalitet och generaliserbarhet i kvalitativa studier. I A. Fejes og R. Thornberg (red.). *Håndbok i kvalitativ analys* (s. 216-233). Stockholm: Liber.
- Gibbs, A. (1997). Focus Groups. *Social Research Update*, (19), 1-7.
- Gustavsson, B. (2004). Hans- Georg Gadamer: Att som i leken förstå. I K. Steinsholt og L. Løvlie (red.) (2004). *Pedagogikkens mange ansikter: Pedagogikkens idehistorie fra antikken til det postmoderne* (s. 497-510). Oslo: Universitetsforlaget.
- Halkier, B. (2010). *Fokusgrupper*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Haugland, S. (2004). Subjektive helseplager. I S. Haugland og N. Misvær (red.). *Håndbok for skolehelsetjenesten: 1-10. klasse* (s. 337-341). Oslo: Kommuneforlaget.
- Haugland, S. og Grimsmo, A. (2004). Skolehelsetjenesten i et samfunnsperspektiv. I S. Haugland og N. Misvær (red.) (2004). *Håndbok for skolehelsetjenesten: 1-10. klasse* (s. 23-37). Oslo: Kommuneforlaget.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2003). *Forskrift om kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten*. (2003). Hentet 26. april 2013 fra <http://www.lovdata.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-20030403-0450.html>

- Helsedirektoratet (2010). *Utviklingsstrategi for helsestasjons-og skolehelsetjenesten*. Rapport IS-1798. Hentet 15. mars 2013 fra <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/utviklingsstrategi-for-helsestasjons--og-skolehelsetjenesten/Publikasjoner/Utviklingsstrategi-for-helsestasjons-og-skolehelsetjenesten.pdf>
- Helsedirektoratet (2012). *Helsetilbud til ungdom og unge voksne*. Rapport IS-2044. Hentet 29. mai 2013 fra <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/helsetilbud-til-ungdom-og-unge-voksne/Publikasjoner/IS-2044%20Helsetilbud%20ungdom%20og%20unge%20voksne.pdf>
- Helse- og omsorgstjenesteloven (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester* (Helse- og omsorgstjenesteloven). Hentet 20. mars 2013 fra <http://www.lovdatab.no/all/hl-20110624-030.html#map0>
- Helsepersonelloven (1999). *Lov om helsepersonell* (helsepersonelloven). Hentet 26. april 2013 fra <http://www.lovdatab.no/all/hl-19990702-064.html>
- Johansson, A. og Ehnfors, M. (2006). Mental health- promoting dialogue of school nurses from the perspective of adolescent pupils. *Vård i Norden*, 26 (4), 10-13+19.
- Kitzinger, J. (1995). Qualitative Research: Introducing focus groups. *British Medical Journal*, 311 (299), 1-17.
- Kjellevoll, A. (2005). Hensynet til brukeren- idealet om brukerorientering i helse- og sosialtjenesten. I E. Willumsen (red.), *Brukernes medvirkning: Kvalitet og legitimitet i velferdstjenestene* (s. 49-71). Oslo: Universitetsforlaget.
- Kjelsvik, J. (2007). *Notater: Helsestasjons-og skolehelsetjenesten i kommunene*. Statistisk sentralbyrå. Hentet 4. april 2013 fra http://www.ssb.no/a/publikasjoner/pdf/notat_200732/notat_200732.pdf
- Knodel, J. (1993). The Design and Analysis of Focus Group Studies: A Practical Approach. I D. L. Morgan (red.), *Successful Focus Groups: Advancing the state of the Art* (s. 35-50). Newbury Park: Sage Publications, Inc.

- Krueger, R. (1993). Quality Control in Focus Group Research. I D. L. Morgan (red.). *Successful Focus Groups: Advancing the state of the Art* (s. 65-85). Newbury Park: Sage Publications, Inc.
- Krueger, R. A. og Casey, M. A. (2000). *Focus Groups: A Practical Guide for Applied Research*. Thousand Oaks: Sage Publications, Inc.
- Krueger, R. (1998c). *Developing Questions for Focus Groups. Focus Group Kit 3*. Thousand Oaks: Sage Publications, Inc.
- Kunnskapssenteret (2010). *Effekter av skolehelsetjenesten på barn og unges helse- og oppvekstvilkår*. Rapport 2010:15. Hentet 22. februar 2013 fra <http://www.kunnskapssenteret.no/Publikasjoner/Effekter+av+skolehelsetjenesten+p%C3%A5+barn+og+unges+helse+og+oppvekstvilk%C3%A5r.9777.cms>
- Kvale, S. (1997). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Kvale, S. og Brinkmann, S. (2009). *Interview: Introduktion til et håndværk*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Kvalem, I. L. og Wichstrøm, L. (red.). (2007). *Ung i Norge: Psykososiale utfordringer*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.
- Landstad, T. (2013). *Helsesøstrene er altfor lite til stede på skolene*. [Intervju med Sandra Tønne]. (2013, 24. februar). Hentet 25. februar 2013 fra <http://www.an.no/>
- Langaard, K. (2010). *Et utviklingsperspektiv som ramme for samtaler med ungdom i skolehelsetjenesten: Aktivitet, intensjonalitet og tilpasset utviklingsstøtte* (Doktoravhandling, Universitetet i Oslo) Oslo: Unipub.
- Mathiesen K. S., Kjeldesen, A., Skipstein, A., Karevold, E., Torgersen, L. og Helgeland, H. (2007). *Trivsel og oppvekst- barndom og ungdomstid*. Folkehelseinstituttet. Rapport 2007:5.
- Meland, E. (2004). Veiledning, dialog og konfliktløsning. I S. Haugland og N. Misvær (red.). *Håndbok for skolehelsetjenesten: 1-10. klasse* (s. 147-157). Oslo: Kommuneforlaget.

- Meld. St. nr. 34 (2012-2013). *Folkehelsemeldingen*. Hentet 30. april 2013 fra:
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2012-2013/meld-st-34-20122013/5.html?id=723884>
- Morgan, D. L. og Krueger, R. A. (1993). When to Use Focus Groups and Why. I D. L. Morgan (red.). *Successful Focus Groups: Advancing the State of the Art* (s. 3-19). Newbury Park: Sage Publications, Inc.
- Morgan, D. L. (1996). Focus Groups. *Annual Review of Sociology*, (22), 129-152.
- Morgan, D. L. (1997). *Focus Groups as Qualitative Research*. Thousand Oaks: Sage Publications, Inc.
- Morgan, D. L. (1998a). *The Focus Groupguidebook: Focus Group Kit 1*. Thousand Oaks: Sage Publications, Inc.
- Morgan, D. L. (1998b). *Planning Focus Groups. Focus Group Kit 2*. Thousand Oaks: Sage Publications, Inc.
- Myklebust, S. og Hovde, S. (2005). *Kartlegging av helsesøstersituasjonen i Norge*, Småskrift nr. 4/2005, Høgskolen i Akershus.
- Mæland, J. G. (2005). *Forebyggende helsearbeid i teori og praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.
- NESH (2006). *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi*. Oslo: De forskningsetiske komiteer. Hentet 10. mars 2013 fra
<https://www.etikkom.no/Documents/Publikasjoner-som-PDF/Forskningsetiske%20retningslinjer%20for%20samfunnsvitenskap,%20humaniora,%20juss%20og%20teologi%20%282006%29.pdf>
- Nordahl, T., Sørli, M. A., Manger, T. og Tveit, A. (2005). *Atferdsproblemer blant barn og unge: Teoretiske og praktiske tilnærminger*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke.
- Olaisen, K. (2007). *Ungdom og utviklingsfremmende samtaler*. Oslo: Nic Waals Institutt, Lovisenberg Diakonale Sykehus.

- Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Hentet 13. mai 2013 fra <http://www.lovdatab.no/all/hl-19990702-063.html>
- Ringdal, K. (2007). *Enhet og mangfold: Samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke.
- Samargia, L. A., Saewyc, E. M. og Elliott, B. A. (2006). Foregone Mental Health Care and Self-Reported Access Barriers Among Adolescents. *The Journal of School Nursing*, 22 (1), 17-24.
- Samdal, O., Leversen, I., Torsheim, T., Manger, M. S., Brunborg, G. S. og Wold, B. (2009). *Trender i helse og livsstil blant barn og unge 1985-2005: Norske resultater fra studien «Helsevaner blant skoleelever. En WHO-undersøkelse i flere land»*. HEMIL-rapport 3, 2009:3.
- Sosial- og helsedepartementet (1999). *Helsestasjon for barn og unge 0-20 år- et kraftsenter for helse og oppvekst*. 1-47/99. Oslo.
- Sosial- og helsedirektoratet (2004). *Kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten*. Veileder til forskrift av 3. april 2003 nr. 450, IS-1154. Hentet 15. januar 2013 fra http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00002/IS-1154_2619a.pdf
- St.meld. nr. 16 (2002-2003). *Resept for et sunnere Norge*. Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet 26. april 2013 fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/20022003/stmeld-nr-16-2002-2003-.html?id=196640>
- Sykepleierforbundet. (udatert). *Spesialistgodkjenning av helsesøstre*. Hentet 20. april 2013 fra <https://www.sykepleierforbundet.no/Content/696919/Helses%F8sters%20kompetanse,%20fullversjon.pdf>
- Tetzchner, S. V. (2001). *Utviklingspsykologi: Barne- og ungdomsalderen*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Thagaard, T. (2009). *Systematikk og innlevelse: En innføring i kvalitativ metode*. Oslo: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke.
- Tjora, A. (2010). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Whitehead, D. (2006). The health-promoting school: what role for nursing? *Journal of Clinical Nursing* (15), 264-271.

Wibeck, V. (2000). *Fokusgrupper: Om fokuserade gruppeintervjuer som undersökningsmetod*. Lund: Studentlitteratur.

Økland, T. og Glavin, K. (2005). *På ungdoms premisser: Helsestasjon for ungdom*. Oslo: Akribe.

Vedlegg 1: Tilbakemelding fra NSD

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 25
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Per Egil Mjaavatn
Pedagogisk institutt
NTNU
7491 TRONDHEIM

Vår dato: 31.01.2013

Vår ref:32789 / 3 / KH

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 16.01.2013. Meldingen gjelder prosjektet:

32789	<i>Elevens forventninger til skolehelsetjenesten</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>NTNU, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Per Egil Mjaavatn</i>
<i>Student</i>	<i>Linn Annette Berg Hansen</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, eventuelle 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, 01.07.2013, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Vigdís Namtvedt Kvalheim
Knut Kvalheim

Kjersti Håvardstun tlf: 55 58 29 53

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Linn Annette Berg Hansen, Arne Bergsgårds veg 10, 7033 TRONDHEIM

Kjersti Håvardstun
Kjersti Håvardstun

Avdelingskontorer / District Offices:

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

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 32789

Personvernombudet forutsetter at det er skolen som oppretter førstegangskontakt med utvalget og at skolen formidler informasjons-/forespørselsskrivet på vegne av studenten. Vi finner informasjonsskrivet tilfredsstillende utformet.

Det innhentes skriftlig samtykke fra foresatte for elevenes deltakelse.

Personvernombudet legger til grunn at data ikke skal kobles til andre datakilder på individnivå.

Prosjektet skal avsluttes 01.07.2013 og innsamlede opplysninger skal da anonymiseres og lydopptak slettes. Anonymisering innebærer at direkte personidentifiserende opplysninger som navn/koblingsnøkkel slettes, og at indirekte personidentifiserende opplysninger (sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. yrke, alder, kjønn) fjernes eller grovkategoriseres slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes i materialet.

Vedlegg 2: Intervjuguide

Hvilke synspunkter har ungdom på skolehelsetjenesten og helsesøsters rolle

Informasjon (før lydopptak)

- Kort presentasjon av moderator (navn, utdanning)

Velkommen til fokusgruppeintervju. Jeg heter Linn og studerer spesialpedagogikk. Nå er jeg i gang med å skrive masteroppgave om skolehelsetjenestens betydning for

ungdomsskoleelever. Først, er det noen som har vært med på fokusgrupper tidligere?

Fokusgrupper er en form for gruppediskusjon rundt et tema bestemt av forskeren. Forskeren inntar rollen som moderator. Det vil si at jeg har ansvar for å holde diskusjonen i gang og sørge for at alle får mulighet til å snakke. Når det er sagt, vil jeg påpeke at ingen skal føle seg tvunget til å ta ordet.

- Gjøre rede for formålet med intervjuet.
- Informere om etiske hensyn knyttet til intervjuet (personvern, bruk av lydopptak).
- Presentasjonsrunde av deltakerne.

Introduksjonsspørsmål

- Hvilke tanker får dere når dere hører ordet skolehelsetjeneste?
- Hvilke oppgaver forbinder dere med helsesøsters arbeid?
- På hvilke områder tror dere skolehelsetjenesten er til for dere?

Overgangsspørsmål

- Hvordan vurderer dere informasjonen som blir gitt om skolehelsetjenesten?
- På hvilken måte blir informasjonen gitt?

Nøkkelspørsmål

- Hvordan vil dere vurdere behovet for å ha en helsesøster å snakke med?

Etablere kontakt, relasjonsbygging

- Hvordan ville du like å bli møtt av helsesøster
- Hvilke forventninger har du til helsesøster?

- Hva skal til for at flere benytter seg av skolehelsetjenesten tenker dere?
- Hvorfor tror dere noen velger å gå til helsesøster fremfor å snakke med foreldre, venner eller lærer?

Barrierer mot å oppsøke hjelp

- Hva tenker dere kan være hindringer mot å oppsøke skolehelsetjenesten?
(Kan det oppleves som flaut å gå til helsesøster? Tror dere det er vanlig å snakke med andre om å gå til helsesøster?)

Avslutningsspørsmål

- Er det noe mer dere vil tilføye diskusjonen? Noe vi burde tatt opp?

Oppsummeringsspørsmål

- Kort oppsummering av det vi har diskutert og tilbakemelding fra deltakerne.

Vedlegg 3: Intervjuforespørsel

Forespørsel om å delta i fokusgruppeintervju i forbindelse med masteroppgave

Jeg er masterstudent i spesialpedagogikk ved NTNU i Trondheim og skal til med den avsluttende masteroppgaven. Temaet er ungdommer og forventninger til skolehelsetjenesten, og jeg skal undersøke hvilke ønsker, holdninger og forventninger elever på 10.trinn har til dette tilbudet.

I den forbindelse ønsker jeg å gjøre fokusgruppeintervjuer med 16-20 elever fordelt på 4 grupper. To grupper med jenter og to med gutter. Spørsmålene vil omhandle informasjon om skolehelsetjenestens tilbud, forventninger i møte med helsesøster, hvordan man ønsker å bli møtt, hvilke type problemer elevene tenker de kan komme med til helsesøster og barrierer mot å oppsøke tjenesten. I tillegg ønsker jeg å se på forskjeller mellom jenter og gutter i måten de snakker om skolehelsetjenesten på. Jeg vil bruke lydopptaker og ta notater under intervjuet. Intervjutiden er satt til ca. en time. Tid og sted vil bli bestemt i samråd med elevene og lærer.

Jeg vil minne om at deltakelse i prosjektet er frivillig og du kan trekke deg når som helst i prosessen uten nærmere begrunnelse. Alle opplysninger vil bli behandlet konfidensielt, og ingen enkeltpersoner vil kunne identifiseres i den ferdige oppgaven. Opplysningene anonymiseres og lydopptakene vil bli slettet når oppgaven er ferdig (innen 01.07.2013).

Dersom du kan tenke deg å delta på fokusgruppeintervjuet, så er det viktig at du får underskrift fra foreldre/foresatte på samtykkeerklæringen og leverer den til kontaktlærer innen 2 dager.

Prosjektet er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD).

Er det noen spørsmål kan du sende meg en e-post til lahansen@stud.ntnu.no eller kontakte meg på tlf 99478665

Med vennlig hilsen

Linn Annette Berg Hansen

Samtykkeerklæring fra foreldre/foresatte

Jeg/vi har mottatt skriftlig informasjon om godkjenner deltakelse i prosjektet.

Sted og dato.....

Signatur (foreldre/foresatte).....