

Merete Nypan

## **TA OSS PÅ ALVOR**

Teoretisk og empirisk studie av helsesøsters  
helsefremmende arbeid i skole

Masteroppgave i Helsevitenskap  
Trondheim, mai 2015

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet  
Fakultet for samfunnsvitenskap og teknologiledelse  
Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap



**NTNU – Trondheim**  
Norwegian University of  
Science and Technology



## Forord

Masteroppgaven i helsevitenskap ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU) er relatert til forskningsprosjektet ”*Health Promotion - worthwhile?*” ved Senter for helsefremmende forskning. Mitt håp er at masteroppgaven kan være av verdi for prosjektet med det som fremkommer av potensielle muligheter og potensielle utfordringer knyttet til det helsefremmende arbeid i skolehelsetjenesten.

Jeg vil takke veileder Geir Espnes for ide og tilrettelegging av tema. Jeg vil også takke engasjerte ansatte ved Senter for helsefremmende forskning som ble nyttige støttespillere underveis. Takk til medstudentene Wenche Similä og Kristin Espeland som bidro til en positiv erfaring med fokusgruppeintervjuet og takk til gode helsesøsterkollegaer i Tromsø for faglige innspill i innspurten. Sist men ikke minst vil jeg takke helsesøstrene som i en travel hverdag stilte til intervju. Deres bidrag har vært uvurderlig!

Tromsø, mai, 2015

Merete Nypan



## Hovedintroduksjon

Masteroppgaven vil bli presentert i artikkelform.

Første artikkel er en teoriartikkel som ser på det lovmessige og teoretiske rammeverket som styrer skolehelsetjenestens helsefremmende arbeid knyttet til psykisk helse. Det har i denne artikkelen vært ønskelig å se på grunnlaget for det helsefremmende arbeidet i skolehelsetjenesten og på hvilken arena tjenesten skal utøve sitt helsefremmende arbeid. Som det fremkommer i artikkelen har helsesøstertjenesten over år gjennomgått endringer. Dette gjenspeiles i nye lover og retningslinjer, og i artikkelen vil styringsdokumentene som regulerer skolehelsetjenestens helsefremmende fokus, samt tjenestens kunnskaps- og teorigrunnlag, bli presentert og diskutert.

Den andre artikkelen baserer seg på data fra eget kvalitativt studie i form av fokusgruppeintervju med helsesøstre fra ungdomsskole og videregående skole. Deres oppfatninger og erfaringer rundt ungdom og psykisk helse, skolehelsetjenesten og helsefremmende arbeid er tema. Det er ønskelig å få en forståelse for hvordan de jobber helsefremmende i skole og om det er faktorer som fremmer eller hemmer dette arbeidet.

Skolehelsetjenesten er et lovpålagt kommunalt helsetjenestetilbud til barn og unge på skoler i Norge. Endring i helsetilstand i barne- og ungdomspopulasjonen gjør at tjenestetilbudet blir gjenstand for oppmerksomhet og behov for nye fokus tvinger seg frem. anbefalinger fra myndigheter i form av lover, forskrifter og handlingsplaner styrer virksomhetens innsats, noe utdanningen for helsesøstre også vil påvirkes av. Ressursbehov og tilgjengelighet tematiseres. Det er en utfordring for tjenesten at ekstraoverføringer fra staten ikke har vært øremerket, med det resultat at styrking av tjenesten ikke innfris og resultatet blir et mangelfullt tjenestetilbud til barn og unge. I oppgaven vil jeg se på grunnlaget for tjenestens praksis og det helsefremmende arbeid knyttet til ungdom og psykisk helse, og på hva som kan påvirke tjenestetilbudet.



# Innholdsfortegnelse

HOVEDINTRODUKSJON .....	IV
<b>ARTIKKEL 1: IMPLEMENTERING AV HELSEFREMMEDE ARBEID I SKOLEHELSETJENESTEN</b> .....	<b>VIII</b>
<b>SAMMENDRAG</b> .....	<b>X</b>
<b>SUMMARY</b> .....	
<b>1.0 INTRODUKSJON</b> .....	<b>1</b>
<b>2.0 GRUNNLAGET FOR HELSEFREMMEDE ARBEID</b> .....	<b>3</b>
<b>2.1 HELSEFREMMEDE ARBEID OG DET TEORETISKE PERSPEKTIV</b> .....	<b>3</b>
<i>2.1.1 Teorigrunnlag for styringsdokumenter og utdanning</i> .....	<i>6</i>
<b>2.2 DE OVERGRIPENDE STYRINGSOKUMENTER OG POLITISKE FØRINGER</b> .....	<b>7</b>
<b>2.3 HELSESØSTERTJENESTEN</b> .....	<b>7</b>
<b>3.0 SKOLEHELSETJENESTEN</b> .....	<b>9</b>
<b>3.1 RETNINGSLINJER FOR HELSESØSTERS HELSEFREMMEDE ARBEID I SKOLEN</b> .....	<b>9</b>
<i>3.1.1 Retningslinjer knyttet til psykisk helse</i> .....	<i>11</i>
<b>3.2 HELSESØSTERS KOMPETANSEGRUNNLAG</b> .....	<b>11</b>
<b>3.3 HELSEFREMMEDE SKOLER</b> .....	<b>13</b>
<b>4.0 UTFORDRINGER OG MULIGHETER KNYTTET TIL HELSEFREMMEDE ARBEID I SKOLEHELSETJENESTEN</b> .....	<b>15</b>
<b>4.1 NORGE OG HELSEFREMMEDE</b> .....	<b>15</b>
<b>4.2 SKOLEN SOM ARENA FOR SKOLEHELSETJENESTE OG DET HELSEFREMMEDE ARBEID</b> .....	<b>15</b>
<i>4.2.1 Utfordringer knyttet til målgrupper</i> .....	<i>17</i>
<b>4.3 PROFESJONSNØYTRALITET OG HELSESØSTERS USYNLIGHET I DET HELSEFREMMEDE ARBEID</b> .....	<b>18</b>
<b>4.4 IMPLEMENTERING AV HELSEFREMMEDE ARBEID I SKOLE</b> .....	<b>20</b>
<b>4.5 SKOLEHELSETJENESTEN – EN PRAKSIS UTEN TEORI?</b> .....	<b>23</b>
<b>4.6 KUNNSKAPSUTVIKLING</b> .....	<b>24</b>
<b>5.0 BEHOV FOR NYE RETNINGER FOR SKOLEHELSETJENESTEN</b> .....	<b>27</b>
<b>6.0 KONKLUSJON</b> .....	<b>31</b>
<b>REFERANSELISTE</b> .....	<b>33</b>
<b>ARTIKKEL 2: HELSEFREMMEDE ARBEID I SKOLEHELSETJENESTEN</b> .....	<b>43</b>
<b>SAMMENDRAG</b> .....	<b>45</b>
<b>SUMMARY</b> .....	<b>46</b>
<b>1.0 INTRODUKSJON</b> .....	<b>49</b>
<b>1.1 BAKGRUNN FOR PROSJEKTET</b> .....	<b>49</b>
<i>1.1.1 Forskningsbehov</i> .....	<i>49</i>
<b>1.2 PROSJEKTETS HENSİKT OG PROBLEMFORMULERING</b> .....	<b>50</b>
<b>1.3 UNGDOMS PSYKISKE HELSE</b> .....	<b>50</b>
<b>1.4 SKOLEHELSETJENESTEN</b> .....	<b>51</b>
<b>1.5 HELSEFREMMEDE ARBEID</b> .....	<b>51</b>
<b>1.6 TEORETISK GRUNNLAG</b> .....	<b>52</b>
<b>2.0 METODISK TILNÆRMING</b> .....	<b>55</b>
<b>2.1 TEORETISK REFERANSERAMME</b> .....	<b>55</b>
<b>2.2 FOKUSGRUPPEINTERVJU SOM METODE</b> .....	<b>55</b>
<i>2.2.1 Gjennomføring</i> .....	<i>56</i>
<i>2.2.2 Analyse</i> .....	<i>57</i>

2.2.3 Etiske overveielser.....	58
<b>3.0 RESULTATER.....</b>	<b>59</b>
<b>3.1 UNGDOM HAR DET BRA.....</b>	<b>59</b>
3.1.1 Samfunnsutvikling.....	60
3.1.2 Foreldrene er viktige.....	61
<b>3.2 HELSEFREMMEDE TANKEGANG.....</b>	<b>62</b>
3.2.1 Helsesøster på skolen.....	64
3.2.2 Helsesøsters rolle.....	65
<b>4.0 DISKUSJON.....</b>	<b>67</b>
<b>4.1 METODEDISKUSJON.....</b>	<b>67</b>
<b>4.2 RESULTATDISKUSJON.....</b>	<b>68</b>
4.2.1 Helsesøsters oppfatning av helsefremmende arbeid.....	69
4.2.2 Skolehelsetjenestens forankring.....	77
<b>5.0 KONKLUSJON.....</b>	<b>81</b>
<b>REFERANSELISTE.....</b>	<b>83</b>

Vedlegg 1: Informasjonsskriv til enhetsledere

Vedlegg 2: Informasjons- og samtykkeskjema til informanter

Vedlegg 3: Intervjuguide

Vedlegg 4: Vedtak fra NSD



# **ARTIKKEL 1: IMPLEMENTERING AV HELSEFREMMEDE ARBEID I SKOLEHELSETJENESTEN**



## Sammendrag

Mål: Det er ønskelig å se på hva som gir retning til skolehelsetjenesten og det helsefremmende arbeid knyttet ungdom og psykisk helse og hvilke rammebetingelser skolehelsetjenesten jobber under. Fordi et helsefremmende fokus er anbefalt som viktig tilnærming fra sentrale myndigheter og utdanning, vil dette bli vektlagt i studien.

Metode: Et utvalg relevante studier, politiske dokumenter og teoretiske perspektiver brukes til å belyse problemformulering knyttet til skolehelsetjeneste og helsefremmende arbeid.

Resultat: Det fremkommer at helsefremmende arbeid mangler et solid og entydig teoretisk fundament. Resultatet blir et budskap med uklart meningsinnhold og uklar retning for skolehelsetjenesten. Myndighetene presenterer ønskemål for tjenesten via lovhjemler og policydokumenter, samtidig kan det synes som at skolehelsetjenesten ikke har klare mål å jobbe etter og at de mangler verktøykassen med tiltak til å ta i bruk når de skal jobbe helsefremmende. Rammeplanen for helsesøsterutdanningen gir rammer uten klare mål og det vises til misforhold mellom myndighetenes krav og hva rammeplan faktisk leverer. Skolen som arena for helsefremmende arbeid fremstår som både en ideell arena, men og en krevende arena.

Konklusjon: Studiet viser at det er klare visjoner og ønskemål fra myndighetenes side om et helsefremmende fokus for skolehelsetjenestens arbeid knyttet til psykisk helse. Men forutsetningene i praksisfeltet i form av kompetanse, teoretisk forankring, målsettinger og verktøy for å jobbe helsefremmende synes mangelfull. Rammevilkår og betingelser er på ulike vis for dårlig tilrettelagt for at skolehelsetjenesten skal kunne bidra med et sterkt helsefremmende fokus i forhold til psykisk helse blant unge.

Nøkkelord: helsefremmende arbeid, policy dokumenter, helsesøster, skolehelsetjeneste, ungdom og psykisk helse, setting, implementering

## Summary

**Aim.** The aim of the study is to map what directives steer school health service and health-promoting work related to adolescents and mental health, and within what conditions school health service has to provide its service. Health promotion is an important approach from the authorities and within education, and will therefore be the central factor in this study.

**Method.** A selection of relevant studies, political documents and theoretical perspectives are used to describe the situation related to school health service and health promotion work.

**Findings.** It appears that health promotion work misses a solid and clear theoretical framework. The result that the school health service lacks a clear understanding and working directives with respect to health promotion. In spite of this, school as an arena appears both as an ideal and demanding arena for health promotion work.

**Conclusion.** The study reveals that the authorities have clear visions and ideas about a health promoting focus at mental health within the school health service. Prerequisites in practice with respect to competence, theoretical basis, targets and tools to work health promoting, seem deficient.

**Key words:** health promotion, policy documents, public health nurse, school health service, adolescents, mental health, setting, implementation

## 1.0 Introduksjon

I Norge er den unge befolkningen overveiende frisk, men en del unge oppgir at de sliter psykisk (Ungdata, 2013; Glavin, 2005; *Helsetilbud til ungdom og unge voksne*, 2012). Oppmerksomhet rundt psykisk helse i befolkningen er satt på dagsorden, både politisk og innen forskning. Fra sentrale myndigheter har det kommet føringer for hvordan psykiske helseutfordringer blant unge kan møtes. Det tas til ordet for å opprettholde et friskfokus og å hjelpe de unge til å finne egne ressurser for å møte dagliglivets og ungdomstidens krav (*Helsetilbud til ungdom og unge voksne*, 2012). Helsesøstertjenesten blir trukket frem som en aktør når barn og unges helse er tema. Jeg vil derfor se nærmere på skolehelsetjenestens bidrag knyttet til ungdom og psykisk helse. Videre vil jeg se på om det helsefremmende fokus er implementert i skolehelsetjenesten og om anbefalinger fra myndighetene følges. I artikkelen vil *helsefremmende arbeid* og *helsefremming* bli brukt som oversettelse av det engelske uttrykket *health-promotion* (HP), og helsesøster og skolehelsetjenesten vil bli brukt om hverandre. Helsesøster er den som primært betjener dette tjenestetilbudet og hun er som regel kvinne.

Hensikten med prosjektet er å se nærmere på hva som gir retning og innhold til helsesøsters helsefremmende arbeid knyttet til ungdom i alderen 13-20 år. Fokus vil være på skolehelsetjenesten for ungdom og hva som kan hemme eller fremme dette arbeidet.

I forståelse av at psykisk helse verken kan eller bør ses isolert fra helse som helhet, vil artikkelen primært holde et fokus på psykisk helse. Gjennom *Folkehelsemeldingen - Mestring og muligheter* (2014-2015) presenteres et fortsatt sterkt fokus på psykisk helse. For å få en forståelse knyttet til problemformulering velger jeg å avgrense oppgaven til å omhandle *a) det som i kraft av myndighetenes lovhjemler og anbefalinger gir retning til helsesøsters helsefremmende virksomhet, b) helsesøsters utdanning og kunnskapsgrunnlag og c) skolen som arena for skolehelsetjenesten*. Helsefremmende arbeid blir primært sett ifra et salutogent perspektiv, hvor fokus på ressurser og styrking<sup>1</sup> er sentral. Implementeringsteorier kan bidra til å forklare hvordan tjenesten får utført sitt arbeid på skolearenaen.

Artikkelens problemformulering blir som følgende: *Hva er grunnlaget for det helsefremmende arbeid i skolehelsetjenesten og hvordan er dette implementert?*

---

1 Styrking er foreslått som norsk beskrivelse av begrepet "empowerment" som handler om den enkeltes mulighet for å ha aktiv innflytelse over egen situasjon (Gulbrandsen, 2000).



## 2.0 Grunnlaget for helsefremmende arbeid

For å forstå hva som styrer skolehelsetjenestens helsefremmende arbeid vil jeg redegjøre for helsepolitikk, lovgrunnlag, ulike teorigrunnlag og helsesøsterrollen i et historisk perspektiv.

### 2.1 Helsefremmende arbeid og det teoretiske perspektiv

Helsefremmende arbeid er å forebygge sykdom og fremme helse, og er betydningsfullt både på individnivå og sett i et samfunnsøkonomisk perspektiv. Det er videre vist til at grunnlaget for god helse i stor grad legges i ungdomsårene (*Helsetilbud til ungdom og unge voksne*, 2012). Det helsefremmende arbeid ble stadfestet i WHO's prinsippdokument i 1984 og senere vedtatt som et endelig manifest i Canada i 1986. WHO ble da enig om en visjon som senere har blitt omtalt som *Ottawachartret* (Espnes & Smedslund, 2009). *Ottawachartret* kan ifølge Anderssen (1997) sies å være både et visjonært og et konkret dokument. Det peker på fem strategier som omhandler individovergripende nivå (samfunnsmessige) og individnære nivå. De fem strategiene er: ”å bygge opp en sunn helsepolitikk, å skape et støttende miljø, å styrke lokalmiljøets muligheter for handling, å utvikle personlige ferdigheter, og å reorientere helsetjenesten” (Anderssen, 2007; Nutbeam, Harris & Wise, 1999).

Ottawacharteret definerer helse som en ”*resource for everyday life, not the objective of living*” og Kickbusch uttaler at ”*health is a positive concept emphasizing social and personal resources, as well as physical capabilities*” (Kickbusch, 2003, s. 384). Vesentlig for helsefremmende arbeid i skole er at: ”*Sundhed skabes af mennesker inden for de rammer, hvor de til daglig lærer, arbeider, leger og elsker*” (Jensen & Johnsen, 2002, s. 186).

Helsefremmende arbeid blir ofte definert som: ”....den prosess som gjør folk i stand til å bedre og bevare sin helse” (Ottawa-charteret, WHO, 1986). Behovet for å bedre befolkningens helse ble vektlagt og det ble sett på strategier som kunne bidra til endring i livsvilkår og levevaner og til å fremme helse for befolkningsgrupper (Anderssen, 1997).

Som vist i figur tabell 1, er helsefremmende arbeid og sykdomsforebyggende arbeid beskrevet som to ulike, men komplementære tilnærminger innen forebyggende arbeid (Mæland, 2005; NOU, 1998). En dreining mot helsefremmende arbeid kan ifølge Sollesnes (2007) forstås som en anerkjennelse av begrensningen i tradisjonelt sykdomsforebyggende arbeid, og da særlig det som omhandler det å bedre befolkningens helse. Det kan likevel være viktig å forstå de

ulike tilnæringer de representerer. Helsefremmende arbeid og sykdomsforebyggende arbeid bygger på ulik tradisjon og har ulik vitenskapsteoretisk forankring. Med sykdomsforebygging ligger et *top-down* perspektiv med ekspertstyring og viktig strategi her er kunnskapsdannelse, eksperimentell utprøving og etablering av evidens-basert praksis (Sollesnes, 2006, s. 13). Helsefremmende arbeid bygger på aktiv medvirkning fra befolkningen, og et *bottom-up* perspektiv anbefales (NOU 1998:18). I tillegg er helsefremmende arbeid tuftet på en sosial modell for helse og hvordan helse påvirkes (Stenvoll, Elvbakken & Malterud, 2005, s. 13). Mens sykdomsforebygging er rotfestet i en naturvitenskapelig tradisjon, er helsefremming i større grad forankret i hermeneutikken. Som beskrevet i Thornquist (2003) dreier hermeneutikk seg om forståelse og fortolkning og ”i korthet kan vi si at hermeneutikken kan hjelpe oss med å forstå hvordan vi forstår, og hvordan vi gir verden mening” (ibid., 2003, s. 139). Helsefremming har videre hentet inspirasjon fra samfunnsvitenskapen med vekt på systemteori, økologisk perspektiv og kritisk teori (Stenvoll, Elvbakken & Malterud, 2005).

Helsefremmende arbeid krever ferdigheter i å stimulere individuelle, sosiale og politiske handlinger, mens sykdomsforebyggende arbeid primært tar utgangspunkt i faglig kunnskap om helse og påvirkningsfaktorer (Sollesnes, 2007).

Tabell 1: Sykdomsforebyggende og helsefremmende arbeid-prinsipielle forskjeller

	Sykdomsforebygging	Helsefremmende arbeid
Teoretisk modell	Biodynamisk sykdomsmodell	Sosial helsemodell
Fokus på	Risikofaktorer for sykdom	Ressurser for helse
Vitenskapelig grunnlag	Naturvitenskapelig	Samfunnsvitenskapelig
Styringsmodell	Teknokratisk	Demokratisk
Hovedstrategi	Teoribasert påvirkning	Erfaringsbasert medvirkning

(Mæland 2005)

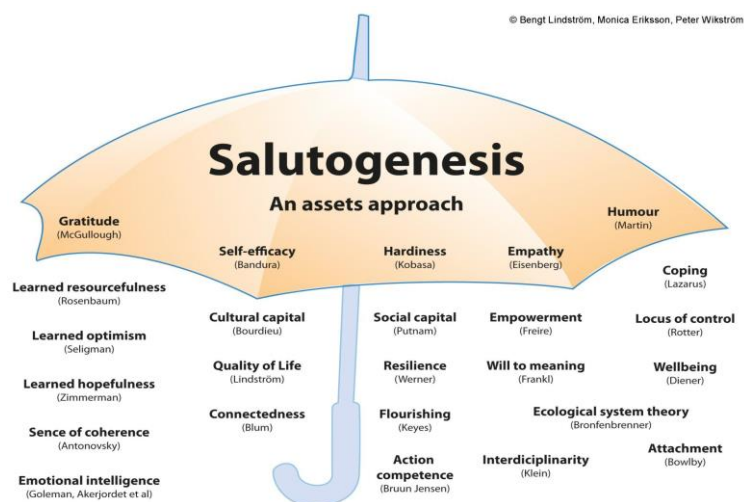
Det er ifølge Mæland (2005) ikke et ønske om at helsefremming skal erstatte sykdomsforebygging, mens Sollesnes (2007) vektlegger betydning av å anerkjenne at helsefremmende arbeid representerer en ny tilnærming, både når det gjelder vitenskapelig grunnlag, arbeidsmetoder og kunnskapssyn. Begge tilnæringer er viktig for å for å nå overordnede målsettinger innen folkehelsearbeidet. Derfor mener Sollesnes (2007) at det ikke handler om et paradigmeskifte fordi de to paradigmer bør stå parallelt. Mens Lindström & Eriksson (2010) argumenterer for at ”*Health promotion holds a rather different perspective*



*relating mainly to resources for health and life not primarily risk and disease*” (Lindström & Eriksson, 2010, s. 15). Betydning av å se på helse med nye øyne anses som betydningsfullt.

Ved å se nærmere på fire ulike teoretiske retninger, *salutogenese*, *empowerment*, *positiv psykologi* og *kritisk teori*, kan de bidra til å gi forklaring og forståelse for hva helsefremming er. Det patogene<sup>2</sup> rammeverk er velkjent mens det salutogene<sup>3</sup> rammeverk er mindre kjent. *Det salutogene begrep* har vist seg å være viktig for forståelse av hva helsefremming er, for helseprofesjoner som skal promotere positiv helse (Becker & Rhynders, 2012). Sosiologen Aaron Antonovsky (1923-1994) vektla i sin *salutogene teori* et fokus på ressurser hos mennesker og omgivelser som bidrar til helse, mer enn et patogen blikk og fokus på sykdommen som lå til grunn (Antonovsky, 1966). Jensen & Johnsen (2002) forklarer det slik: ” *I stedet for, som behandlings-, risiko- og forebyggelsesforskning har for vane; at stille spørsmålet: Hvordan forklare, at mennesker bliver syge?, bliver det interessante spørsmål for Antonovsky fra da af: Hvordan forklare, at mennesker bliver eller forbliver sunde?*” (Jensen & Johnsen, 2002, s. 85). Som det fremkommer i Eriksson og Lindströms salutogene paraply (Fig 1.) finnes det flere ulike teorier og begreper som kan brukes til å forklare helse (Lindström & Eriksson, 2010, s.55). Det finnes både likheter og ulikheter mellom salutogen teori og andre teorier og begreper, men felles for alle som er presentert i paraplyen er at de har et ressursperspektiv; at de har salutogene elementer og dimensjoner (ibid., 2010).

Fig.1. The salutogenic umbrella.



<sup>2</sup> Patogenese- av pato (sykdom) og genesis (opprikkelse). Langeland (2014)

<sup>3</sup> Salutogenese- av salus (helse) og genesis (opprikkelse). Langeland (2014)

*Empowerment* er et annet begrep som opprinnelig kom fra den brasilianske pedagogen Paulo Freire. Begrepet er ulikt definert. Stang (1998) mener det handler om ”*bemyndigelse*”, Mæland (2005) forklarer det som ”*det å vinne større makt og kontroll over*”, Gulbrandsen (2000) oversetter empowerment med ”*styrking*”, mens Sørensen & Graff-Iversen (2001) kaller det ”*mobilisering*”.

*Positiv psykologi* representerer et kritisk blikk på klassisk psykologi, hvor fokuset er å skape en kjerne av kunnskap som fokuserer på menneskers velvære og vekst (Seligman, 2008). Med sitatet: ”*I propose a new field: positive health*” (Seligman, 2008, s.3) inviterer Seligman til et endret fokus hvor man går lengre enn bare å se på helse som en situasjon hvor fravær av sykdom er målet. Seligman argumenterer videre for at et fokus på positiv helse mer enn sykdom vil være samfunnsøkonomisk hensiktsmessig, også på individnivå (ibid., 2008).

*Kritisk teori* er fremholdt som en viktig teori knyttet til det helsefremmende arbeid, noe som Thornquist (2003) beskriver som en forståelse av at fornuft og argumenter er viktige forutsetninger for sosial rettferdighet og for å hindre sosial undertrykking. Mens kritisk refleksjon kan fremmes av dialog og noe som kan bidra til at man tar til seg andres perspektiver og forståelser, slik at ny innsikt og forståelse blir mulig (Hauge, 2003). Innen denne retningen blir Jürgen Habermas en sentral teoretiker. Han vektla kommunikativ dialog, noe som ligger nær opp til idealer i det helsefremmende arbeid (Sollesnes, 2007). Målet er gjensidighet i forståelse og dette forutsetter likeverd mellom partene.

### **2.1.1 Teorigrunnlag for styringsdokumenter og utdanning**

I artikkelen vil helsefremming bli sett opp imot salutogenese og empowerment som teoretisk ramme. I sykepleier- og helsesøsterutdanningens rammeplaner er den salutogene tilnærming til helsefremming ofte nevnt og brukt (Langeland, 2012), mens det i policydokumenter som *Det er bruk for alle* (1998) primært vises til empowerment. Ifølge Sørensen, Graff-Iversen, Haugstvedt, Enger-Karlsen, Narum & Nybø (2002) har Helsedepartementet uttrykt at helsefremmende arbeid basert på empowerment-ideologi bør styrkes. Med begrepet empowerment, utledet fra et humanistisk ståsted, ligger det en grunnleggende antakelse om at mennesket under rimelige betingelser vil utvikle evner og ferdigheter som sikrer overlevelse og et best mulig liv for individ og fellesskapet (Sørensen et al., 2002). I *Lov om folkehelsearbeid* (2010-2011), beskrives empowerment som den mulighet individer og lokalmiljøer har makt til å påvirke beslutninger som angår deres helse.

## 2.2 De overgripende styringsdokumenter og politiske føringer

For å forstå hva som styrer offentlig virksomhet, er det vesentlig å se på politiske føringer og gjeldende lovverk. Det er HOD<sup>4</sup> som har det overordnede ansvaret for at befolkningen får gode og likeverdige helse- og omsorgstjenester, uavhengig av bosted og økonomi. HOD styrer helse- og omsorgstjenesten gjennom lovverk, bevilgninger og gjennom statlige etater, virksomheter og foretak. I mens er det Helsedirektoratet (underlagt HOD) som ser til at vedtatt politikk blir iverksatt i tillegg til at det er fagorgan og regelverksforvalter (helsedirektoratet.no). Statens helsetilsynet har det faglige tilsyn med helse- og omsorgstjenesten og dette gjøres i samarbeid med fylkeslegen hos fylkesmannen (lovdata.no). En sittende regjering har ansvaret for å helsepolitikken og kan bestille utredninger. Dette kan resultere i rapport fra NOU<sup>5</sup> hvor innspill til strategi legges frem. Noe som kan resultere i en melding til Stortinget (Meld.St.). Her presenterer regjeringen forslag til politikk/politiske preferanser før det eventuelt blir lovbestemt. I Stortinget blir forslaget fra regjeringen vurdert og eventuelt godkjent. Dette kan resultere i en Stortingsmelding (St.Meld.), som igjen danner grunnlaget for en lovutforming. Stortingsmeldinger og NOU defineres ofte som *policy-dokumenter* og disse dokumenter er vesentlige for å finne bakgrunn og forståelse for et lovforslag.

## 2.3 Helsesøstertjenesten

Helsesøster er regnet for å ha en sentral rolle i det helsefremmende og det sykdomsforebyggende arbeidet for barn, ungdom og familier i Norge (Clancy, 2007), også innenfor dagens skolehelsetjeneste. Helsesøsters funksjon og rolle har utviklet seg sterkt gjennom de siste vel hundre år. Allerede i 1911 åpnet den første helsestasjon for mor og barn i Norge. Det var en såkalt *barnepleiestasjon* som ble drevet av Tøyen menighet i Oslo. Gjennom de vel 100 år som er gått siden de første viktige rådene om amming av barn og utdeling av tran til mødre, har tjenesten utviklet seg til å bli et tjenestetilbud til cirka 1,2 millioner barn, unge og deres familier (Ersvik, 2012). Helsesøsterutdanningen ble formalisert som et ettårig etterutdanningstilbud til sykepleiere i Norge i 1947. Sammen med Sanitetskvinnene (Norske Kvinners Sanitetsforening) stod de sammen for driften av helsestasjoner og kontrollstasjoner over hele landet (Neuman, 2009, s.36). Helsesøstertjenesten arbeidsområde omfatter omsorg for kvinner og barn, og fokus ble lagt på

---

<sup>4</sup> HOD er forkortelse for Helse-og omsorgsdepartementet

<sup>5</sup> NOU er forkortelse for Norges Offentlige Utredninger

fattige og nødstilte (ibid, 2009). Utøvelsen av helsesøsterarbeid har eksistert lenge før utdanningen kom på plass. Ifølge Seip (1994) følger helsestasjonens historie en bevegelse fra sosialhjelpsstat (1870-1930) til velferdsstat (1945-), hvor en viktig oppgave var å sikre at de svakeste barna fikk like gode livsmuligheter som de bedre stilte barna. Denne universalitetstanken bidro til en bredere oppfatning av barn som gruppe (Seip, 1994). Utformingen av helsesøstertjenesten blir som den fremstår i dag; et manifestert og universelt velferdstiltak (Schjøtz, 2003) og hun sier videre at: ”*Helsesøstrene er kanskje den yrkesgruppen blant helsearbeidere som er blitt sterkest formet av velferdsstatens ideologiske og politiske føringer*” (Sciøtz, 2003, s. 484). Dette kan fortsatt spores i helsestasjonens utvikling. Tjenesten ble hjemlet i lov om helsesøstertjeneste fra 1957, lov om helsestasjoner i 1972 og etter hvert kom innføring av Kommunehelsetjenesteloven i 1982. I etterkant skjedde det en endring i ansvarsforholdet for tjenesten. Den tidligere tette kontakten og samarbeidet med fylkeshelsesøster og distriktslege ble oppløst og kommunene overtok arbeidsgiveransvaret (Wærness & Andrews, 2004). Likeså mener Wærness & Andrews (2004) at det ble en endring i helsesøsters rolle. Fra å ha kontrolloppgaver ute i kommunene som var knyttet til helserådet (teknisk-hygienisk og sosialmedisinsk art), fikk helsesøstrene sitt hovedansvarsområde koblet opp imot helsestasjon- og skolehelsetjenesten (ibid, 2004).

Nye arbeidsoppgaver ble mer vektlagt og helsesøsters ansvar for å hindre utvikling av psykiske problemer ble ytterligere poengtert (Wærness & Andrews, 2004, s 332). Videre kan det nevnes at det skjedde et skifte i forventningen om hvordan helsesøster skulle møte sine brukere. Det var et ønske om at helsesøster skulle ”*tone ned makt og kontrollaspektet i tjenesten...og de skal bevege seg bort fra ekspertrollen*” (ibid, 2004, s.333). Det ble ifølge Wærness & Andrews (2004) ønskelig at helsesøster skulle fremstå som en samtalepartner og hun skulle tilrettelegge for og bidra til gruppesamlinger/samtalegrupper. På 80-tallet skisserte myndighetene flere av helsesøsters oppgaver delt med andre faggrupper. Innenfor rammen av helsestasjonsvirksomheten skulle helsesøstre ha utstrakt og forpliktende samarbeid med andre kommunale tjenester som sosialtjenesten, barnevern, PPT, barnehage og skole (*Veileder for helsestasjons- og skolehelsetjenesten*, 1998) og Wærness & Andrews (2004) viser til helsesøsters samarbeid med psykologer, pedagoger og leger.

Wærness & Andrews (2004) oppsummerer at nye arbeidsoppgaver som ble lagt under helsesøster ansvarsområde var av mer diffus karakter, og at de for en stor del handlet om psykososiale utfordringer.

## 3.0 Skolehelsetjenesten

For å forstå hvorfor tjenesten gjør som den gjør, er det nødvendig å se nærmere på rammer og vilkår for tjenesteytelsen. I tillegg er det viktig å fremholde at dette er en lovpålagt kommunal tjeneste, at det er et lavterskeltilbud til skoleelevene og at tilbudet er gratis. Barn og unges rettigheter som mottakere av et offentlig tjenestetilbud er vesentlig.

### 3.1 Retningslinjer for helsesøsters helsefremmende arbeid i skolen

I rapporten *Utviklingsstrategi for helsestasjons- og skolehelsetjenesten* (2010) nevnes flere lover og forskrifter som gir sentrale føringer for helsestasjon- og skolehelsetjeneste. Faglige retningslinjer, veiledere og utredninger i form av NOU og rapporter, nasjonale handlingsplaner og stortingsmeldinger har alle betydning for kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten er lovpålagte tjenestetilbud gjennom *Kommunehelsetjenesteloven* (2006), *Lov om helsetjenesten i kommunene* (2010) og gjennom *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 3* (2011) beskrives tjenester som er knyttet til helse og omsorg og som kommunen minimum plikter å tilby. I § 3.3 beskrives kommunens ansvar knyttet til det helsefremmende og forebyggende arbeid. *Forskrift av 3 april 2003 nr 450 om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten* regulerer innholdet i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Formålet med helsestasjon- og skolehelsetjenesten er å fremme psykisk og fysisk helse, gode sosiale og miljømessige forhold og forebygge sykdom og skade (*Kartlegging av helsetenester til kommunane*, 2008). I *Veileder til Forskrift av 3 april 2003 nr.450 om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten* er det vektlagt at tjenestene skal stå sentralt i folkehelsearbeidet i kommunene, og det er et mål å styrke både den fysiske og psykiske helse gjennom å påvirke levevaner og levekår (ibid., 2008). Det kan nevnes at det i løpet av 2015 forventes å foreligge *Nasjonal faglig retningslinje for helsestasjons- og skolehelsetjenesten* og at denne vil erstatte veileder fra 2003. I følge *folkehelseloven* (2011) og *forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten* (2003) skal tjenesten bidra til at kommunen har oversikt over helsetilstanden til innbyggerne og faktorer som kan virke inn på helsen til barn og ungdom. Ifølge *veileder til forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten* (2003) skal kommunen planlegge og gjennomføre tiltak som fremmer en best mulig fysisk og psykisk helse blant gravide, barn og unge og at ”*helsestasjons- og skolehelsetjenesten skal bidra til å forebygge og fremme god*

*fysisk og psykisk helse hos blivende foreldre og barn og ungdom 0-20 år*” (ibid., 2003, s.10). Veilederen slår fast at *helsefremmende arbeid* forstås som tiltak som skal bedre forutsetningene for god helse og ta sikte på å fremme trivsel, velvære og mulighetene til å mestre de utfordringer og belastninger mennesker utsettes for i dagliglivet. *Forebyggende arbeid* forstås som tiltak som rettes mot å redusere sykdom, og/eller risikofaktorer som bidrar til sykdom, skader eller for tidlig død (*veileder til forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten*, 2003, s.11).

I følge veilederen anmerkes den betydning det har for skoleelevene at ansatte i skolehelsetjenesten er tilgjengelig på skolen. Det fremholdes videre at det er viktig at skolehelsetjenesten må være inkludert i skolemiljøet (ibid., 2003, s.12).

I henhold til *Lov om pasientrettigheter* (2004) angis barn og unge som mottar tjenester fra helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom, som pasienter i lovens forstand (§1-3, bokstav a og d). *FN's konvensjon om barnets rettigheter* ble ratifisert i Norge 8 januar 1991 og gjennom artikkel 24 legges barn og unges rett til kvalitativt gode og tilstrekkelige helsetjenester til grunn.

Stortingsmelding nr 16 (2002-2003) *Resept for et sunnere Norge. Folkehelsepolitikken* la føringer for folkehelsearbeidet i Norge. Her ble det sett på forhold som kan bidra til å skape helseproblemer og forhold som kan bidra til å motvirke sykdom. Folkehelsearbeid ble beskrevet som det å forholde seg til faktorer som påvirker helse, ofte omtalt som helsedeterminanter<sup>6</sup>. Negative faktorer var faktorer som kunne virke helsenedbrytende (kost, drikke, det sosiale eller fysiske miljø) mens positive faktorer ble beskrevet som styrkende. Dette kunne være vårt forhold til våre nærmeste, nettverk vi inngikk i og i hvilken grad livet oppleves å ha mening, være forutsigbart og håndterbart. Sistnevnte faktorer ble beskrevet som beskyttelses- eller mestringsfaktorer og kunne gi individer og grupper bærekraft og slitestyrke (*veileder til forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten*, 2003, s. 8). *Folkehelsemeldingen* (2012-2013) beskriver skolehelsetjenesten som viktig fordi ”*tjenesten har et friskfokus og ser like mye etter sterke sider hos elevene som etter risikofaktorer, problemer og sykdom*” (ibid., 2012-2013, s.98) og ved å bidra til godt lærings- og arbeidsmiljø med hensyn til trivsel, helse og sikkerhet skapes helsefremmende skoler. Det samme blir sagt i *Opplæringsloven* kapittel 9a, § 9a-1 hvor

---

<sup>6</sup> Helsedeterminant – tradisjonelt vært en samlebetegnelse for beskyttelses- og risikofaktorer for helse (WHO, 2009).

elevens rett til et godt fysisk og psykososialt skolemiljø som fremmer helse, trivsel og læring, er beskrevet som generelle krav. *Samhandlingsreformen* (2008-2009) legger også føringer for de forebyggende helsetjenester i kommunen. Det slås fast at folkehelsearbeid er samfunnets samlede innsats for å påvirke det som fremmer og vedlikeholder befolkningens helse, og at hovedstrategien er å påvirke forutsetningene for god helse. Ved å styrke helsetjenestens medansvar for tverrsektorielt arbeid og rette blikket mot årsakene til at helseproblemer oppstår, kan bedre folkehelse oppnås og man oppnår en mer rettferdig fordelt helse i befolkningen (ibid., 2008-2009, s.85).

I 1991 ble den første utredningen om forebyggende helsearbeid i et offentlig politisk dokument i Norge utgitt. Dette var NOU 1991:10, ”*Flere gode leveår for alle*” (Anderssen, 1997; Fosse, 1997). Det viktigste dokumentet er imidlertid ifølge Fosse (2002) Stortingsmelding 37 (1992-93) ”*Utfordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid*”. Denne gir eksplisitt tilslutning til Ottowacharteret tenkning og satsing (Fosse, 1997). I tråd med *Satsing på barn og ungdom* (2015) legges det vekt på samarbeid mellom sektorer, kunnskap om helseutfordringer, overvåking av helsetilstanden i kommuner og kunnskap om hvordan helsesvikt kan forebygges gjennom helsefremmende og forebyggende tiltak. *Folkehelsemeldingen* (2012-2013) vektlegger en større bevissthet knyttet til det helsefremmende arbeid versus sykdomsforebyggende arbeid.

### **3.1.1 Retningslinjer knyttet til psykisk helse**

Et viktig bidrag i fokus knyttet til psykisk helse kom med *Opptrappingsplanen for psykisk helse* (1999-2008). Her ble betydning av tilgjengelige tjenester vektlagt og det ble særlig fokusert på en styrking av tilbudet til barn og unge. Med økte ressurser til skolehelsetjenesten, resulterte *Opptrappingsplanen* til større oppmerksomhet på psykisk helse, mer tilstedeværelse på skolene og mer samarbeid med lærerne (Andersson & Steinhaug, 2008). *Folkehelsemeldingen - Mestring og muligheter* (2014-2015) anbefaler fortsatt sterkt fokus på psykisk helse og dette arbeidet anses å være en vesentlig del av folkehelsearbeidet.

### **3.2 Helsesøsters kompetansegrunnlag**

Helsesøster er en profesjonen som har helsefremmende og forebyggende helsearbeid som sitt eneste ansvarsområde (Espnes & Smedslund, 2009). *Rammeplan og forskrift for helsesøsterutdanningen*, fastsatt 1 desember 2005 av Utdannings- og forskningsdepartementet

er et nasjonalt styringsmiddel som skal sikre et ensartet faglig nivå, samtidig som det legges til rette for fleksible utdanningsløsninger. Det vesentlige med rammeplanen er at samme utdanning ved forskjellige utdanningsinstitusjoner blir enhetlig på vesentlige områder. Rammeplanen angir mål og innhold for utdanningen og den skal endres dersom helse - og sosialpolitiske mål og utviklinger i samfunnet endres. Det kan nevnes at grunnet økt vektlegging på helsefremmende og forebyggende arbeid i offentlig dokumenter og fokus på visse områder, er det utarbeidet to parallelle rammeplaner. En for helsesøsterutdanning og en for tverrfaglig videreutdanning i helsefremmende og forebyggende arbeid.

Helsesøsterutdanningen skal ifølge *Rammeplan og forskrift for helsesøsterutdanningen* (2005) bidra til at studentene tilegner seg aktuell kunnskap om arbeid for å bedre folkehelsen. De skal også tilegne seg kompetanse i å planlegge, iverksette og evaluere tiltak som bidrar til å ivareta helsefremmende og forebyggende arbeid innenfor helsestasjon og skolehelsetjenesten. Det står videre at studentene skal tilegne seg kunnskap om andre yrkesgruppers oppgaver og ansvar i det helsefremmende og forebyggende arbeidet, samt muligheter og vilkår for samarbeid. Det vises det til kunnskap om lover som har betydning for helsefremmende og forebyggende arbeid generelt og for helsesøstertjenesten spesielt (ibid., 2005).

Kommunen skal ifølge *veileder til forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten* (2003) ta ansvar for nødvendig kompetanseheving knyttet til blant annet en helsefremmende retning. Generelt ligger et grunnleggende prinsipp om at tiltak i helsestasjons- og skolehelsetjenesten bør være basert på kunnskap fra forskning som viser at tiltaket har ønskelig effekt (ibid., 2003, s. 22). Det står videre at om forskning skal danne grunnlag for å ta beslutninger for praksis er det viktig at resultater og konklusjoner gjøres lett tilgjengelig. *Veileder* (2003) peker også på mulighet for å lese forskningsresultater, hospitering eller på annet vis holde seg faglig oppdatert som vesentlig. Samt at det er viktig med metoder for kunnskapshåndtering og finne gode implementeringsstrategier som kan bygge bro mellom forskning og praksis. I *rammeplanen* (2005) nevnes faglige retningslinjer som kan anses som anbefalinger og råd, og som er laget på bakgrunn av god og oppdatert faglig kunnskap. Andre aktuelle myndighetskrav for tjenesten knyttet til tema ligger i *Veileder for helsestasjon og skolehelsetjenesten* fra Statens helsetilsyn (1998) og *Veileder i Psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene* (2007). Norsk sykepleierforbund, Landsgruppen av helsesøstre, har utarbeidet en *Veiviser for skolehelsetjenesten i videregående skole* (2005), hvor konkrete forslag til faglig innhold gir innhold til skolehelsetjenestens helsefremmende og forebyggende arbeid.



I *Utdanning for velferd* (2011-2013) tematiseres kompetansebehovet. Meldingen slår fast at endringer i tjenesten krever nye måter å arbeide på. Fordi mer av arbeidet vil foregå i tverrfaglige team, fordres en økning i kompetanse både hva gjelder kunnskap om samarbeid og kommunikasjon og at dette er et ansvar for utdanningene. *Utdanning for velferd* (2011-2013) slår videre fast at forskning knyttet til utdanningene bør styrkes for å gi bedre kvalitet på både utdanningene og tjenestene. Målet er at utdanningene skal svare bedre på fremtidens kompetansebehov og bidra til tjenester av høy kvalitet (ibid.,13, 2011-2013, s. 8). Det trekkes frem sentrale områder som forebyggende arbeid og folkehelsearbeid, omsorgssvikt, vold og overgrep, fattigdom, psykisk helse og rus, habilitering og rehabilitering. Alle disse områder beskrives i *Utdanning for velferd* (2011-2013) som områder som går på tvers av profesjonene, men at hver profesjon vil kunne ha sin egen teoretiske og metodiske tilnærming.

### **3.3 Helsefremmende skoler**

Skolen er vurdert til å være en viktig arena for helsefremmende arbeid og med *folkehelse\_loven* ble forventningen om en helsefremmende skole styrket (Aarø, 1997). Gjennom *Folkehelsemeldingen* (2012-2013) befestet begrepet ”*helse i alt vi gjør*” seg som sentral visjon i folkehelsearbeidet og prinsippet om at befolkningens helse skulle ivaretas på tvers av sektorer ble lagt (ibid., 2012-2013, s.15). Fordi skolen er elevens arbeidsplass og det psykososiale arbeidsmiljøet blir anerkjent som sentralt for trivsel og positiv utvikling, blir kvaliteten på skolen som møteplass, fysisk og sosialt, av stor betydning for læring og mestring. I tillegg til å jobbe aktivt med å utvikle læringsmiljø, bekjempe mobbing og fremme vennskap og gode relasjoner, er tilrettelegging for fysisk aktivitet, sunn mat og gode rammer rundt måltidene og tiltak for å forebygge tobakks-, alkohol- og narkotikabruk anbefalt (Meld. St. 34, 2012-2013, s. 93).

Et samarbeid mellom Utdanningsdepartementet og Helsedepartementet bidro til et skoleprosjekt hvor målet var utvikling av gode modeller for helsefremmende arbeid i skolen (Wold & Samdal, 2005). En slik modell var HEMIL<sup>7</sup>-modellen som ble utviklet med basis i sosialpsykologi, psykologi og organisasjonsteori, og hvor deltakelse og empowerment var sentrale strategier (ibid., 2005). WHO, Europarådet og EU initierte tidlig på 1990-tallet et nettverk (HEFRES<sup>8</sup>) som skulle jobbe for helsefremmende arbeid i skolen og de formulerte

---

<sup>7</sup> HEMIL er forkortelse for helsefremmende arbeid, miljø og livsstil (Braanen & Tennes, 2012).

<sup>8</sup> HEFRES er et europeisk nettverksprosjekt initiert av WHO, EU og Europarådet som omhandler helsefremmende arbeid i skolen (Wold, 2005; Hjälmhult & Wold, 2002).

kriterier for arbeidet. Et sentralt punkt for dette arbeidet var samarbeid mellom skole, skolehelsetjenesten, foreldre og lokalmiljø (Wold & Samdal, 2005).

## 4.0 utfordringer og muligheter knyttet til helsefremmende arbeid i skolehelsetjenesten

Det er ønskelig å se på hvilke utfordringer og muligheter helsefremmende arbeid kan møte på og hvilke rammer skolehelsetjenesten jobber under.

### 4.1 Norge og helsefremming

Norge er sammen med de nordiske landene Sverige og Finland kjent for raskt å ha utviklet og implementert "health-promotion public policy" (Raphael, 2014). Land som har etablerte velferdssystemer med sosialdemokratiske styresett oppfattes å være land med gode vekstvilkår for helsefremmende prinsipper (ibid., 2014). Dette er tematisert hos Fosse (2009) der hun peker på sterk politisk innsats mot sosial ulikhet i helse i Norge siden 2003. Sentrale politiske dokumenter som *"Helse for alle innen 2000"*, *"Resept for et sunnere Norge"* og *"Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller"* kan nevnes. Ifølge Raphael (2014) kan det imidlertid være utfordringer knyttet til offentlig politikk og en helsefremmende agenda. Raphael nevner for eksempel at en endring partipolitisk mot en mer *"right-wing"* retning kan være en trussel mot helsefremmende politikk. Fosse påpeker det samme når hun viser til at med en *"left-wing"* regjering forventes mer fokus på samfunnets ansvar for innbyggernes helse, mens en *"right-wing"* regjering vil vektlegge individets eget ansvar. Kan Meld.St. 19 *Folkehelsemeldingen* (2014-2015) i så måte gi grunn til bekymring? Med et mer individrettet fokus i denne meldingen, kan man spørre om ansvaret forskyves fra samfunn til individ og at en kollektiv tanke som at alles helse er alles ansvar, forsvinner.

### 4.2 Skolen som arena for skolehelsetjeneste og det helsefremmende arbeid

I forlengelsen av Ottowacharteret ble fokuset på støttende omgivelser lansert under den tredje internasjonale konferansen på helsefremming i Sundsvall i 1991 (Dooris, 2005). For å effektivere helsefremming må en del vilkår være på plass. Arenaer for helsefremmende arbeid beskrives som steder hvor helse skapes og utvikles (Rønningen, 2002). Under Verdens Helseorganisasjons konferanse i Jakarta i 1997, ble det satt fokus på *setting* som beskriver en arena for helsefremmende arbeid (WHO, 1997). Helsefremming skjer i relasjon mellom individ og omgivelser, og ulike settinger kan påvirke helsen ulikt (Rønningen, 2002).

Ifølge Kickbusch (2003) impliserer en settingstilmærning at *”the target of the interventions therefore moves from individuals or groups of individuals to their environments, the settings of everyday life”* (Kickbusch, 2003, s. 385). Hun mener derfor at et helhetlig syn må vektlegges om støttende kontekster der hvor mennesker lever sine liv skal utvikles. Dette omtales ofte som en økologisk modell for helsefremmende arbeid hvor samspillet mellom omgivelser, organisatoriske og individuelle faktorer som for en stor del avgjøres utenfor helsesystemet (Dooris, 2005). I tilknytning til skole og helsefremmende arbeid er det en sterk enighet og forståelse for betydningen av at hele skolen omfattes av den helsefremmende tilnærmingen (Dooris, 2005). Samtidig er det få studier av slike omfattende program og det er påpekt vansker knyttet til både evaluering og implementering. Dette til tross for at *”setting approach have been formally developed over more than a decade through Health Promotion Schools”*, (ibid., 2005, s.57). Dietscher (2013) problematiserer settingstilmærning når hun påpeker: *”..despite their high diffusjon in HP practice, a sound theoretical basis for understanding the specific mission, structures, prosesses/strategies and potential outcomes or effects of networks operating in the settings approach of HP is still widely missing until today”* (Dietscher, 2013, s.1).

Et annet moment som Gebbie & Hwang (2000) problematiserer er betydningen av forankring. De mener at endringer og utfordringer knyttet til folkehelse innebærer at *”..leaders understand their roles and develop staff with the skills needed to deliver essential services at the community level”* (Gebbie & Hwang, 2000, s. 716). De viser til utfordringer ulike etater kan ha i det å identifisere hvordan de best kan samarbeide med andre *”caregivers”* samtidig som de skal ivareta sitt primærfokus som betyr et bredt og befolkningsrettet ansvar. I evalueringen av HEFRES –prosjektet fant Hjälmhult & Wold (2002) at det ble erfart en positiv utvikling på skoler der skolehelsetjenesten var involvert, der tjenesten var tilgjengelig og der det ble utviklet gode samarbeidsrutiner.

Med et økende fokus på befolkningsrettede tiltak skjer det et skifte i rollen til *”public health professionals”* og med det et behov for å oppdatere kompetanse og ferdigheter (Gebbie & Hwang, 2000, s. 716). Det blir dermed viktig å se på sammenhengen mellom forskning og praksis. Glaskow, Lichtenstein og Marcus (2003) mener at gapet mellom forskning og praksis knyttet til helsefremming skyldes mange faktorer. Det handler om begrenset tid og ressurser hos de utøvende, samt mangel på tilbakemeldinger og insentiver for bruk av evidensbasert praksis. De så videre på *”the logic and assumptions behind the design of efficacy and effectiveness research trials”* (Glaskow, Lichtenstein og Marcus, 2003, s. 1261). Hatling

(2011) tar til ordet for at forskningen er for lite kommunisert ut til fagmiljøer slik at de kan nyttiggjøres. Han argumenterer for betydning av å synliggjøre forskningsarbeid som er gjort, for eksempel utviklingen av en dynamisk og aktuell nettside knyttet til psykisk helsearbeid (Hatling, 2011, s. 148).

I 2014 utarbeidet Barneombudet en rapport som heter ”*Helse på barns premisser*”. Der er skolehelsetjenesten, elevens egen lovpålagte helsetjeneste, løftet frem som et viktig tilbud til barn og unge. Videre står det at skolehelsetjenesten ”*i tillegg til lovpålagte oppgaver som vaksinerings, veiing og måling, har en unik mulighet til å treffe barn og unge på deres egen arena og bidra til at de får rask hjelp når noe er vanskelig*” (Helse på barns premisser, 2013, s.20). Samtidig fremkommer det i rapporten at barn og unge ønsker en sterkere tjeneste. Både i forhold til tilgjengelighet, synlighet, samarbeid med andre (for eksempel lærere) og større kompetanse, særlig om psykiske helseplager (ibid., 2013, s. 24).

Ifølge Whiteheads forskning (2006) fremkommer det at skolehelsetjenesten får kritikk for at den primært utøver konvensjonell helseopplysning mer enn å jobbe med helsefremmende skoleprosjekter. Han mener derfor at tjenesten står i fare for å miste sin funksjon om det ikke blir en klar retning på hvordan tjenesten skal integreres i helsestrategier for barn og unge, både på lokalt og nasjonalt nivå. Det antas at til tross for en sterk fremdrift av en helsefremmende reform i skolerammen, hender det ofte at implementering av helsefremming ikke går som planlagt og ikke uten dilemmaer (Whithead, 2006) og han mener det både naivt og urealistisk å tro at en bred satsing på helsefremmende skole skjer om det bare er helsesøster som har kompetanse på dette.

Skole som arena for helsefremmende virksomhet er ifølge WHO (2004) beskrevet som en ekstraordinær effektiv arena for å forbedre unges helse, mens Whitehead (2006) mener at skole som arena også kan være den mest problematiske arena for å drive helsefremmende virksomhet. Dette begrunner han blant annet med at målgruppa er barn og unge.

#### **4.2.1 Utfordringer knyttet til målgrupper**

Whitehead (2006) tar til ordet for at helsefremmende skoler kan møte utfordringer knyttet til målgrupper, og han nevner ungdomsgruppen spesielt. De må ofte på et utforskende vis erfare negative helsefaktorer som gir dem anledning til egne refleksjoner og etablering av egen posisjon på vei mot voksenlivet. En reaksjon på tvers av anbefalinger fra helsepersonells paternalistiske intervensjoner er derfor normalt (ibid., 2006, s. 266). Lindström & Ericsson (2010) viser til betydning av å kartlegge de unges egne behov for et helsefremmende fokus.

Foresatte kan ha sine bekymringer, oftest knyttet til destruktiv adferd (røyking og narkotikabruk), mens de unge selv kan være mest bekymret for det sosiale og det relasjonelle. Behovet for å lytte til de unge og å engasjere dem i utvikling av helsefremmende programmer synes vesentlig (ibid., 2010).

Klepp, Wilhelmsen & Wold (1998) mener det er viktig å se på det helsefremmende arbeid som en dynamisk prosess som krever aktiv deltagelse fra målgruppen, mens Klepp & Aarå (1991) har gitt uttrykk for at mer enn å søke å påvirke vaner til unge enkeltvis, bør man heller arbeide for å fremme en mer generell sunn livsstil. Ungdom som målgruppe for et helsefremmende arbeid kan også bidra til å gi retning for teorivalg. Antonovskys ønsket gjennom sin salutogene teori å fortelle oss at livet aldri fullt ut kan kontrolleres, at vi må leve med denne uforutsigbarheten og at stress må ses på som en naturlig del av livet. Dette kan være et viktig fokus i møte med ungdom som føler at livet går i bølger (Lindström & Ericsson, 2010). Antonovsky (1996) sier videre at hans teori ikke handler om hvordan folk skal holde seg lykkelig, men at teorien er *”the theory of the health of that complex system, the human being”* (Antonovsky, 1996, s.13). I dette ligger en forståelse av at *”all human distress is always that of an integrated organism, always has a psychic (and a social, I might add) and a somatic aspect”* (ibid., 1996, s.11). Han ser på helheten og kompleksiteten i et menneskeliv, mer enn en dualistisk forståelse av mennesket og helse.

#### **4.3 Profesjonsnøytralitet og helsesøsters usynlighet i det helsefremmende arbeid**

I nye politiske dokumenter har det blitt problematisert at det profesjonsspesifikke ikke er nok vektlagt. Dette gjelder for eksempel i *Utdanning for velferd* (2011-2013). Det profesjonsspesifikke er ikke tydelig vektlagt mens tema som går på tvers profesjoner og som er tenkt for alle, er vektlagt. Argumentasjon mot profesjonsspesifikk kompetanse viser til at kompetansen i større grad må integreres som en breddekunnskap som blant annet omhandler velferdssystem, helhetsforståelse og utviklings-og samarbeidskompetanse (*Utdanning for velferd*, 2011-2013, s. 9). Clancy (2007) uttrykker likevel bekymring i det hun beskriver som nye trender i folkehelsepolitikken. Hun mener helsemyndighetene er mer opptatt av oppgavene enn av hvem som skal utføre dem. Hun spør videre om mindre synlighet i lovgivning kan ha utilsiktede effekter på helsesøstertjenesten og deres rolle i helsestasjon- og skolehelsetjeneste (ibid, 2007, s. 201) og at dette er noe som kan bidra til en ”utvasking” av et helsefremmende fokus. Fosse (1997) viser til Ottawacharteret som krever en mer helhetlig

forståelse og tilnærming og at det helsefremmende arbeid er et felt der samarbeid på tvers av yrkesgrupper og sektorer er vesentlig, og at helsesektoren i prinsippet ikke skal ha en mer fremskutt rolle enn andre. En mulig konsekvens av profesjonsnøytralitet kan ifølge Fosse (1997) bli at den enkeltes kunnskap blir mindre synlig og at det blir vanskelig å argumentere for den enkelte profesjon. Resultatet kan dermed bli at profesjoner vil tjene på å opprettholde en profesjonalisering av det forebyggende arbeid fordi det til nå har gitt dem synlighet og legitimitet og en situasjon hvor jurisdiksjon<sup>9</sup> kan oppstå (ibid., 1997, s.180).

Helsesøsters "usynlige" rolle trekkes frem fra ulike hold (*Helse på barns premisser*, 2013; Zahner & Gredig, 2005; Whitehead, 2006) og flere (Clancy, 2007; Wærness & Andrews, 2004) problematiserer og prøver å forstå hvorfor helsesøstertjenesten er en tjeneste som strever med egen "synlighet". Også Wærness & Andrews (2004) spør hvilke konsekvenser helsesøsters beskjedne tilnærming kan ha og om tjenesten som av mange oppfattes som usynlig kan ha problemer med å bli hørt når de prøver å ta opp saker som for eksempel omhandler barn og unges helse.

Clancy & Svensson (2009) har sett nærmere på hvordan kommunale beslutningstakere ser på helsesøstertjenesten og de finner at: "*Community decision-makers are satisfied with the nursing services, but want the nurses to define their boundaries, improve collaboration skills, and show the context they are part of*" (Clancy & Svensson, 2009, s. 419). De spør videre om helsesøsters fokus på individ mer enn befolkningsgrupper kan gjøre dem mindre synlig for beslutningstakerne. Samtidig viser Glavin & Kvarme (2003) til helsesøsters sentrale rolle når de viser til *Rammeplan og forskrifter for helsesøstertjenesten av 1998*. Der fastslås det at helsesøster skal være en premissleverandør og deltaker i helsepolitiske spørsmål, hun skal ha kunnskaper om og kunne identifisere og påvirke faktorer som hemmer og fremmer samarbeid med samarbeidspartnere, og hun skal ta befolkningen aktivt med ved planlegging, utføring og evaluering av tiltak (Glavin & Kvarme, 2003, s.89-90). På engelsk omtalt som *advocacy* og beskrevet av WHO (2005) som: "*A combination of individual and social actions designed to gain political and community support for a particular goal. Action may be taken by, or on behalf of, 'or with' individuals and groups to create living conditions which promote health*" (iaBPG<sup>10</sup>).

---

<sup>9</sup> Jurisdiksjon er beskrevet av Hellberg (1978) som det å ha både kunnskapsmonopol og yrkesmonopol.

<sup>10</sup> iaBPG-International Affairs & Best Practice Quidelines Centre

Helsesøsters rolle i folkehelsearbeidet har Cecilie Neumann (2009) sett nærmere på og ser der en forventning om at helsesøster skal være et bindeledd mellom myndighet og befolkning. Dette ligger også som et viktig moment når Landsgruppen av helsesøstre, NSF<sup>11</sup>, jobber for å få på plass en spesialistgodkjenning. Med en myndighetsgodkjenning vil samfunnet få en garanti for at helsesøster innehar de kunnskaper, ferdigheter og holdninger som myndighetene til en hver tid mener er påkrevd. Helsesøster skal sikre det som omhandler befolkningens rett til forsvarlige og trygge forebyggende og helsefremmende helsetjenester (Berg & Henriksen, 2013). En annen viktig rolle helsesøster har, er å ha oversikt over barn og unges helsetilstand og melde dette oppover i systemet. Som Falk Rafael (2005) har uttrykt det: *"as professionals who practice at the intersection of public policy and private lives, nurses are ideally situated and morally obligated to include political advocacy and efforts to influence healthy public policy in their practice"* (iaBPG). Helsesøsters rolle som *"lokalt barneombud"* blir derfor vesentlig og noe som har vært styrende for utviklingen av etterutdanningstilbudet *"Helsesøster som samfunnsaktør"* (Berg & Henriksen, 2013).

#### **4.4 Implementering av helsefremmende arbeid i skole**

Sollesnes (2006) understreker betydning av å se at helse primært skapes utenfor helsesektoren og at dette impliserer at samarbeid på tvers av sektorer og fagdisipliner er en forutsetning innen helsefremmende arbeid, men ifølge Jackson & Waters (2005) er dette et fokus som ofte har vært fraværende. Videre mener Sollesnes (2006) at kunnskap om brukermedvirkning og kontekstens betydning viktig og at dette er sentralt når det handler om implementering av kunnskapsbasert praksis. Fordi helsefremmende arbeid på mange måter handler like mye om prosess som resultat er det vesentlig å få klarhet i hvordan tiltak implementeres og hvilken virkning det hadde (Sollesnes, 2007, s. 91). Her kan prosessorienterte tilnærminger hvor implementeringsprosessen ses nedenfra være aktuell å bruke (Kulstad, 2009) og i tråd med Sollesnes (2007) kan viktig fokus være på aktuell kontekst hvor tiltak implementeres. Jackson & Waters (2005) hevder det kan være en utfordring at diskusjon rundt aktuell kontekst hvor noe skal implementeres, ofte er fraværende og at dette er noe som også får konsekvenser for implementering av kunnskapsbasert praksis i utdanningsinstitusjonene.

---

<sup>11</sup> NSF-Norsk sykepleierforbund



Det er viktig å forstå at den offentlige politikk ikke er ferdig utformet før den settes ut i bruk (Kulstad, 2009). Hvor sterk gjennomslagskraft et tiltak får, avhenger i stor grad av hva som skjer under implementering. De politiske prosesser som skjer i forbindelse med gjennomføring av beslutninger er slik sett like vesentlige som de politiske ideer som lå til grunn når beslutninger ble tatt (Winter, 2001). Fra implementeringsforskning vet man at veiledere/retningslinjer har begrenset innflytelse på praksis. Skaftun, Nesvåg & Olsen (2002) mener derfor det er viktig at det etableres arenaer hvor utveksling av erfaring, kunnskap og kompetanse og hvor forskning og praksiseksempler inngår. Sollesnes (2006) på sin side mener det kan være en utfordring å implementere kunnskapsbasert praksis i helsefremmende arbeid. Dette begrunner hun blant annet med at sentrale prinsipper innen helsefremmende arbeid kan være vanskelig å forene med grunnprinsipper i kunnskapsbasert praksis. Eller som Are Branstad (2003, s.162) tematiserer i ”*Fra monolog til dialog. Fra én maktform til en annen?*” hvor han peker på vektlegging av omfordeling av makt og myndighet fra ekspert til meningmann og fra sentrale myndigheter til lokale aktører.

Sollesnes (2006) påpeker at i helsefremmende arbeide endres relasjonen til den man samhandler med; individer og grupper betraktes ikke som målgrupper, men som aktive samarbeidspartnere og de profesjonelle må dermed gi fra seg makt. Dette gir en interessant tvetydighet i rollen og ansvaret hos helsearbeideren (Sollesnes, 2006). I helsefremmende arbeid ligger det krav og forventning om reorientering av helsetjenesten. Dette påvirker blant annet helsearbeiders rolle og tradisjonell ekspertrolle erstattes av likeverd og samarbeid. Noe som gir tidligere omtalte endring fra *ekspertstyrt monolog* til *demokratisk dialog*. Samtidig er det et økende krav om ekspert-og vitenskapeliggjøring av praksis; en kunnskapsbasert praksis (Sollesnes, 2006, s.19). Whitehead (2006) påpeker at når stadig flere skoler ønsker å bli/være helsefremmende skoler må helsesøstertjenesten på skolen komme tydeligere på banen og bli mer synlig samt at det behøves en radikal reform i utdanning av helseprofesjoner hvor helsefremmende program i skole er inkludert. Aktive program i skole fordrer nemlig en ”*conscious, sustained and collaborate commitment from the whole school community-and this must include all nursing disciplines*” (Whitehead, 2006, s. 269).

I en implementeringsfase kan kobling til teori være viktig for å følge prosessen og lettere finne forklaringer på en eventuell suksess eller en mislykket intervensjon (Nutbeam, Harris & Wise, 1999). Klepp, Wilhelmsen & Wold (1998) sier hvis det helsefremmende arbeid skal bli effektivt, er det viktig at det bygger på teoretiske antakelser som holder mål. Imidlertid mener de at helsefremmende arbeid ofte mangler en klart uttalt teori eller at det er en teori som ikke

viser seg å være riktig (ibid., 1998, s. 47). Faren for at ”*helse blir helsetjenestens ansvar*” beskrives av Arntzen og Hauger (2003). De fant at til tross for begeistring over et helsefremmende fokus i skole (med mål om økt trivsel og forebygging av psykososiale problemer) og tilsynelatende god forankring i skole og ledelse der, ble dette likevel ble helsetjenestens ansvar. De oppsummerer to viktige konklusjoner: skolen bør ta initiativet og forbedring av skolemiljø må flagges sterkere enn bare ”helse” (ibid., 2003, s.196).

I Nasjonal helse-og omsorgsplan (2011-2015) er det et fastsatt mål at både barnehage og skole skal inkludere helsefremmende faktorer i sine virksomheter (forebygging.no, 2013).

I henhold til opplæringsloven understrekes det at alle elever har rett til et godt fysisk og psykososialt miljø som fremmer helse, trivsel og læring (ibid, 2013). Det er videre politisk enighet om å få flere yrkesgrupper inn i skolen, samt at skolen trenger beredskap og kompetanse utover det pedagogiske for å imøtekomme mangfoldet av elevenes forutsetninger og behov. Ifølge St.meld. nr 16 (2006-2007) er det skolen selv som i stor grad bestemmer hvor mye de for eksempel ønsker å trekke skolehelsetjenesten inn i det forebyggende arbeidet. Ifølge HEFRES-prosjektet ble det imidlertid vist til at flere skoler etterlyste en mer synlig skolehelsetjeneste, og at skolen ønsket et sterkere fokus på helsefremmende og forebyggende arbeid (Hjälmhult & Wold, 2002).

I Norges kommuner med lokalt selvstyre og konkurranse om økonomiske ressurser vil statlige midler som ikke er rammefinansiert lett kunne omprioriteres til andre presserende og lovpålagte oppgaver i kommunen. Her vil en ”utydelig” tjeneste stå i fare for å ikke bli tilgodesett nødvendige midler til sin virksomhet (NSF, 2014). Dette problematiseres også av Fosse (2002) som sier at kommuner som er presset økonomisk kan fristes til å bruke midlene på andre områder, på tross av ”myke” styringsmidler. Det blir derfor viktig at politikere og ledere i kommuneforvaltning fatter interesse for tiltaket (ibid., 2002). Ifølge Anderssen (1997) kan prioriteringer bli forklart med at kommuner ikke vet sitt eget beste, at de ikke har ekspertise nok, at de ikke har informasjon nok eller at de vurderer annerledes enn helsefremmingsideologien tilsier (Anderssen, 1997, s. 343). Anderssen fastslår: ”Helsefremmende og forebyggende arbeid kunne i større grad enn nå inngått i disse lovpålagte oppgavene dersom det hadde vært nok ressurser tilgjengelig lokalt” (Anderssen, 1997, s. 343).

#### 4.5 Skolehelsetjenesten – en praksis uten teori?

”The concept of health promotion, revolutionary in the best sense when first introduced, is in danger of stagnation. This is the case because thinking and research have not been exploited to formulate a theory to guide the field” (Antonovsky, 1996, s. 11). Som en innledning til dette kapittel kan Antonovkys egen bekymring, være interessant. Kritikken til det helsefremmende arbeid og fraværet av teoretisk forankring har vært problematisert av flere (Nutbeam, Harris & Wise, 1999). Jackson & Waters (2005) fastslår at til tross for at mange helseintervensjoner utføres uten direkte referanse til teori, er det ”*substantial evidence from the literature to suggest that the explicit use of theory will significantly improve the chances of effectiveness*” (Jackson & Waters, 2005, s. 370).

I helsefremmende arbeid ser man at selv om fokuset er tonet ned på de individuelle risiko- og adferds-faktorer mens fokuset er styrket på ”*the context and meaning of health actions and the determinant that keep people healthy*” (Kickbusch, 2003, s. 383), skjer det motsatte i praksis. Med andre ord; til tross for at Ottawacharteret ble adoptert og implementert som teori, viser praksis knyttet til helsefremming at det fortsatt er et fokus på individuelle atferdsendringer (Kickbusch, 2003). En annen utfordring for det helsefremmende arbeid kan synes å være at forståelsen for hva helsefremming handler om, ikke alltid er like klar. Dette gjelder for både folk flest, for politikere, for fagfolk innen helsesektoren og andre sektorer hvor helse skal være et fokus (Lillefjell, Knudtsen & Wist, 2011). Kan årsaken være usikkerhet knyttet til teoretisk forankring og valg av tiltak, arbeidsmåter og virkemidler? Med *folkehelseloven* kom et sentralt fokus i å tenke helse i alt vi gjør og brukermedvirkning og bærekraftig utvikling var vesentlig (*Folkehelseloven*, 2011). Samtidig kommer Anderssen (1997) med noen kritiske betraktninger på helsefremming. Det kunnskapsteoretiske grunnlag mangler, helseopplysning representeres under et nytt navn og det er fortsatt en paternalistisk ovenfra-ned-styring. Dette er noe som også problematiserer hos Sollesnes (2007).

Reorientering av helsetjenesten er et av de sentrale innsatsområdene i helsefremmende arbeid og er det femte punktet i Ottawa-charteret. En del av dette handler om profesjonsutøverens rolle. Som tidligere nevnt er det vesentlig at de trer ut av tradisjonell ekspertrolle og inn i arbeidsformer som bygger på likeverd, dialog og samarbeid. Samtidig kan bruken av kunnskapsbasert praksis bety krav om ekspertkunnskap og vitenskapeliggjøring av praksis (ibid., 2007), noe som kan medføre en tvetydighet. På den ene siden ytes bedre begrunnet praksis med vitenskapeliggjøring, mens folks egen tiltro kan svekkes i møte med vitenskapen. Habernas beskriver dette som *kulturell utarming av livsverden* (Jensen & Johnsen, 2000). I tillegg handler det om at helsesektoren i økende grad må bevege seg i en helsefremmende

retning, utover ansvaret for å yte kliniske og kurative tjenester (Fosse, 1997). Betydning av forskning og kompetanseheving av helsepersonell er også tematisert det femte punktet (WHO, 1986). Viktige momenter for at reorientering skal skje, er ifølge Yeatman & Nove (2002): *”Partnership, leadership and commitment were found to be key elements in achieving the organizational change necessary to support health promotion”* (ibid., 2002, s. 349).

*Folkehelsemeldingen (2002-2003)* vektlegger betydning av forebyggende arbeid blant barn og ungdom for å redusere forekomst av psykiske og fysiske plager. I *Resept for et sunnere Norge (2002-2003)* finnes begrepene *”..mening og forutsigbart og håndterbart...”*. Kjente begreper som er knyttet til Aaron Antonovskys beskrivelse av salutogen teorie og OAS (opplevelse av sammenheng). Men utover benevnelse av begreper er teorien som ligger til grunn lite beskrevet. Det kan derfor være fare for at forståelsen for begreper og teorier knyttet til det helsefremmende arbeid kan bli lav. Antonovsky (1996) problematiserer det samme selv når han påpeker at:

*”An attractive concept, bright ideas, some of which have worked, and promises of saving which remain undocumented may generate enthusiasm, but cannot become a cumulative basis for understanding which would guide action”* (Antonovsky, 1996, s. 11).

#### **4.6 Kunnskapsutvikling**

I Stortingsmelding nr 16 (2002-2003) hevdes det at nye utviklingstrekk i samfunnet gir nye utfordringer for helsetjenesten. Helsesøsters arbeidsområde er utvidet med nye problemstillinger som ofte regnes som mer kompleks og vanskelig og som dermed betyr nye og økte krav til helsesøsters kompetanse (Glavin, 2005). Ifølge Hatling (2011) er kompetanseheving både et individuelt ansvar og et systemansvar. Glavin (2005) finner i sitt studie at helsesøstrene selv i *stor eller noen grad* opplevde behov for mer kompetanse innen områder som har fått en sterkere aktualitet de siste årene, som blant annet psykisk helse. Hun spør videre om særlig skolehelsetjenesten henger etter, både hva gjelder ressurser og faglig oppdatering. Når SINTEF helse i 2006 på oppdrag fra Sosial-og helsedirektoratet utførte en kartleggingsundersøkelse av kommunalt ansatte helsesøstre (Andersson, Ose & Norvoll, 2006), oppga flere helsesøstre at de hadde tatt eller var i gang med å ta videreutdanning/etterutdanning relatert til psykisk helse. Generelt ble det problematisert at helsesøsterutdanningen hadde gitt for lite kunnskap om psykiske problemer (ibid., 2006, s. 59). Mastergradsstudiet for helsesøsterutdanning ble positivt omtalt da dette styrket tema

knyttet til psykisk helse. Samtidig ble det nevnt at jevnlig oppdateringer av kompetanse i form av kurs og etterutdanninger også ville være nødvendig. På spørsmål om helsesøstrene var kjent med innholdet i nasjonale styringsdokumenter som lover, forskrifter, NOU og Stortingsmeldinger, fant de at 30 % av helsesøstrene i stor grad var kjent med innholdet, mens 63 % i noen grad var kjent med dette. I underkant av 10 % kjente i liten grad eller ikke overhodet til dokumentene (Andersson, Ose & Norvoll, 2006). Sandvik (1997) viser til myndighetenes krav til utdanningene som skal møte nye utfordringer, og at det skal legges vekt på evne til: ” .... *samarbeid, oppfinnsomhet, kritisk sans og selvstendighet... å se sammenhenger...*” (Sandvik, 1997, s. 307). Myndighetene mener derfor at utdanningsinstitusjonene må være fleksible og tilpasningsdyktige for å møte nye krav i samfunnet (ibid., 1997).

I tilknytning til *Opptappingsplanen for psykisk helse (1999-2008)* ble det satt av øremerkede midler til kommunene, for kompetansøking og styrking av ressurser i skolehelsetjenesten. Hatling (2011) mener det kan være grunn til å anta at kompetansehevingen knyttet til psykisk helse er preget av betydelig mindre ressurser i dag.

En annen utfordring knyttet til det helsefremmende arbeid i Norge og som påpekt av Dahl, Andrews & Clancy (2013) er et sprik mellom myndighetenes anbefalinger og det rammeplanen for utdanningen vektlegger. De har sett nærmere på helsesøsterutdanning og helsefremming og konkluderer med at det ikke er samsvar mellom regjeringens krav og det rammeplanen for helsesøsterutdanningen tilbyr. Dette kan gi utfordringer både for utdanningen og selve praktiseringen av ”*public health nursing*” (ibid., 2013, s. 36). De fant blant annet at biomedisinsk kunnskap fortsatt var dominerende og selv om innhold i pensum fokuserte på brukermedvirkning, ble en mer paternalistisk ideologi avslørt. Rammeplanen manglet videre et fokus på befolkningsrettede tiltak. Derfor anbefales revisjon av rammeplanen for helsesøsterutdanningen om nye politiske retninger innen helsefremming skal innfris (Dahl, Andrews & Clancy, 2013, s. 36).

Mangel på aktuell kompetanse påpekes også av Zahner & Gredig (2005). Med økt fokus på blant annet samarbeid og befolkningens helse, endres behovet for kunnskap og ferdigheter hos helsesøstrene. Gebbie & Hwang (2000) identifiserte flere ferdighetsområder som trengte styrking om ønsket tilbud skulle innfris av tjenesten. Samtidig viser Zahner & Gredig (2005) til at det er mange grunner til dette. Deres studie viser at i en travel hverdag er det lite rom for videreutdanning: ” *We just have time to do our basic job with poor staffing and all the paperwork*” (Zahner & Gredig, 2005, s. 448). De ser videre at mange ”...*public health nurses*

*don't seem to grasp this paradigm shift in practice*” (ibid., 2005, s.448). Samtidig vises det til manglende support fra arbeidsgivere om videreutdanning tas: *”For me, a master degree, would be worthless here. I would need to move to use it and that is not an option”* (Zahner & Gredig, 2005, s. 448).

Med nye og økte krav til kommunal kvalitet og kompetanse argumenterer Skaftun, Nesvåg & Olsen (2002) for betydning av en arena for utveksling av erfaring, kunnskap og kompetanse og hvor forskning og praksiseksempler utvikles. Dette er helt i tråd med Landsgruppen av helsesøstre, NSF, sine ønsker. I 2008 etablerte de et prosjekt med målsetting om et forpliktende politisk vedtak på opprettelsen av *nasjonalt kompetanse-og utviklingssenter for helsestasjons- og skolehelsetjenesten* der det vises til behov for økt satsing på fagutvikling og forskning innenfor denne tjenesten.

Hatling (2011) påpeker at feltet psykisk helsearbeid for en stor del er dominert av ikke-skrivende profesjoner, for eksempel sykepleiere med spesialistutdanning. Dette kan innebære en utfordring for et praksisfelt i å få publisert fra sin praksis. Det samme bildet kan sies å gjelde innen helsesøstertjenesten. Neumann går langt i sin kritikk av helsesøstertjenestens manglende forskningsbakgrunn. Hun hevder at det er vanskelig å drive tradisjonell teoretisk begrepsdiskusjon all den tid feltet er under-teoretisert i samfunnsvitenskapelig sammenheng (Neumann, 2009, s.51). Dahm, Landmark, Kirkehei, & Reiner (2010) påpeker at det er en mangel på forskning på skolehelsetjenesten og de mener fagmiljøene selv bør gjennomføre studier på dette området.

## 5.0 Behov for nye retninger for skolehelsetjenesten

Det er en utfordring at helse og helsefremming i skolesammenheng ofte er sett på som helsesøsters ansvar alene. Det blir feil. Helse er i dag gjennom folkehelseloven og samhandlingsreformen blitt et anliggende for alle og noe som skal være styrende for alle beslutningsorganer og arenaer. Skole som arena er av mange grunner beskrevet som en utfordring i så henseende. Whitehead (2006) foreslår derfor ulike muligheter for at helsesøstertjenesten skal få styrket sin helsefremmende rolle i skolen. Han mener at tjenesten enten må oppløses helt for derved lettere kunne innrette seg mot en bredere ”*public health role*” og forhåpentligvis, beholde sin skolehelsefunksjon som en del av familiehelserollen (s. 268). Han mener videre at systemteori kan være en hensiktsmessig tilnærming for å identifisere skolen som en del av et større samfunnssystem. En annen tilnærming og kanskje mer realistisk er at tjenesten retter seg inn som en partner i et samlet og samarbeidende skolehelseprogram (ibid., 2006, s 268).

Det kan synes betydningsfullt at helsesøstertjenesten blir mer synlig i sin virksomhet. Det gjelder i forhold til målgruppen (Barneombudet, 2013), politikere (Barneombudet, 2013; Dahm et al., 2010) og egen faglige utvikling (Neuman, 2009; Clancy, 2007). En usynlig tjenesten kan stå i fare for å miste sin funksjon, mens andre faggrupper er klar for nye oppgaver, også det som tidligere ble regnet for typiske helsesøsteroppgaver. Om tjenesten i fremtiden ønsker å utføre arbeidsoppgaver som består av mer enn høyde/vekt og vaksineringsoppgaver, må tjenesten vise hva de kan, styrke forskning på eget felt, og jobbe betydelig sterkere opp imot forvaltning og forskning. Det er få metodiske tiltak som benyttes og det er for lite forskning på tiltak som brukes ute i skolene. Nye helsefremmende og forebyggende tiltak i skolehelsetjenesten bør følges av robuste evalueringer (Dahm et al., 2010).

Stenvollen, Elvbakken og Malterud (2005) sammenlignet norske forebyggingspolitiske dokumenter fra 1993 og 2003 på bakgrunn av St.meld nr 37 (1992-1993) *Utfordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid* og St.meld 16 (2002-2003) *Resept for et sunnere Norge (Folkehelsemeldingen)* og de konkluderer med at det overordnede perspektivet i folkehelsemeldingen synes å være individrettet, og at norsk forebyggingspolitikk bærer preg av økt individualisering (ibid., s. 12). Stenvollen, Elvbakken og Malterud (2005) påpeker at Folkehelsemeldingen vektlegger holdningskampanjer og opplysning mer enn strukturelle

virkemidler. Noe som bidrar til fortsatt sterkt fokus på enkeltindivid mer enn en bred satsing på struktur og samfunn (ibid., 2005).

Hvor godt teorier knyttet til helsefremming er implementert i de ulike forvaltnings- og styringsorganer kan være viktig å se nærmere på. Likeså kan det være viktig å se på rammeplan for helsesøsterutdanningen som ikke er revidert siden 2005. Ifølge Gebbie & Hwang (2000) bør rammeplaner og rammeverk grundig gjennomgås for å se på hvordan et helsefremmende fokus best kan implementeres. Ny forskning og kunnskap er utviklet og dette bør innlemmes i helsefaglige utdanninger.

Om man velger å se nærmere på det salutogene perspektiv, kan det i forhold til ungdoms psykiske helse være sentralt å se på noen av Antonowskys tanker om salutogenese. Han ønsket som tidligere nevnt å fortelle oss at livet aldri kan bli helt kontrollert og denne uforutsigbarheten måtte vi lære oss å leve med. Som en del av det salutogene rammeverk er det vesentlig å være i stand til å møte usikkerhet og kaos (Lindström & Eriksson, 2010). Ungdomstiden er for de fleste preget av store endringer, både kroppslig, sosialt og psykologisk. Det kan sies så sterkt som at, det som anses som unormalt i andre livsfaser, er regnet som innenfor normalen i ungdomstiden (Jacobsson, 2003). Forståelsen og kunnskapen om det avvikende, henger derfor nøye sammen med det normale. Erfaring fra psykiatrien viser at det kan skje en overdiagnostisering av ungdom med psykiske lidelser fordi kunnskapen om hva som er alminnelige ungdomsproblematikk er for svak (ibid, 2003). Utfordring kan bli at man på ene siden ønsker å komme til med hjelp så tidlig som mulig, før vanskene blir for store, samtidig som at man på den andre siden da står i fare for å blåse opp vansker som hadde hatt best av å normaliseres (Olaisen, 2007). Her kan et salutogent perspektiv på helse, med kunnskap om og erfaringer og forståelse for at livet går i bølger, synes vesentlig i møte med ungdoms psykiske helse.

For å nå frem til en tilstand av fysisk, psykisk og sosialt velvære må et individ eller en gruppe være i stand til å identifisere og virkeliggjøre sine forhåpninger, tilfredsstille sine behov og endre eller mestre sitt miljø (Anderssen, 1997, Natvig, 1998). Ifølge Natvig (1998) innebærer valget om å se på god helse som en ressurs i dagliglivet, at man ikke utelukkende kan se på helsefremmende arbeid som noe som angår helsesektoren. Et helsefremmende fokus involvere også politikk, skolevesen og media. Ifølge Iversen (2010) er helsefremmingsbegrepet blitt kritisert fordi konsekvensen av helsefremmende arbeid blir



knyttet til politisk virksomhet. Noe som både var anerkjent og anbefalt i Ottawa-charteret, om helsefremming skulle få gjennomslagskraft (ibid., 2010).

Fokus på helse blir fortsatt ofte sett i sammenheng med sykdom og hvor viktig fokus er på å forhindre sykdom og lidelse og hvordan behandle. God helse kan imidlertid ikke bare handle om dette. Anstrengelser i forhold til helse burde være å holde et sterkere fokus på hvordan man kan styrke helse, ved å styrke fysisk, psykisk og sosial velbefinnende (Jensen & Johnsen, 2000).



## 6.0 Konklusjon

Artikkelen har belyst noen aspekter ved det helsefremmende arbeid i skolehelsetjenesten. Gjennom en redegjørelse og diskusjon er det forsøkt vist hva det helsefremmende arbeid knyttet til psykisk helse i skolehelsetjenesten er bygget på. Underveis fremkommer noen områder som kan medføre utfordringer og muligheter knyttet til dette arbeidet og hvilke innsatsområder det kan settes et sterkere fokus på. For å få styrket arbeidet mot ungdom og psykisk helse og å møte kompleksiteten i arbeidsområdet, fordres bred tilnærming. Gjennom de snart 30 år som er gått siden Ottawa-charterets tilblivelse i 1986 har mye positivt skjedd. Samtidig ses områder som fortsatt kan trenge et sterkere fokus og forskning på, om helsesøsters tilbud i det forebyggende og helsefremmende arbeid i forhold psykisk helse, skal styrkes. Det teoretiske fundament og kompetanseheving av tjenesteyterne kan vektlegges. Skolehelsetjenestens samarbeid med skolen og tjenestens bidrag til å tenke ”helse i alt” kan styrkes og flere konkrete verktøy til bruk ute i skolene kan være hensiktsmessig. Tjenestens dialog og samarbeid med lokale politikere for å promotere tjenestens betydning i det helsefremmende arbeid synes vesentlig, samt dialog med målgruppen, de unge.



## Referanseliste

- Anderssen, N. (1997). Et kritisk blikk på helsefremmingsbevegelsen. I H. Alsvåg, N. Anderssen, E. Gjengedal & M. Råheim (Red.). *Kunnskap, kropp og kultur. Helsefaglige grunnlagsproblemer* (s. 325-352). Oslo: Gyldendal AS.
- Andersson, H., W., Ose, S., O., Norvoll, R. (2006). *Helsesøsters kompetanse*. Rapport A558. Trondheim: SINTEF Helse
- Andersson, H., W., Steinhaug, S. (2008). *Tilgjengelighet av tjenester for barn og unge med psykiske problemer. Evaluering av Opptrappingsplanen for psykisk helse*. Rapport A4727. Trondheim: SINTEF Helse
- Antonovsky, A. (1966). The salutogenic model as a theory to guide health promotion, *Health Promotion International*, (11) s. 11-18
- Arntzen, A., Hauger, B. (2003). Utfordringer i arbeid med barn og unge. I H. A. Hauge & M. B. Mittelmark (Red.), *Helsefremmende arbeid i en brytningstid. Fra monolog til dialog?* (s. 193-203). Bergen: Fagbokforlaget
- Aarø, L. E. (1997). Skolen –en ressurs eller risikofaktor? I K. I. Klepp & L. E. Aarø (Red.), *Ungdom, livsstil og helsefremmende arbeid* (s.214-225). Oslo: Universitetsforlaget.
- Barne, likestillings- og inkluderingsdepartementet. (2015). *Satsing på barn og unge*. Oslo: Barne, likestillings- og inkluderingsdepartementet.
- Barneombudet (2013). *Barneombudet fagrapport 2013. Helse på barns premisser*. Hentet 03. Januar 2015, fra: [http://barneombudet.no/wp-content/uploads/2014/03/Helse\\_på\\_barns\\_premisser.pdf](http://barneombudet.no/wp-content/uploads/2014/03/Helse_på_barns_premisser.pdf)
- Becker, C. M., Rhynders, P. (2012). It's time to make the profession of health about health. *Scandinavian Journal of Public Health*, s. 1-3

- Berg, B; Henriksen, K (2013). Helsesøster som samfunnsaktør. *NSF-Politikk (1)*. s. 2-3
- Branstad, A. (2003). Fra monolog til dialog. Fra én maktform til en annen. I H. A. Hauge & M. B. Mittelmark (Red.), *Helsefremmende arbeid i en brytningstid. Fra monolog til dialog?* (s. 162-173). Bergen: Fagbokforlaget
- Clancy, A. (2007). A profession under threat? An exploratory case study of changes in Norwegian public health nursing. *International Council of Nurses*. s. 197-203
- Clancy, A., Svensson, T. (2009). Perceptions of Public Health Nursing Practice by Municipal Health Officials in Norway. *Public Health Nursing (26)*. s. 412-420. Doi: 10.1111/j.1525-1446.2009.00799.x
- Dahl, B. M., Andrews, T., Clancy, A., (2014). Contradictory discourses of health promotion and disease prevention in the educational curriculum of Norwegian public health nursing: A critical discourse analysis. *Scandinavian Journal of Public Health (42)*. s. 31-37. Doi: 10.1177/1403494813502585
- Dahm, K. T., Landmark, B., Kirkehei, I., Reiner, L. M. (2010). *Effekter av skolehelsetjenesten på barn & unges helse og oppvekstvilkår*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
- Dietscher, C. (2013). How can the functioning and effectiveness of networks in the settings approach of health promotion be understood, achieved and researched. *Health Promotion International*. s.1-11. Doi. 10.10093/heapro/dat067
- Dooris, M. (2005). Healthy settings: challenges to generating evidence og effectiveness. *Health Promotion International*. (21). No1. s. 55-65. Doi: 10.1093/heapo/dai030
- Ersvik, A. G. (2012). En liten stor tjenesten. Helsestasjonen i Norge har passert 100 år. Hva med de neste hundre? *Tidsskrift for helsesøstre (1)*. s. 68-70
- Espnes, G. A., Smedslund, G. (2009). *Helsepsykologi*. (2. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

- Falk Rafael, A. R. (2005). Speaking Truth to Power: Nursing Legacy and Moral Imperative. *Advances in Nursing Science* (28), 3, s. 212-223
- Fosse, E. (1997). Profesjoner og profesjonalisering i helsefremmende og forebyggende arbeid. I H. Alsvåg., N. Anderssen., E. Gjengedal., M. Råheim (red.). *Kunnskap, kropp og kultur. Helsefaglige grunnlagsproblemer*. s. 169-184. Oslo: Gyldendal AS
- Fosse, E. (2002). *Forankring og samarbeid*. Hentet 19.11.2014, fra <http://www.forebygging.no/Kronikker/TIDLIGERE-KRONIKKER/Forankring-og-samarbeid-et-umulig-arbeid/>
- Fosse, E. (2009). Norwegian Public Health Policy: Revitalization of the Social Democratic Welfare State? *International Journal of Health Services*, 39 (2), s-287-300
- FNs konvensjon om barns rettigheter* (1991). Hentet 08 januar 2015 fra: [https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/bfd/bro/2004/0004/ddd/pdfv/17893\\_1-fns\\_barnekonvensjon.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/bfd/bro/2004/0004/ddd/pdfv/17893_1-fns_barnekonvensjon.pdf)
- Gebbie, K. M., Hwang, I. (2000). Preparing Currently Employed Public Health Nurses for Changes in the Health System. *American Journal of Public Health* (90), s. 716-721
- Glasgow, R. E., Lichtenstein, E., Marcus, A. C. (2003). Why Don't We See More Translation of Health Promotion Research to Practice? Rethinking the Efficacy-to Effectiveness Transition. *American Journal of Public Health* (93). s. 1261-1267
- Glavin, K. (2005). Kunnskap i tråd med samfunnets behov. *Sykepleien* (05). s. 56-57
- Glavin, K., Kvarme, L. G. (2003). *Helsesøster-tjenesten. Fra menighetssykepleie til folkehelsevitenskap*. Oslo: Akribe Forlag
- Gulbrandsen, P. (2000). Styrking – det rette norske begrep for empowerment? *Tidsskrift for Den norske legeforening* (19).

Hatling, T. (2011). Psykisk helsearbeid som kunnskaps- og kompetansefelt. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 8 (2). s. 143-153

Hauge, H. A. (2003). Hvordan kan samfunnsvitenskap bidra til helsefremmende arbeid? I H. A. Hauge & M. B. Mittelmark (Red.), *Helsefremmende arbeid i en brytningstid. Fra monolog til dialog?* (s. 15-35). Bergen: Fagbokforlaget

*Helsefremmende og forebyggende arbeid.* (2011). Hentet 24.01.2015 fra <http://helsedirektoratet.no/helse-og-omsorgstjenester/helsestasjon-skolehelsetjenesten/forebyggende-tiltak/Sider/default.aspx>

Helsedepartement (2002-2003). *Resept for et sunnere Norge. Folkehelsepolitikken.* (St.meld. nr 16, 2003-2003). Oslo: Helsedepartementet

Helsedirektoratet (2003). *Veileder til Forskrift av 3. April 2003, nr. 450 om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten.* Oslo: Helsedirektoratet

Helsedirektoratet (2003). *Forskrift av 3 april 2003 nr 450 om kommunens helsefremmende og forebyggende i helsestasjons- og skolehelsetjenesten.* Oslo: Helsedirektoratet

Helsedirektoratet (2004). *Lov om pasientrettigheter (IS-12).* Oslo: Helsedirektoratet

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

Helsedirektoratet. (2012). *Helsetilbud til ungdom og unge voksne.* (Rapport, IS-2044). Oslo: Helsedirektoratet

Helse-og omsorgsdepartement (2012-2013). *Folkehelsemeldingen God helse-felles ansvar* (Meld.St. 34, 2012-2013). Oslo: Helse-og Omsorgsdepartementet

Helse-og omsorgsdepartementet. (2010-2011). *Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven)* (Prop. 90 L). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet



Helse-og omsorgsdepartementet. (2011-2015). *Nasjonal helse- og omsorgsplan*. (Meld.st.16).  
Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet

Helse- og omsorgsdepartementet.(1999-2008) *Opptrappingsplanen for psykisk helse*. Oslo:  
Helse-og omsorgsdepartementet

Helse- og omsorgsdepartementet. (2008-2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på  
rett sted - til rett tid*. (St.meld. nr. 47). Oslo: Det kongelige helse-og  
omsorgsdepartement

Helsetilsynet i Hordaland (2008). *Kartlegging av helsetenester til ungdom i kommunane*.

Hjälmhult, E., Wold, B. (2002). Skolehelsetjenesten og helsefremmende arbeid. *Vård i  
Norden*, 22 (63). s. 42-46

Iversen(2010). *Helsefremmende arbeid*. Hentet 11.12.2014 fra  
<http://www.forebygging.no/Ordbok/F-K/Helsefremmende-arbeid/>

Jackson, N., Waters, E. (2005). Criteria for the systematic review of health promotion and  
public health interventions. *Health Promotion International*, (20). S.367-373. Doi:  
10.1093/heapro/dai022

Jacobsson, G. (2003). *På tärskelen til vuxenvärlden. Unga vuxna berättar om påfrestningar  
och svårigheter i livet*. (Rapport nr-25). Stockholm: Karolinska instituttet:  
psykioterapiinstituttet, Stockholms läns landsting

Jensen, T.K., Johnsen, T.J. (2002). *Sundhedsfremme i teori og praksis: en lære, og debat- og  
bruksbog på grundlag af teori og praksisbeskrivelser*. (2 utg.). Århus: Philosophia

Kickbusch, I. (2003). The Contribution of the World Health Organization to a New Public  
Health and Health Promotion. *American Journal of Public Health*. (93). s.383-388

Klepp, K.L., Aarø, L.E. (1991). *Ungdom, livsstil og helsefremmende arbeid*. Oslo:  
Universitetsforlaget

Klepp, K. I., Wilhelmsen, B. U., Wold, B. (1998). Planlegging og gjennomføring av det helsefremmende arbeidet-HEMIL-modellen. I K. I. Klepp (Red.), *Ungdom for helse*. (s.47-70). Oslo: Pensumtjeneste

*Kommunehelsetjenestenloven*.(2006). Lovdata. Hentet 16.03.2015 fra:

<https://www.regjeringen.no/nb/dokumenter/lov-om-helsetjenesten-i-kommunene/id4373444>

Kunnskapsdepartementet. (2011-2013). *Utdanning for velferd*. (Meld. st.13) Oslo: Kunnskapsdepartementet

Kunnskapsdepartementet. (2006-2007). *...og ingen sto igjen – Tidlig innsats for livslang læring*. (St.meld. nr. 16). Oslo: Kunnskapsdepartementet

Kulstad, M (2009). *Å bygge en grunnmur. En implementeringsstudie av Opptrappingsplanen for psykisk helse i kommunen*. (Masteroppgave, SINTEF Teknologi). Trondheim: SINTEF Teknologi

Langeland, E. (2012) *Salutogenese som forståelsesramme i psykisk helsearbeid. I Helsefremmende sykepleie. I teori og praksis*. (red: Gammersvik, Å & Larsen, T).

Lillefjell, M., Knudtsen, M. S., Wist, G. (2011). *Kunnskapsbasert folkehelsearbeid. Kartlegging av kunnskapsgrunnlag, pågående satsinger, samt forsknings- og kompetansebehov i folkehelsearbeidet lokalt og regionalt*. (Rapprt 2011/06). Trondheim: Senter for helsefremmende forskning HIST/NTNU

Lindström, B., Eriksson, M. (2010). *The hitchhiker's guide to salutogenesis. Salutogenic pathways to health promotion*. Helsinki: Folkhälsan Research Centre, Health Promotion esearch.

Mæland, J. G. (2005). *Forebyggende helsearbeid. I teori og praksis*. (2 utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

- Natvig, G. K. (1998). Tro på å lykkes fremmer atferdsendring. *Sykepleien* nr 14/1998
- Neumann, C. B. (2009). *Det bekymrede blikket. En studie av helsesøsters handlingsbetingelser*. Oslo: Novus forlag.
- NOVA (2013). *Ungdata. Nasjonale resultater 2013*. (NOVA Rapport 10/14). Oslo: NOVA
- NSF. *Liten grunn til ordførerjubel* (2014). Hentet 21.03.2015 fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2188687/17036/Liten-grunn-til-ordforerjubel>
- NSFs Landsgruppe av helsesøstre. (2005). *Veiviser for skolehelsetjenesten i videregående skole*. Oslo: NSF
- Nutbeam, D., Harris, E., Wise, M. (1999). *Theory in a Nutshell. A practical guide to health promotion theories*. (3 utg.). Australia: McGraw-Hill Australia Pty Ltd
- Olaisen, K. (2007). *Ungdom og utviklingsfremmende samtaler. Utvikling av samtaletilbud i skjæringspunktet mellom skolehelsestasjon og barne-og ungdomspsykiatrien*. Oslo: Nic Waals Institutt, Lovisenberg Diakonale sykehus
- Raphael, D. (2014). Challenges to promoting health in the modern welfare state: The case of the Nordic nations. *Scandinavian Journal of Public Health*, (42), s.7-17
- Rønningen, G. E. (2002) *Valg av tilnærming*. Hentet 06.01.2015 fra <http://www.forebygging.no/Artikler/2007-1998/Helsefremmende-og-forebyggende-arbeid/Grete-Eide-Ronningen/>
- Seip, A. L. (1994). *Sosialhjelpstaten blir til. Norsk sosialpolitikk 1740-1920*. Oslo: Gyldendal
- Seligman, M. E. P. (2008). Positive Health. *Applied Psychology*. (57). s. 3-18. Doi: 10.1111/j.1464-0597.2008.00351.x
- Schiøtz, A. (2003). *Det offentlige helsevesen i Norge 1603-1850. Folkets helse-landets styrke 1850-2003*. Oslo: Universitetsforlaget

- Skaftun, J-E., Nesvåg, S., Olsen, T.B. (2002). *Kompetanseheving i et lukket fagfelt? Sluttrapport i evalueringen av Kunnskap og brubygging* (Rapport RF-2000/098). Stavanger: Rogalandsforskning.
- Sollesnes, R. (2006). *Utfordringer med å implementere kunnskapsbasert praksis i helsefremmende arbeid*. Vestnorsk Nettverk-Forskerutdanninga. Vitenskapsteoretisk essay
- Sollesnes, R. (2007). Kunnskapsbasert praksis og helsefremmende arbeid noen utfordringer. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning* (2). s. 81-94
- Sosialdepartementet. (1991). *Flere gode leveår for alle. Forebyggingsstrategier*. (NOU 1991:10). Oslo: sosialdepartementet
- Sosial- og helsedepartementet. (1998) *Det er bruk for alle. Styrking av folkehelsearbeidet i kommunene*. (NOU 1998:18). Oslo: Statens forvaltningstjeneste.
- Sosial- og helsedirektoratet. (2007). *Veileder i Psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene* (IS-1405). Oslo: Sosial- og helsedirektoratet
- Sosialdepartementet. (1992-1993) *Utfordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid*. (St.meld. nr. 37. 1992-1993). Oslo: Sosialdepartementet
- Stang, I. (1998). *Er "empowerment" en ideologi eller metode- eller begge deler?* Hentet 01. Mai, 2015 fra <http://www.forebygging.no/spm-og-svar/1-Teorilitteratur/Er-empowerment-en-ideologi-eller-metode---eller-begge-deler/>
- Statens helsetilsyn. (1998). *Undersøkelser i helsestasjons- og skolehelsetjenesten*. (IK-2618). Oslo: Helsetilsynet
- Statens helsetilsyn. (1998). *Veileder for helsestasjons- og skolehelsetjenesten*. (IK-2617). Oslo: Helsetilsynet

- Stenvoll, D., Elvbakken, K. T., Malterud, K. (2005). Blir norsk folkehelsepolitikk mer individorientert? *Tidsskrift Norsk Lægeforening*, 125, (5).s. 603-5
- Sørensen, M., Graff-Iversen, S. (2001). Hvordan stimulere til helsefremmende atferd? *Tidsskrift for Den norske legeforening*(121). s. 4
- Sørensen, M., Graff-Iversen, S., Haugstvedt, K-T., Enger-Karlsen, T., Narum, I. G., Nybø, A. (2002). ”Empowerment” i helsefremmende arbeid. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. (122). s. 2379-83
- Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori*. (2 utg.). Bergen: Fagbokforlaget
- Utdannings- og forskningsdepartementet. (2005). *Rammeplan og forskrift for helsesøsterutdanningen*. Oslo: Utdannings- og forskningsdepartement
- Whitehead, D. (2006). The health-promoting school: what role for nursing? *Journal of Clinical Nursing*, (15), s. 264-271
- WHO. (1986). *The Ottawa Charter for Health Promotion*. Hentet 01. mai 2015 fra <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>
- WHO. (1997). *Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century*. Hentet 03. mars 2015 fra <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/declaration/en/>
- WHO. (2005). *The Power to influence Population Health through Advocacy by Community Health Nursing* (iaBPG). Hentet 14. april 2015, fra <https://www.chnc.ca/documents/E7CarolYandreski.pdf>
- Winter, S (2001). *Implementering & effektivitet*. Herning: Systime
- Wold, B., Samdal, O. (2005). Psykologiens rolle i helsefremmende arbeid. *Tidsskrift for Norsk Psykologiforening*, 42(10). s. 897-902

Wærness, K., Andrews, T. (2004). Deprofesjonalisering av helsesøsteryrket? *Sosiologisk tidsskrift* (12). s. 325-341

Yatman, H. R., Nove, T. (2002). Reorienting health svices with capacity building: a case study of the Core Skills in Health Promotion. *Health Promotion International*, 17, (4). S 341-350. Doi: 10-1093/heapro/17.4.341

Zahner, S. J., Gredig, Q-N. B. (2005). Improving Public Health Nursing Education: Recommendations of Local Health Nurses. *Public Health Nursing* (22). s. 445-4450

## **ARTIKKEL 2: HELSEFREMMEDE ARBEID I SKOLEHELSETJENESTEN**

**HELSEØSTERS MULIGHETER OG BEGRENSNINGER**





## Sammendrag

**Mål:** Målet med studien er å få forståelse for hvordan et utvalg helsesøstre oppfatter sitt helsefremmende bidrag i skolehelsetjenesten, og da særlig knyttet til ungdom og psykisk helse. Ved å sette søkelys på muligheter og utfordringer det helsefremmende arbeid i skolehelsetjenesten, kan identifisering av viktige innsatsområder avdekkes.

**Metode:** Fokusgruppeintervju som metode ble valgt for å få et innblikk i hvordan helsesøstre i skolehelsetjenesten oppfatter at de jobber helsefremmende. I intervjuet ble tema som ungdoms psykiske helse, skolehelsetjeneste og helsefremming diskutert.

Fokusgruppeintervjuet med åtte informanter danner datagrunnlaget for studiet. En semistrukturert intervjuguide ble brukt og intervjuet ble tatt opp på lydfil.

**Resultater:** Helsesøstre med til dels lang erfaring fra skolehelsetjenesten opplever at psykisk helse over år har blitt et økende problem. Fokusgruppeintervjuet viser at helsesøstre for en stor del jobber helsefremmende. De hadde et sterkt friskfokus og mer enn å problematisere ungdoms helseplager ønsket de å bidra til å styrke den unge og til å finne den unges egne ressurser. De opplevde også utfordringer knyttet til det helsefremmende arbeid. Verktøy og metoder til bruk i møte ungdom med psykiske helseplager ble etterlyst. Ressursene de hadde til rådighet ute i skolene ble problematisert, med det resultat at enkelte opplevde mye tidsbruk på enkeltsamtaler mer enn arbeid ut mot større grupper.

**Konklusjon:** Helsefremmende arbeid i skolehelsetjenesten er en naturlig og viktig innfallsvinkel for helsesøstre, men som kan være vanskelig å få gjennomført godt nok. Årsaker til dette kan være fordi de ikke har tid og ressurser, men også fordi de kan mangle programmer eller verktøy. Forankring i tjenesten og manglende fagfellesskap ute på skolene ble problematisert.

**Nøkkelord:** helsefremmende arbeid, skolehelsetjeneste, psykisk helse

## Summary

**Aim.** The aim of the study is to understand how public health nurses perceive their health promoting contribution to school nursing service, particularly in relation to adolescents and mental health. By focusing on possibilities and challenges for health promoting work at school, important issues can be identified.

**Method.** Focus group interview as method was chosen to reveal public health nurses' perception of their health promotion work at schools. During the interview mental health, school health service and health promotion were discussed. Focus group interview with eight participants form the basis of the study. A semi-structured interview guide was used and the interview was taped

**Findings.** The study revealed that public health nurses with long experience perceive that youth mental health over years has developed to an increasing problem. The focus group interview to a large degree work health promoting. They had a strong focus on positive health, and more than to focus on the health problems, they wanted to contribute to strengthen the youth and help them to find and use their own resources. They also experienced challenges related to the health promoting work. Some mentioned the need for better tools and methods in meeting the young with mental health problems. Additionally they mentioned a lack of resources, which for some resulted in an overweight of individual consultations.

**Conclusion.** Health promotion work in school is a natural and important part of the public health nurses' daily work. However, it can be difficult to do it well enough, according to them. This can be explained by a lack of time and too small work force, but also by lack of tools and methods. Additionally, they often work alone at schools and experience little support and professional discussions with their peers.

**Key words:** health promotion, public health nurse, school health service, adolescents, mental health

## Ta oss på alvor

Jeg lurer på hvor mange desperate stemmer som må til, før politikerne skjønner at vi må ta psykisk helse blant ungdom på alvor. Annenhver dag tør en ny, ung stemme å stå frem. Depresjon, ensomhet, angst. De kaster lys over et viktig problem, men ingen ser ut til å ta dem på alvor. Psykisk helse forblir et tabubelagt tema. Mange kjenner det, men ingen tør å snakke om det. Helsesøstre forblir bortgjemte. Profesjonelle tilbud forblir langt inn i fremtiden, grunnet lange ventelister. Hva må til?

Gutt (17år). Aftenposten, si;d, torsdag 28 august 2014.





## 1.0 Introduksjon

Skolehelsetjenesten er et kommunalt helsetilbud til ungdom ute på skolene. I dette studiet er hensikten å få en forståelse av hvordan helsesøstre i skolehelsetjenesten jobber helsefremmende i forhold til psykisk helse.

### 1.1 Bakgrunn for prosjektet

Nye utviklingstrekk i samfunnet gir nye helseutfordringer som krever nye strategier. Det er 12 år siden *Resept for et sunnere Norge* (2003) kom. Barn og ungdom var en sentral målgruppe for folkehelsearbeidet fordi grunnlaget for helse og helsevaner legges i ung alder. Målet var at de forebyggende og helsefremmende tjenestene for barn og unge, som helsestasjons- og skolehelsetjeneste, skulle bli bedre tilpasset målgruppen og tilpasset nye utfordringer knyttet til psykisk helse og levevaner (ibid., 2003). Med *Opptrappingsplanen for psykisk helse* (1999-2008) kom ytterligere et styrket fokus på psykisk helse. I tillegg kom *Samhandlingsreformen* (2008-2009) med mål om å forebygge mer, behandle tidligere og samhandle bedre. Nye føringer fra sentrale myndigheter har økt etterspørselen etter kunnskap. Det hevdes at psykisk helsearbeids fremtid avhenger av evnen til å tilpasse seg endrede forventninger og rammevilkår (Langeland, 2014).

#### 1.1.1 Forskningsbehov

Det er gjennomgående beskrevet at det er lite og mangelfull forskning på skolehelsetjenesten. Dahm, Landmark, Kirkehei & Reiner (2010) fant i sitt arbeid med evaluering av effekter av skolehelsetjenesten i Norge, ingen systematiske oversikter som omhandlet helsepersonell i skolehelsetjeneste. Det er generelt stor usikkerhet rundt effekter av program som brukes i tjenesten, og det er usikkerhet i hvor stor grad tjenesten jobber helsefremmende (Whitehead, 2006; Neuman, 2009). De fant imidlertid flere forebyggende og helsefremmende tiltak på skolen hvor helsepersonell var involvert. Dahm et al., (2010) sier at det generelt kan være metodisk vanskelig å forske på helsefremmende og forebyggende tiltak. De mener det er behov for forskning og evaluering av skolehelsetjenestene og mener at Norge har forsømt seg når det gjelder forskning på skolehelsetjenesten og at fagmiljøene selv bør gjennomføre studier på dette området.

Dette problematiseres også av Hatling (2011). Han påpeker at feltet knyttet til psykisk helsearbeid for en stor del er dominert av ikke-skrivende profesjoner, for eksempel sykepleiere med spesialistutdanning. Noe som kan innebære en utfordring for et praksisfelt i å

få publisert fra sin praksis. Neumann (2009) går langt i sin kritikk av helsesøstertjenestens manglende forskningsbakgrunn. Hun hevder at det er vanskelig å drive tradisjonell teoretisk begrepsdiskusjon all den tid feltet er under-teoretisert i samfunnsvitenskapelig sammenheng.

## **1.2 Prosjektets hensikt og problemformulering**

Helsesøster blir i mange sammenhenger trukket frem som en viktig aktør når det handler om utfordringer barn og unge står i. På grunn av økning i problematikk knyttet til ungdom og psykisk helse kan det være betydningsfullt å se på skolehelsetjenesten og den funksjon tjenesten har i forhold til psykisk helse. Problemformulering blir som følger: *Hvordan oppfatter helsesøster sin helsefremmende rolle i skolen og hva opplever hun som muligheter og begrensninger?*

## **1.3 Ungdoms psykiske helse**

Nasjonale tall fra ungdomsundersøkelser, Ungdata (NOVA, 2013) viser en veltilpasset ungdomsgenerasjon. De unge er hjemmekjære, er fornøyde med sine foreldre og kriminalitet og rusmiddelbruk har gått ned. Men tall fra Ungdata viser også at svært mange unge sliter psykisk i hverdagen. Det handler om stress, som det ”å tenke at alt er et slit” eller ”å bekymre seg for mye om ting”. Andel med psykiske helseplager blant jentene øker mest, mens guttene var nokså stabil (NOVA, 2013). I et globalt perspektiv sees en bekymringsfull utvikling i den unge befolkning. I følge WHO (Verdens Helseorganisasjon) er ”*depression the leading cause of disability worldwide, and a major contributor to the global burden of disease*” (WHO, 2012). Det sies videre at psykiske lidelser blant unge er en betydelig folkehelseutfordring og at psykisk helse vil være en av de største globale helseutfordringer i 2020 (ibid., 2012). Tall fra Folkehelseinstituttet (FHI) viser at cirka 15-20 % av ungdom oppgir å ha psykiske plager mens 8 % har psykiske lidelser (FHI, 2014). I et folkehelseperspektiv vektlegger Hatling (2011) betydningen av å se på utfordringer knyttet til psykisk helse til det å fremme helse, mer enn å fokusere på å bekjempe psykisk sykdom. (Hatling, 2011, s.145).

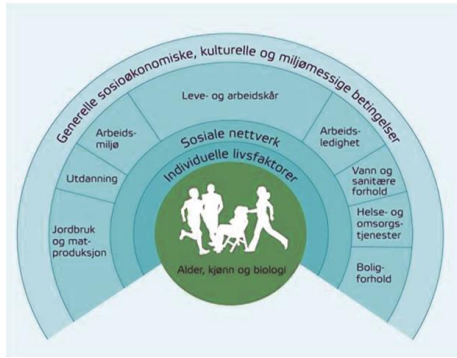


Fig.1 . Modell av Dahlgren & Whitehead

For å belyse kompleksitet i områder og faktorer som kan påvirke et menneskes liv, presenteres modellen av Dahlgren & Whitehead (fig.1).

Her ser man ulike helsedeterminanter som omgir mennesker i det daglige liv.

## 1.4 Skolehelsetjenesten

Skolehelsetjenesten er et gratis helsetilbud til alle barn og unge, og er den første helsetjenesten som barn og unge selv kan oppsøke når de har det vanskelig eller de trenger en voksen å prate med (*Folkehelsemeldingen-mestring-muligheter*, 2014-2015). Tjenesten befinner seg på skolen, er lett tilgjengelig og er et viktig bidrag i kommunens folkehelsearbeid (*Folkehelsemeldingen-God helse-felles ansvar*, 2012-2013). I følge *Satsing på barn og unge* (2013) skal tjenesten fremme psykisk og fysisk helse, bidra til sosiale og miljømessige gode forhold i tillegg til å forebygge sykdommer og skade. Tilbudet blir gitt gjennom helseundersøkelser, vaksinerings, rådgivning og veiledning, opplysningsvirksomhet og forebyggende psykososialt arbeid. Skolehelsetjenesten finansieres i all hovedsak gjennom kommunens frie inntekter. Med *Opptrappingsplanen for psykisk helse* (1999-2008) ble det en styrking i ressurser, og kompetanse hvor det primære mål var å ”fremme barn og unges psykiske helse, forebygge psykiske vansker og lidelser hos barn, unge og deres familier, og gi hjelp til de som står i fare for eller allerede har utviklet psykiske vansker” (ibid., 2013, s. 97). Med *Folkehelsemeldingen-mestring og muligheter* (2014-2015) meldes fortsatt styrking av skolehelsetjenesten, at tilgjengelighet skal bedres og at det skal vektlegges mer på tverrfaglig samarbeid. Det vises til en budsjettøkning i kommunenes frie inntekter i 2014-2015 som skal bidra til 400-450 nye årsverk knyttet kommunens arbeid til familie, barn og ungdom, blant annet ved styrking av skolehelsetjenesten (ibid., 2014-2015, s. 43).

## 1.5 Helsefremmende arbeid

Helsefremmende arbeid blir oftest definert som ”den prosess som gjør folk i stand til å bedre og bevare sin helse”. I Jensen & Johnsen (2000) beskrives helsefremming som noe som først

og fremst skal øke folks følelse av sammenheng, det vil si følelsen av *begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet*. Eller som de sier: ”*styrke folks livsmod, livsglæde, handleevne og fornemmelse af overskud i hverdagen*” (ibid., 2000, s. 7). Et helsefremmende fokus blir argumentert som fruktbart når målet er å bedre helse, ikke bare å redusere sykdom. For hvis man primært leter etter det som kan påvirke helse i negativ retning, blir fokuset automatisk mer på sykdomsfremmende enn på helsefremmende prosesser (Arntzen & Hauger, 2003, s.195). For å skifte fokus, trengs teorier og forskningsbaserte presiseringer.

## 1.6 Teoretisk grunnlag

Aaron Antonovkys salutogene teori kan være et viktig bidrag. Han satte søkelyset på det friske og på hva som gjorde at mennesker forble friske tross stress og belastninger. Han mente at en sterk følelse av *begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet* ga bedre evne til å tåle stress, og at dette ga en *opplevelse av sammenheng* (OAS) (Antonovsky, 2012; Jensen & Johnsen, 2000, 91).

For at helsefremmende arbeid skal lykkes bør det ifølge Nutbeam, Harris & Wise (1999) være en teoretisk forankring. Med teori styrkes forståelse for hvordan planlegging og implementering av et program kan skje: ”*Theory therefore helps to achieve a better fit between problem and program*” (ibid., 1999, s.ix).

Her kan *The Health Iceberg Model* av Travis (1988) være til hjelp i planlegging av aktiviteter i det den bidrar til ulike tilnærminger innen helsefremming og ved at ”*Isfjellmodellen*” viser ”*..the relationships between the determinants and health outcomes.*” (Talbot & Verrinder, 2010, s.169). Toppen av isfjellet som er over havflaten, representerer det *synlige* og som kan være positive eller negative helsetilstander. Feltene like under vannlinjen viser atferds- og livsstilsuttrykk og er ennå synlig og lett å oppdage. Lengre nedover blir det vanskeligere, og når man kommer til helsedeterminanter<sup>12</sup> knyttet til ”*psycho-social-cultural*” som er ”*..the major factors that influence individual and population health are to be found*” blir det ytterligere komplisert. På bunnen finnes de økologiske og miljømessige faktorer som understøtter befolkningen og kommende generasjoner (Talbot & Verrinder, 2010, s.17). ”*Isfjellmodellen*” visualiserer på en annen måte enn Dahlgren & Whiteheads modell av 1991 hvordan helsedeterminanter fremstår og i hvilken sammenheng. Isfjellmetaforen kan invitere

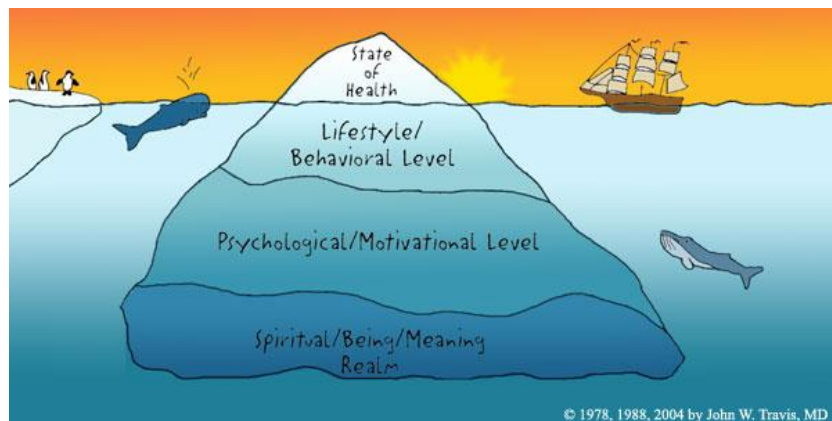
---

<sup>12</sup> Helsedeterminant- faktorer som virker inn på helsen, enten ved å øke (risikofaktorer) eller redusere (beskyttende faktorer) forekomsten av sykdom og plager (Folkehelseinstituttet, Rapport, 2011:1)



til en forståelse for hvordan en liten del av isfjellet er synlig, mens mesteparten er under havoverflaten og kan representere fare. Og at dette gjelder også for helse.

Figur 2.



Det kan være viktig å se på ulike teoretiske modeller som kan styrke et helsefremmende arbeid. Bauer, Davies, Pelikan, Noack, Broesskamp & Hill (2003) viste til Ottawacharterets rammeverk når de anbefalte en sosio- økologisk modell for helsefremmende arbeid fordi: *"the socio-ecological model for health promotion adopts its five action areas to form five types of systems"* (ibid., 2003, s. 107). Når Dumont (2007) beskriver kvalitet av omgivelser i en økologisk tilnærming sier hun: *"When we speak about qualities of the environment in ecological approaches, we mean that environment should be more inclusive, should be more resilient, adaptable, as well as more cohesive"* (Dumont, 2007, s.97).



## 2.0 Metodisk tilnærming

Problemstillingen i masteroppgaven omhandler helsesøsters egen oppfattelse av sitt helsefremmende arbeid. For å få et innblikk i dette ble kvalitativ metode valgt for å få innblikk i helsesøstrenes erfaringer, tanker og opplevelser.

### 2.1 Teoretisk referanseramme

Kvalitativ metode omhandler tolkning av meninger i menneskelige uttrykk og hører hjemme i hermeneutisk erkjennelsestradisjon (Malterud, 2011). I det ligger en forståelse av at empirigrunnet skal kunne gi et bilde av en bakenforliggende mening, samtidig er forskers forforståelse og teoretiske referanseramme viktig (ibid., 2011). Fokus på bevissthet og erfaring er sentralt i hermeneutisk forståelse. Moustakas (1994) formulerer det: *"This interrelationship – the direct conscious description of experience and the underlying dynamics or structures that account for the experience- provides a central meaning and unity that enables one to understand the substance and essence of the experience"* (ibid., 1994, s. 9). Vesentlig blir å sammenfatte kunnskapen på en måte som er lojal mot den enkelte deltager. Resultatene vil bli sett i et fenomenologisk perspektiv fordi det er helsesøstrenes erfaringer og opplevelser av et fenomen som ønskes undersøkt. Malterud, 2011 skriver at det handler om å utvikle kunnskap om informantenes erfaringer og livsverden innen et felt, og at det er viktige kjennetegn ved fenomenet som det letes etter.

### 2.2 Fokusgruppeintervju som metode

Fokusgruppeintervju ble valgt som metode. Fokusgruppe har i følge Acocella (2012) to viktige fortrinn: *"..firstly, to facilitate interaction among participants; secondly, to maximise the collection of high quality information in the little time available"* (Acocella, 2012, s. 1127). Selve gruppeprosessen blir viktig fordi fokusgruppens kombinasjon av gruppeinteraksjon og emnefokus kan bidra til produksjon av empirisk data som kan si noe om betydningsdannelse i en gruppe (Halkier, 2002). Det er særlig interessant hvis gruppeprosessen åpner opp for at erfaringer som vanligvis regnes som selvfølgeligheter og som sjelden prates om, leder til betydningsdannelse (Halkier, 2002, s. 13).

### 2.2.1 Gjennomføring

Fokusgruppeintervjuet ble utført desember 2014. En semistrukturert intervjuguide ble laget i tråd med Malterud sine anbefalinger om et begrenset antall tema, men med mulighet for løs struktur og fleksibilitet. I forkant ble det gjennomførte et ”pilotintervju” med medstudent. Intervjuguiden bestod av tre temaer: 1) ungdom og psykisk helse, 2) skolehelsetjeneste og 3) helsefremming. Under disse tre tema som ble behandlet i nevnte rekkefølge, var noen underspørsmål. Forskningsspørsmålet som omhandlet helsesøstrenes egen oppfattelse av hvordan de jobbet helsefremmende, ble presentert til slutt. Det var viktig å åpne fokusgruppeintervjuet med et spørsmål som ble antatt å engasjere, samt at det ville bidra til en viktig inngang mot problemformulering. Gjennom samtykkeskjema og informasjonsskriv hadde fokusgruppen fått informasjon om tema og formål med intervjuet. Det var viktig at deres forventninger samsvarte med det som ble presentert under intervjuet (Malterud, 2011, s. 134). Rekrutteringen av helsesøstrene gikk gjennom enhetsleder og fagledere i en stor bykommune i Norge. Utvalgskriteriene var at informantene skulle være i jobb som skolehelsesøster enten på ungdoms- eller videregående skole. De kunne gjerne ha en spredning i erfaring og antall år siden helsesøsterutdanning. Åtte helsesøstre med arbeidssted på ungdomsskole eller videregående skole deltok. De var ansatt i 50-100 % stilling i skole. Noen jobbet i både ungdomsskole og videregående skole. Ulikhet i tjenestetilbud i ungdomsskole og videregående skole og hvordan de jobbet på de ulike skoler, ville bidra til bredde i informasjon.

Før fokusgruppeintervjuet ble det nødvendig å øke kunnskap om gjennomføring av fokusgrupper. *Focus groups – a Practical Guide for Applied Research* av Richard A. Krueger & May Anne Casey (2009) ble benyttet og samtaler med instituttansatte med erfaring og kompetanse på fokusgruppeintervjuer ga konstruktive innspill og råd. Bruk av *moderating team*<sup>13</sup> ble anbefalt og to medstudenter ble engasjert som co-moderator og observatør. Opprinnelig tanke om ekstern moderator måtte forkastes, da dette viste seg å være vanskelig å få på plass. Beslutning om å ta moderator-rollen selv, impliserte forberedelser til dette. Moderatorrollen blir beskrevet som et krevende stykke arbeid, men også som en fantastisk mulighet for å få kunnskap om et område (Krueger & Casey, 2009). Ifølge Barbour (2007) er det en utfordring for en moderator å vite når man skal intervensere eller ikke: ”*one of the hardest things for the novice resarcer – or for the focus group moderator – is tolerating silent.*” (ibid., 2007, s. 83). Moderators rolle er primært å holde

---

<sup>13</sup> Moderating team: when conducting focus groups: a moderator and an assistent moderator (Krueger & Casey, 2009)

diskusjon på rett kurs, samt å holde den flytende. I tråd med Krueger & Casey (2009) fikk gruppe medlemmene informasjon om moderator temaets roller. Moderators rolle var å stille spørsmål, lytte og sørge for at alle fikk en mulighet til å dele med de andre.

Det var opprinnelig planlagt 2 fokusgrupper med 4-5 informanter, men tidlig i prosjektet ble dette endret og slått sammen til en gruppe med 8 deltagere. I følge Morgan (2013) vil mengden data avhenge av gruppeantallet. Likeså avhenger det av størrelsen og strukturen på forskerteamet. Det anbefalte antallet 3-5 grupper er ofte nok, da en større datamengden sjelden gir ny innsikt (Morgan, 2013). Fokusgruppeintervjuet som skal fungere som pilotstudie, kan nøye seg med færre grupper (Halkier, 2002, s. 40). Malterud (2011) sier at det kan benyttes fokusgruppeteknikk med bare én gruppe, men at det vanligvis vil være aktuelt med flere for å dekke samme tema. Vesentlig av praktiske forberedelser var visshet om god lyd kvalitet på opptaket. På grunn av usikkerhet knyttet til lyd kvaliteten ved gruppesamtale ble det investert i en bord-mikrofon av typen *H1 Handy Recorder*.

### **2.2.2 Analyse**

Lydfiler fra opptaker ble overført til PC og transkribering ble utført. Analysearbeidet tok utgangspunkt i Malteruds (2011) metode for *systematisk tekst kondensering* (heretter omtalt som STC etter Systematic Text Condensation) i 4 trinn. Ifølge Malterud (2011) kan STC være hensiktsmessig når målet med en fenomenologisk analyse er å utvikle kunnskap om informantenes erfaringer og livsverden (Malterud, 2011, s. 97). Etter å ha lest gjennom det transkriberte materialet noen ganger (trinn 1), ble kortere eller lengre setningsutsnitt markert. Disse markerte enhetene fremstod som *meningsbærende enheter*. Åtte temaer ble skilt ut og betraktet som *foreløpige temaer* for koding av enhetene (Malterud, 2011; Malterud, 2012). Noen av disse sammenfalt med tema fra intervjuguide, men også nye tema åpenbarte seg. Disse åtte danner grunnlaget for en *matrise* som bidro til å gi overblikk over datamaterialet som nå ble redusert og systematisert (trinn 2). Kodearbeidet handler her om å identifisere og klassifisere alle meningsbærende enheter (Malterud, 2011). Det vil her åpenbare seg eventuelle forskjeller eller likheter i tema og koder. Neste trinn (trinn 3) i analyseprosessen handler om å finne nytt meningsinnhold ved å *kondensere* innholdet i de meningsbærende enhetene som er kodet sammen.

Data er sortert i kodegrupper, og etter litt rydding har de nå fordelt seg på tre kodegrupper med meningsbærende enheter. Til slutt ble innholdet i de nye kategoriene sammenfattet og noen sitater ble valgt for å illustrere tekstinnholdet (trinn 4).

### **2.2.3 Etiske overveielser**

I forberedelsen til fokusgruppeintervjuet ble det sent søknad til NSD<sup>14</sup>, men studiet ble ikke regnet som meldepliktig eller konsesjonspliktig etter personopplysningslovens § 31 og 33.

Informantene i studiet var voksne kvinner. De var i utgangspunktet ikke i en sårbar situasjon og de var likestilte som kollegaer og på samme nivå organisasjonsmessig. Gjennom informasjonsskriv ble studiets formål og metode beskrevet. Det ble informert om at deltagelse var frivillig og at det var mulig å trekke seg noe ingen av informantene gjorde.

Anonymisering ble ivaretatt ved at informantenes under transkribering fikk nye navn.

Samtykkeskjema ble underskrevet og data ble behandlet konfidensielt og forsvarlig. Et etisk dilemma som kan vurderes er rekruttering via leder. Kunne det være fare for et det skjedde et ”lett press” fra leder eller ville informantene gjerne stille selv? Dette ble ikke tatt opp under intervjuet. Ingen av informantene kom heller inn på det.

---

<sup>14</sup> NSD-Norsk Samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS

## 3.0 Resultater

Utgangspunktet for fokusgruppeintervjuet var ungdoms psykiske helse, det helsefremmende arbeid og arena for skolehelsetjeneste. Gjennom analysen ble det naturlig å følge seks tema videre. Disse formidlet tanker og refleksjoner helsesøstrene gjorde seg i intervjuet. De nye tema som oppstod var: foreldrerolle, samfunnsutvikling og helsesøsters egen forankring. Alle er områder som på ulike vis kan påvirke ungdoms psykiske helse og helsesøstrenes helsefremmende arbeid. De seks temaene ble etter hvert klassifisert i to hovedtema: ungdom og helsefremming.

### 3.1 Ungdom har det bra

Flere av helsesøstrene svarte at de fleste ungdommene har det bra når de fikk spørsmål om hvordan de oppfattet ungdoms psykiske helse. Dette begrunnet de med egne erfaringer og ungdomsundersøkelsen (Ungdata<sup>15</sup>) som ble utført i 2013 i kommunen. Samtidig så de også unge som strevde med sin psykiske helse og som trengte hjelp. De mente å se en økning i henvendelser knyttet til dette.

*..jeg jobber i ungdomsskole; synes det er mye mer, fra 2005/2006 til nå, så synes jeg det er stor forskjell på hvor mye av arbeidsdagen som går med til den pakken psykisk helse, forandret seg ganske mye...flinkere til å komme...eller slit de mer...*

Generelt mente de å se at ungdom var blitt flinkere til å komme med sine saker og at de unge mer enn før tenkte på psykisk helse som en del av helsa. Flere trakk frem normaliteten knyttet til en ustabil ungdoms psyke. Ei uttrykte det slik:

*...det er no en gang sånn, at når hormonene begynner å jobbe litt på overtid, så blir det ofte noen humørsvingninger. Så det er noe med dette å normalisere; det er en sårbar tid, men og en veldig spennende tid...*

Ei helsesøster så det litt i fugleperspektiv. Den unge opplever kaos og at alt er strevsomt, men ofte trenger de bare litt ryddehjelp. Det ble påpekt at ungdom ikke kjenner seg selv helt ennå, hverken fysisk eller psykisk. Et annet aspekt ved ungdom og psykisk helse som flere av helsesøstrene trakk frem var dette med robusthet. Det ble en diskusjon og undring om ungdom i dag var mindre robuste. Bakgrunnen til dette var møtepunkter med ungdom som opplevde at verden deres raste sammen når de opplevde nedturen. En overgang fra

---

<sup>15</sup> Ungdata-kvalitetssikret system for gjennomføring av lokale spørreundersøkelser blant elever på ungdomstrinnet og i videregående skole. [www.ungdata.no](http://www.ungdata.no)

ungdomsskole til videregående med for eksempel fall i karakterer, kunne utløse krisestemming. Det ble sagt at for de fleste er livet litt slik at:

*...det er noen prøvelser vi skal igjennom...så er vi skrudd sammen sånn at det skal vi tåle...nå kan det synes som at det er flere som opplever at verden raser sammen...*

En informant trakk litt lengre linjer og sammenlignet hvordan det var før og nå. Hun mente tidligere tiders krav og forpliktelser bidro til viktige byggesteiner for dannelsen av helheten. Samtidig mente helsesøsteren å se at holdningen *sånn er det bare; sånn er livet* er erstattet med en åpenhet rundt psykisk helse og at ungdom har mer ord for hvordan de har det.

Resultatet ble ifølge flere, at ungdom som i dag har vanskeligheter med trivsel, følelser eller annet, har en lavere terskel for å be om hjelp. Flere mente også de så en del unge som rett og slett var sliten. Som det ble sagt i gruppa: ”*og da vet vi jo at den psykiske helsa blir dårligere*”. Samtidig var de også klar på at noen kunne slite for lenge og at det fantes de som aldri ba om hjelp. Flere i gruppa undret på om manglende robusthet også var symptomatisk for samfunnet i dag.

### **3.1.1 Samfunnsutvikling**

Det ble diskutert en del i gruppa om årsaken til at ungdom sliter og flere mente at det hadde en sammenheng med samfunnsutviklingen. De fortalte om unge som kjente på indirekte krav fra familie og samfunn. De fortalte om ungdommer som var veldig flinke, men som selv mente de ikke var flinke nok. Helsesøstrene problematiserte også forestillingene de unge kunne ha på hvordan de skulle være, mer enn at de unge godtok hvem de var og hvordan de var. Et annet samfunnsproblem som ei helsesøster påpekte, var det hun kalte for *jenteproblematikken*. Hun fortalte om jenter som følte de ikke var bra nok, hvor dusjing var et problem og hvor det var hvissing og utestengning. Flere kom også inn på dette med medias rolle i dag - på godt og vondt. De mente at media har spilt en viktig rolle ved å sette fokus på psykisk helse og at dette gjenspeiler en endring i samfunnet. Åpenheten rundt psykiske helseplager kan gjøre det lettere for unge å sette ord på hvordan de har det.

*Når ting kommer i media, hvis noen ligg der og vaker litt og kjenne veldig på noe, da går de til helsesøster....Fokus på for eksempel stress i avisa...*

Samtidig tok flere til ordet for at fokus i media litt for ofte bar preg av ekspressjournalistikk. Dette var ut ifra egne erfaringer: *..jøss, det var ikke det jeg sa..*, men de så det også når større undersøkelser som for eksempel ungdomsundersøkelser ble presentert. Selv om disse viser at mye går bra, er det likevel et eller to punkter som bidrar til fete typer og som slås stort opp.



*Jeg tenker det er bra at det blir fokusert i media, men kanskje viktig å se på hvorfor, hva som ligg til grunn for at de føler seg ensom og alt det der, hva er årsaken til det store frafallet. Men det er bra med fokuset tenker jeg, i forhold til det å kanskje få tiltak som hjelper da...Og vi er jo også kanskje avhengig av det for å få beholde og øke ressurser....*

### **3.1.2 Foreldrene er viktige**

”Vi skal ikke glemme foreldrene” var et utsagn flere av helsesøstrene støttet seg til. Dette var en refleksjon helsesøstrene kom med, ut ifra møter med ungdom og ungdoms egne betraktninger. Ei helsesøster trakk frem en endring hun mente å se i forhold til ungdom som sliter:

*Før så tenkte vi at det handlet om hjemmeforhold, vanskelig hjemme, nå handler det om andre ting...*

Flere helsesøstre hørte ofte unge si at de ikke kunne snakke med mamma eller pappa. Det kunne være fordi de ikke bodde sammen lenger, eller foreldrene kranglet mye eller så hadde de nok med seg selv og at de unge derfor ikke ønsket å bry dem.

*...mamma er no mye borte, og pappa, ja, han....ja, så det er mange kompliserte familieforhold...mange har ikke støtte....*

En helsesøster påpekte overgangen fra ungdomsskole til videregående som et skifte i støtten hjemme. Hun opplevde at foreldre abdiserte i foreldrerollen:

*...i VGS...da er de plutselig voksen, da skal de klare seg selv, men de har ikke nok ballast, så har de ingen voksenperson der og støtte seg til...det blir som at du blir sluppet ut fra et rede, uten å få på deg fallskjerm....*

Men helsesøstrene mente det var veldig forskjellig og de så at mange hadde god støtte hjemme. De hadde imidlertid en tanke om at mange foreldre så på seg selv som uviktig for ungdommen i huset; at det bare var venner som betydde noe. De mente imidlertid at sannheten var tvert om; de betydde mye for hverandre og begge parter trengte hverandre. Som ei helsesøster sa:

*Derfor må vi ikke glemme foreldrene og jeg velger å se på dem som en ressurs.*

Et annet aspekt ved helse som ble påpekt av flere av helsesøstrene var det de omtalte som *basic*. I dette ligger grunnleggende behov som søvn, ernæring og grensesetting. Fordi dette primært er noe som skjer i hjemmet, blir det naturlig å koble dette til foreldrerollen. Som det ble sagt:

*...men litt det her, sover du, spis du nok, er det satt grenser for deg på mobilbruk utover natta, er det ordentlig mat, det her grunnleggende og elementære må være på plass, ellers kan alle få dårlig psykisk helse egentlig...og det er litt sånn fra diskusjonen og den synes jeg er viktig å ta frem...*

Søvn ble flere ganger trukket frem som en viktig faktor i forhold psykisk helse. Ungdoms tilgjengelighet på nett 24 timer i døgnet ble problematisert, kort og godt fordi det ble for lite og for dårlig søvn.

### **3.2 Helsefremmende tankegang**

Det var viktig å kartlegge hvilke teoretisk plattform helsesøstrene jobbet ut ifra når det gjaldt helsefremmende arbeid. Med bakgrunn i når de tok utdanning var det litt ulike erfaringer. Ei som var utdannet helsesøster i 1985, hadde ikke hørt begrepet helsefremmende arbeid under utdanningen, så hennes kunnskap kom etter hvert. Andre igjen hadde kunnskap om helsefremmende arbeid allerede fra sykepleierutdanning.

*...helsefremmende arbeid er noe som har vært med fra helsesøsterskolen, kjempeviktig egentlig...*

De mente at alt fra handlingsplaner og veiledere, kurs, tverrfaglig samarbeid og ikke minst gjennom deres møtepunkter med ungdom, har bidratt til forståelse av begrepet. Begreper som empowerment og salutogenese var kjent for dem, men ingen brukte disse begrepene. De brukte bare helsefremming.

*Empowerment ble mer fremtredende teoretisk grunnlag, kjenne jeg har det med meg; sette folk i stand til, at folk får råderett over egne avgjørelser, eget liv, sette dem i stand til...*

Det ble av flere kommentert at helsesøstergruppen var den eneste yrkesgruppen som var spesialister på forebygging og helsefremming. De kom med flere eksempler på hvordan de opplevde at de arbeidet helsefremmende i skole. Flere mente at de jobbet helsefremmende gjennom ulike undervisningsopplegg de hadde. Det kunne innebære undervisning til hele klasser eller gjennom gruppesamtaler. De opplevde at de kom i forkant og bidro til å informere og videreformidle kunnskap som lå i deres mandat å informere om. Samtidig opplevde de at de jobbet helsefremmende og forebyggende i de ulike og unike enkeltmøtene med ungdom. Om et problem var etablert, så handlet det om å finne ungdommens egne sterke sider og deres mestringsfølelser, mer enn bare fokusere på problemer og bekymringer og de negative faktorer.

*Men så tenker jeg at det som er viktig for meg, når vi får inn elever, uansett hvor sliten de er og hvor langt nede de er psykisk, det som er helsefremmende for meg, det handler om å finne deres ressurser; hva er de faktisk god på, hva får de til å fungere, det kan være bitte bitte lite...hadde ei i dag, oppskåret fra øverst til nederst med selvskading, og var misbrukt og jeg vet ikke hva...det var bare elendighet det meste....men så fant vi noe som fungerte, som var bra; hun smilte og gikk ut av kontoret og var glad....og da tenkte jeg; jeg har da iallfall gjort noe rett, for det må jo være helsefremmende...å finne noen ressurser, noe som de er gode på og som de får til å fungere...*

Flere kom inn på uforutsigbarheten i *åpen-dør-praksisen*. Man visste aldri hvor mange som kom, hvor lang tid det tok eller alvorlighetsgraden. Ville samtalen ende med kontakt med fastlege for suicidvurdering? Likevel var *åpen-dør-praksisen* noe flere uttrykte som spesielt betydningsfullt og givende.

*Og så er det litt spesielt, tenker jeg, at de kommer å kakker på døra til oss og forteller om ting som de kanskje aldri har snakket med noen andre om før..*

Ei helsesøster følte på ydmykhet og respekt over den posisjon hun følte de hadde, og vektla betydningen av å ”være der når de trenger deg”. De mente ellers at et styrket fokus på psykisk helse hadde bidratt til en dreining fra screening til et mer psykososialt fokus.

*Men at det er viktig at vi holder fokuset på det her med helsefremming, for det er det som er helsesøsters mandat; det som ligg i utdanning at vi skal tenke.*

Det fremkom at de gjorde mye likt i sitt helsefremmende arbeid. Flere sa noe om viktigheten av dialog og at alle skulle komme til ordet (i gruppene) og de vektla tidligere omtalte *basic*.

*...det her helsefremmende, det ligg mye av basic tenker jeg, det her med kosthold, søvn, personlig hygiene, rett og slett å ta vare på seg selv...altså...og når det butter i mot, hva gjør du da, hva vet du gjør deg bra....*

Andre viktige fokus var dette med vennskap, klassemiljø og trivsel. Noen vektla betydning av å snakke om at den hverdagslige kurven kunne gå opp og ned og om hva som kunne påvirke vår psykiske helse. Det var litt ulikt hvilke programmer helsesøstre brukte. Dette avhang blant annet om de jobbet på ungdomsskole eller videregående. Noen brukte Psykologisk førstehjelp<sup>16</sup>, andre brukte VIP<sup>17</sup> mens en tredje variant var *et hjemmesnekret opplegg*. Flere trakk frem *skolestart* som en god anledning å treffe alle elevene. Dette ble gjort litt ulikt. Det

---

<sup>16</sup> Psykologisk førstehjelp. Selvhjelpsmateriell for barn og unge, 8-18 år. [www.Ungsinn.no](http://www.Ungsinn.no)

<sup>17</sup> VIP-Veiledning og Informasjon om Psykisk helse ungdom. Helsefremmende og universalforebyggende tiltak, 16-17 år. [www.Ungsinn.no](http://www.Ungsinn.no)

kunne være besøk i klassen, samling gruppevis eller at elevene kom enkeltvis. Bruk av *helseskjema* bidro til kartlegging av mulige utfordringer slik at tiltak kunne settes inn tidlig. Deres erfaring med dette svært tidkrevende arbeidet var udelt positiv. De opplevde at ungdom spontant tok kontakt selv etterpå og at ungdom uttrykte glede over den målrettede tilnærmingen til dem fordi de hadde aldri tatt kontakt selv. Det som flere helsesøstre likevel litt motløst tok opp, var dette med effekten av det de gjorde.

*Men en annen ting er kjem det no resultat?, altså, blir det mindre psykiske plager?, altså blir det færre som blir mobbet?, det er jo vanskelig å måle det, så effekt av dette, det er vanskelig å vite....*

Det fremkom videre at flere av helsesøstrene hadde erfaring med og ønsket å ta tak i det som rørte seg i ungdomsgruppa. Enten det gjaldt *epidemi av selvskading* eller *jenteproblematikk* og utseendefokus og forestillinger *om at de ikke var tynne nok*. De opplevde det helsefremmende og forebyggende i dette å nå alle, tidlig. Ei helsesøster i ungdomsskole følte imidlertid hun ble sittende altfor mye med individuell oppfølging og kunne fortelle at de hadde kuttet gruppesamtaler i 8 klassen på grunn av tidspress og ressurser. Hun mente for øvrig at programmene som var tilgjengelig ikke strakk til og hun følte at hun jobbet for lite helsefremmende.

### **3.2.1 Helsesøster på skolen**

”Vi er på en måte helse, og dem er pedagoger” tematiseres av flere i gruppa. Det å jobbe på skolearenaen ble av flere omtalt som litt *ensomt*. De fleste beskrev likevel gode samarbeidsforhold og at de mer og mer opplevde anerkjennelse for at deres jobb var viktig. Like fullt ble det sagt:

*...selv om vi blir godt ivaretatt av de som jobber der, og føler at vi blir inkludert...så er vi der alene...likevel...*

Flere ga uttrykk for savn av fagfellesskap i sin jobb i skolehelsetjenesten. Tidligere skolelege hadde nå kun en rådgivende funksjon. Følelsen av ensomhet når de stod i noe som de kunne trengt å drøfte med noen, hadde flere kjent på. Selv om de ikke skulle drive førstehjelp, visste de aldri hva som kunne komme. Planlegging av egen aktivitet på skolen ble også tematisert av flere helsesøstre. Særlig hun som jobbet på fire forskjellige skoler på fire forskjellige dager opplevde det ”*ganske turbulent, ifra det ene til det andre*”. Det ble kommentert at fordi de var på lærerens arena måtte avtaler gjøres før helsesøstrene kunne få gjort sine arbeidsoppgaver. Dette gjaldt for eksempel helseopplysning, vaksinerings eller *skolestartere* (samtaler med elever i 8 klasse eller 1 VGS). Samtidig var alle helsesøstrene veldig klare på at skolens

ansatte, og da særlig lærer og kontaktlærer, var viktig samarbeidspartnere. Viktigste alliansepartner i skole var i nevnte rekkefølge: rektor, kontaktlærer, rådgiver, sosiallærer og spesialpedagog.

*Jeg tenker samarbeid med skole er alfa og omega for å kunne jobbe som helsesøster på skolen..*

Viktig arbeid rundt elever ble beskrevet som et samarbeid tuftet på gjensidig avhengighet mellom helsesøster og skolens ansatte.

*En ting er den helsemessige delen, men den skolemessige blir jo tilsvarende borte når helse svikter, så det er noe med å få ting på plass, med å jobbe sammen mot mål i forhold til frafall, i forhold til det å kunne mestre skolen....*

De opplevde en gledelig utvikling ved at skolen også mer og mer så dette. Regelmessige samarbeidsmøter ble nevnt og ei helsesøster følte hun bidro til at helseperspektivet ble løftet inn etter at psykisk helse ble satt på årshjulet på skolen. Flere så seg selv som ambassadører for helse og at ”jeg trengs, for å få litt bredde i tanker på hva som er problem, eller og løsninger”.

### **3.2.2 Helsesøsters rolle**

Helsesøstrenes betraktninger om egen forankring var et nytt tema som kom opp. De beskrev en opplevelse av å ”bli nevnt her og der, og er så viktig” samtidig som de kunne fortelle om endringer i organisasjonen som hadde resultert i at de følte de hadde ”kommet litt bort”.

*Vi drukner litt i store enheter...med veldig mye barnevernfokus...helse har blitt pakket godt inn i noe....*

De følte at helseordet forsvant litt når de ble ”universelle, selekterte og indikerte” og at de hadde brukt mye tid på å finne deres rolle i organisasjonen igjen. Blant annet ved at begrepene helsefremmende og forebyggende ble brukt mer bevisst. De mente det hjalp lite at de ofte ble trukket frem i festtaler, når de som bevilger penger ikke fulgte opp.

*Forstemmende at regjeringen går ut og lover så store ressurser til helsestasjon-og skolehelsetjenesten, og så ser vi hva som drypper ned...det synes jeg nesten er ... å holde folk for narr...Nesten så vi skulle hatt en sånn sint-aksjon...*

Men det å bruke tid utover arbeidsdagen på å demonstrere for å synliggjøre eget virksomhetsområde ble også problematisert. Når det ble foreslått å ”stille på bystyremøte...kuppe et bystyremøte...” så handlet det om tid og kapasitet:

*Når arbeidsdagen er over, så er det egen familie som man må forebygge og helsefremme litt og...så det er ikke rom for å samle og organisere oss...*

Samtidig så de eget ansvar i å fremme eget fagfelt. De syntes selv at de ikke var så synlig som de burde. De mente at de hadde et ansvar på det å være budbringer for det mandatet de hadde på den helsefremmende biten. Derfor mente de at de i sterkere grad måtte gjøre seg selv synlig, både på skole og i enheten. For som de sa; skal det bli mer midler og ressurser, ”*så må det jo forankres politisk i kommunen*”.

## 4.0 Diskusjon

Først vil diskusjon rundt metode bli presentert, før resultatdelen blir diskutert.

### 4.1 Metodediskusjon

Kvalitativ forskningsmetode innebærer møte mellom forsker og informanter. Som beskrevet i Krueger & Casey (2009) må man som forsker se seg selv som informantenes stemme og ” *to clearly communicate how the participants felt about the topic*” (Krueger & Casey, 2009, s. 126). God kontakt mellom forsker og informant er en forutsetning for at tillit og respekt etableres. Det kan være problematisk at moderator har samme utdannings- og yrkeserfaring som informantene fordi dette kan påvirke for forståelsen av hva helsesøstrene sier og mener. Det kan også påvirke selve analyseprosessen og diskusjon/konklusjon. Co-moderator og observatør oppsummerte etter intervjuet at de så fordeler med moderators kjennskap til faget fra før. Dialog gikk lettere og moderator kunne raskt oppsummere og følge opp vesentlige momenter i diskusjon. Samtidig kan det være fare for at viktig informasjon ikke kom med fordi moderator ikke utforsket et område godt nok. Et viktig mål under transkribering var at deres informasjon ble ivaretatt og behandlet på et etisk forsvarlig måte. I det ligger bevissthet på det Malterud (2011) omtaler som ” *slightly modified verbatim mode*” (s. 77) som handler om å redigere tekst som i en ordrett skriftliggjøring kan oppfattes feilaktig. Som nevnt under metodekapittel ble det utført kun ett fokusgruppeintervju. Datamengden i dette studiet kom slik sett ikke til et metningspunkt i informasjon, men datamaterialet fremstod som rikelig og verdifullt. Som beskrevet i Barbour (2007): ” *As to the question of how many groups to hold, this is determined by the comparisons that the researcher wishes to make. There is no magic number and more is not necessarily better.*” (ibid., 207, s. 59). Underveis i transkribering og under analyseprosess dukket momenter opp som kunne vært eksplorert nærmere, men innenfor rammen av dette prosjektet ble det ikke gjort. Det er viktig at informantene er interessert i temaet som skal diskuteres (Acocella, 2012), hvilket var inntrykket informantene ga underveis i intervjuet. Dialogen mellom informantene var god og samtalen gled fint mellom dem. Moderator stilte iblant utdypende spørsmål. Informantene praktiserte håndopprekking når det var flere som ville ha ordet noe som hvilket fungerte bra. Noen var mer aktiv enn andre, slik at moderator iblant valgte å invitere noen inn i diskusjon med direkte spørsmål. Det utviklet seg til et fint samspill i gruppa. Noen kjente hverandre fra før, andre ikke. Selve prosessen i en fokusgruppe er også viktig, og assosiasjonskontekst lå i felles fagfelt og arbeidsområde. Gjennom deltagelse i fokusgruppeintervju kan: ” *the group synergy*

*can favour the production of a plurality of positions and stimulate participants according to a "sharing and comparing" process.."* (Acocella, 2012, s.1135).

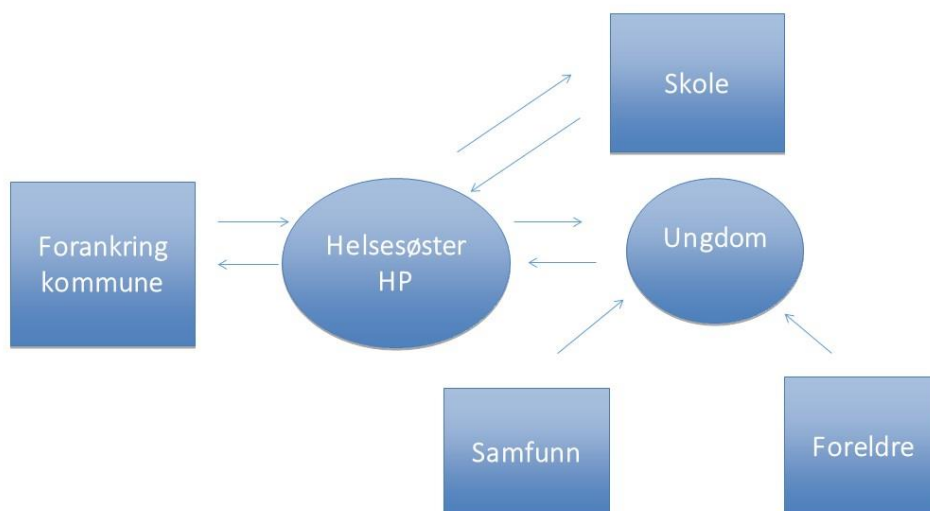
Et problem ble kanskje at diskusjon gikk mye via moderator. Om dette skyldtes at moderator likevel ble "ordstyrer" eller at moderator ikke var nok "tilbakelent", er usikkert. Av respekt for informantene blir resultatet av studiet viktig. De har gitt av verdifull tid for at det skulle forskes på deres arbeidsfelt. Som beskrevet i Malterud: *"Det ligger også en forskningsetisk forpliktelse i å gjennomføre et forskningsprosjekt på en måte som fører fram til vitenskapelig kunnskap"* (Malterud, 2011, s.206).

## 4.2 Resultatdiskusjon

Gjennom refleksjoner i gruppen kom tanker og erfaringer informantene hadde om ungdom og psykisk helse, faktorer som på ulike vis påvirket de unges liv og faktorer knyttet til deres egen virksomhet, i skolehelsehelsetjenesten og som utøver av et kommunalt tjenestetilbud for ungdom. Målet med masterstudien var å kartlegge helsesøstres oppfatning av det helsefremmende arbeid i forhold til psykisk helse i skolehelsetjenesten. Et spørsmål blir naturlig å stille, kom det noen overraskelser eller nye momenter? Og *"Did theoretical reflections provide a gateway for new understanding of the stories told by participants"* (Malterud, 2012, s.801)?

En modell skisserer funn knyttet til datamaterialet (figur 3).

Figur 3.





Modellen viser ulike arenaer som helsesøstrene mente kunne påvirke ungdoms psykiske helse. Den viser også at helsesøster har en fot hos arbeidsgiver (kommunen) og en fot i skolen hvor det helsefremmende og forebyggende arbeid skulle utøves (kommunal eller fylkeskommunal). Som vist i teorikapittel 1.6. om *The Health Iceberg model* synliggjøres ulike nivåer av det som påvirker helse. Til tross for at det meste ligg skjult under havoverflaten, er det viktig å fokusere på ”*psycho-socio-enviro-cultural determinants of health and the risk and protective factors*” (Talbot & Verrinder, 2010, s.15). Dette er i isfjellmetaforen det som ligger på bunnen av havet. Dette er et viktig område, men vanskelig å oppdage. Talbot & Verrinder (2010) påpeker betydning av fokus på ”bunnen” og at det er ønskelig med et bredt fokus mer enn individrettet fokus. De anbefaler derfor en modell for helse som inkluderer et bredt spekter av tiltak knyttet til individ, familie og samfunn (ibid., 2010). I diskusjonsdelen vil fokuset som allerede nevnt være på helsesøsters helsefremmende arbeid i skolen.

#### **4.2.1 Helsesøsters oppfatning av helsefremmende arbeid**

Som det fremkommer i resultatdel gir helsesøstrene for en stor del uttrykk av at de opplever å jobbe helsefremmende. Diskusjonen i fokusgruppen kan ha bidratt til at informantene ble styrket i bevissthet på egen praksis og at deres holdning til tema fremstod tydeligere underveis i intervjuet. Et utsagn som ”*helsefremming er egentlig veldig viktig*” kan tolkes som en refleksjon over egen praksis og som resultat av prosess i fokusgruppe (Halkier, 2002). Det var gjennomgående forståelse for at helsefremmende arbeid var viktig og at de opplevde det som en vesentlig del av deres mandat som helsesøster. Hvordan de jobbet helsefremmende i forhold til psykisk helse ble ulikt beskrevet. Flere nevnte grupper, andre hadde også undervisning i klasse. Mens andre igjen brukte helsesamtaler, hvor helsesøster møtte hver enkelt elev. De fleste var alene i sine møter med elevene (undervisning i klasse), mens noen gjorde det i samarbeid med psykolog. Andre viste til ”psykososiale team” på skolen som de hadde samarbeid med, enten på individbasis eller i planlegging av større prosjekter hvor målet var å nå alle. Ei helsesøster på ungdomsskole opplevde at hun ble sittende mye med individuell oppfølging og at de hadde kuttet gruppesamtaler i 8 klasse på grunn av mangel på tid og ressurser. Statens helsetilsyns *Undersøkelser i helsestasjons- og skolehelsetjenesten* (1998) viser en fordeling av helsesøsters innsats med ulike tilnærminger for å møte skoleelevene. Dette er gamle tall og mye kan ha endret seg siden den tid. Blant annet kom *Opptappingsplanen for psykisk helse 1999-2008* og denne skulle bidra til en styrking av det psykososiale arbeidet i helsestasjons- og skolehelsetjeneste. Det fremkommer i undersøkelsen

til Helsetilsynet at helsesøster gjennomsnittlig brukte 40 prosent av tiden på individrettede helseundersøkelser, mens 17 prosent av tiden til grupperettede tiltak. Som metoder i systematisk helseopplysningsarbeid, ble både samtalegrupper, undervisning og individuelle konsultasjoner brukt (IK-2618, 1998). Det ble vist til forskjell på ungdomsskole og videregående skole (VGS). VGS brukte helsesøstrene det meste av sin arbeidstid på individuelle konsultasjoner (ibid., 1998). Individrettede samtaler framkom som en sentral arbeidsform blant informantene i dette studiet. En informant som jobbet i VGS fortalte at hun brukte et *helseskjema i helsesamtale* med hver enkelt førsteklasseelev (også kalt *skolestartere*). Et arbeid hun beskrev som ”*fryktelig tidkrevende*”, men en aktivitet som hun likevel anså som svært viktig. Dette blir i tråd med Helsetilsynet i Hordaland (2008) sin omtale av skolehelsetjenestetilbudet. Det påpekes at for å kartlegge et behov for helsetjenester i en elevgruppe, må skolehelsetjenesten snakke med den enkelte elev. I etterkant kan helsesøster gjøre målretta oppfølginger av elever hvor man så behov for det. Målretta oppfølging betyr at skolehelsetjenesten kaller inn eleven til samtale på bakgrunn av tidligere kontakt (ibid., 2008, s.19). I følge Helsetilsynet i Hordaland (2008) fant de at skolehelsetjenestens oppsøkende virksomhet var blitt kraftig redusert etter at *åpen-dør-praksis* ble innført. De reflekterte over om elever kan gjennomføre både ungdomsskole- og videregående skole, kanskje med unntak av vaksineringer i ungdomsskole, uten noen gang å ha møtt helsesøster. Samtidig har man kunnskap om at ikke alle som har behov for hjelp, tar kontakt, hvilket tilsier at dette er uheldig (ibid., 2008).

Helsesøsteren i VGS som hadde helsesamtalene, opplevde at flere av dem som ble kalt inn i etterkant, var takknemlig for å bli det. De hadde gitt uttrykk for at de ikke hadde kommet uten innkalling.

Dette kan være særlig viktig i forhold til gutter. Det er vist til at gutter i mindre grad oppsøker helsetjenester. Helsetilsynet i Hordaland (2008) slo fast at bare en liten del av guttene tok kontakt med helsestasjon for ungdom. Samtidig viser rapporten NOVA (2013) til en kjønnsforskjell i psykisk helse hvor flere jenter enn gutter beskriver psykiske helseplager. Dette kan tolkes positivt for guttenes del, samtidig viser selvmordsstatistikken at det er flere unge menn enn kvinner som velger å avslutte sine liv. Ifølge SSB<sup>18</sup> tok 58 gutter selvmord i 2011, mens det var 20 jenter som valgte å avslutte sitt liv (aldersgruppen 15-24).

Dette er alvorlige og høye tall som er viktig å jobbe mot. *Helsesamtalen* med alle ungdommene kan være en viktig inngang for særlig å få et møtepunkt med gutter som sliter.

---

<sup>18</sup> SSB – Statistisk sentralbyrå, Statistics Norway

En annen variant knyttet til *skolestart* (8 klasse eller 1 VGS), var informasjonsrunder som ble utført av helsesøster, ofte i samarbeid med psykolog eller sosiallærer. Her ble ulike tema som trivsel, vennskap, klassemiljø og den *"hverdagslige kurven som går opp og ned"* tatt opp. I etterkant av slike informasjonsrunder kunne de se at ungdom oppsøkte dem. I Walker, Townsend, Oakley, Donovan, Smith, Hurst, Bell & Marshall (2002) sitt studie fant de at om tema hadde vært diskutert i forkant: *"teenagers are more willing to discuss them again..."*, og *"If health professionals initiate discussion on sensitive issues and health promotion, teenagers may feel more able to raise such concerns on future occasions when they need to"* (2002, s. 5). *Åpen-dør-funksjonen* ble av flere informanter trukket frem et viktig arbeid; å være der når ungdom faktisk trengte noen å snakke med. Noen beskrev det svært sårbare i dette tilbudet også; om de hadde noen inne, måtte de i verste fall be ungdommen komme tilbake senere eller en annen dag. Med fare for at den unge kanskje ikke kom. Så selv om de *"holder fokus på den som er i samtale"*, så var de veldig klar på at det skulle veldig mye til før de avviste noen. Dette ble trukket frem av Helsetilsynet i Sør-Trøndelag (2011) som et problem. De slo fast at både fastsatt tilstedeværelse av helsesøster i skolehelsetjenesten ikke alltid ble ivaretatt, samt at enkelte henvendelser fra elever måtte avvises/utsettes på grunn av kapasitetshensyn. Helsetilsynet vurderte at dette skyldtes marginale ressurser. Selv om en informant opplevde at hun ble sittende mye med individuell oppfølging, og at hun jobbet for lite helsefremmende, ble *åpen-dør* ansett som en viktig funksjon i skolehelsetjenesten. Dette bekreftes av Dalgård, Mathisen, Nord, Rognerud & Aarø (2011) som sier at *åpen-dør* for enkeltelever med psykiske problemer er viktig og at det er vesentlig at de er sikret oppfølging og at eventuell behandling fra andre med relevant kompetanse blir vurdert. Fordi psykisk helse er blitt tema for skole og fordi det anses som viktig å jobbe med i skoletiden, utvikles og utprøves ulike modeller for å møte utfordring. Her kan nevnes at når et *"befolkningsrettet tiltak"* med et helsefremmende perspektiv ble foreslått utført i skole, anbefalte Samdal (2009) to strategier: et skolebasert tiltak mot alle elever og lærere, med fokus på å fremme helse og trivsel mens den andre handlet om å identifisere elever som trengte spesiell oppfølging. *"Det kan være snakk om elever som sliter med psykiske vansker eller med problemadferd"* (Samdal, 2009, s. 46). Her ble helsesøster fremholdt som en viktig samarbeidspartner, med identifisering av elevene og å gjennomføre konkrete tiltak for å hjelpe elevene (Puska & Bernardo, 2007). *"Drømmeskolen"* var et prosjekt hvor målet var å fremme elevenes psykiske helse og å skape et godt psykososialt læringsmiljø. Her var ikke

helsesøster involvert, men var på noen skoler initiativtaker til prosjektet (Larsen, Holsen, Tjomsland, Servan, Tyssebotn & Rostad, 2011).

Flere av informantene kunne fortelle om viktig og fruktbart samarbeid med ansatte på skolen, med det felles mål å bedre situasjon for flere, men også den enkelte skoleelev. Dette bildet bekreftes av Andersson & Steihaug (2008) når de oppsummerer at en av effektene av *Opptrappingsplanen for psykisk helse* var økt tverrfaglig samarbeid. Når Hjälmhult, Wold & Samdal (2002) i sitt studie om helsefremmende skoler (HEFRES) så på om målsetting om tettere samarbeid mellom skole og skolehelsetjenesten var innfridd, viste det seg å være vanskelig. Vesentlig for samarbeidet var at skolen måtte åpne sine dører for helsesøster og inkludere henne i sin virksomhet, mens skolehelsetjenesten på sin side måtte være tilgjengelig, markedsføre seg og sine tjenester og være tilstede på skolen (ibid., 2002, s. 46). Det betyr at spørsmålet som Toril Larsen stilte under Helsesøsterkongressen i 2014 fortsatt kan være relevant: *Hvor involvert er helsesøster i skolens arbeid med å skape et helsefremmende læringsmiljø?* Hun viser til *Veileder av forskrift av 3 april 2003 nr 450 om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjeneste*, hvor det blir hevdet at formålet med tjenesten er å fremme psykisk og fysisk helse, fremme gode sosiale og miljømessige forhold og forebygge sykdommer og skader. Larsen (2014) anmoder helsesøster til å bidra i tilrettelegging av skolens miljø gjennom å bruke sin ”makt” i kraft av lover og forskrifter for så å bidra til en vektlegging av system og miljø mer enn at det individuelle perspektivet råder. Helsetilsynet i Hordaland (2008) fant et manglende samsvar mellom statlige anbefalinger og det som faktisk ble gjort i skolehelsetjenesten. De spør om *Veilederen til forskrift av 3 april 2003 nr 450* ikke gir tydelige nok føringer for hva skolehelsetjenesten skal gjøre, og om dette er grunnen til at helsefremmende- og forebyggende arbeid i skolehelsetjenesten får ulikt innhold. Dahl, Andrews & Clancy (2013) i fant i sitt studie at helsesøsterutdanningens rammeplan manglet fokus på befolkningsrettet arbeid noe som kan resultere i uklare retningslinjer for utdanningen som igjen kan føre til at helsesøstertjenesten ikke imøtekommer myndighetenes forventninger om befolkningsrettet arbeid.

Flere av informantene trakk frem betydningen av endring i fokus: ”...vi er ikke der lengre, med screening, da ble det ikke jobbet så mye mot det her psykososiale og psykiske feltet...vi har nok hatt en dreining over på...”. Dette er i tråd med intensjonene med *Opptrappingsplanen for psykisk helse*. Andersson & Steihaug (2008) finner i sin evaluering

av *Opptrappingsplanen* at helsesøstertjenesten hadde rettet mer oppmerksomhet mot psykisk helse og at de fleste kommuner hadde rapportert at tjenesten hadde tiltak for å forebygge psykiske vansker, samt at de hadde tiltak rettet mot barn og unge i risikosituasjon (Andersson & Steihaug, 2008, s. 27). Med *Opptrappingsplanen* ble det lagt opp til at 20 % av statlige øremerkede tilskudd skulle gå til tiltak for barn og unge og skolehelsetjenesten skulle styrkes med flere stillinger og økt kompetanse (Helsetilsynet, 2008). Flere helsesøsterstillinger ble opprettet, derav flere med spisskompetanse i psykisk helsearbeid. Noen av helsesøstrene hadde denne spisskompetansen og en av dem brukte kognitiv metode for å hjelpe ungdom som slet med stress, angst eller depresjon. Dette var en metode hun hadde lært under videreutdanning som psykiatrisk sykepleier. Noen av informantene hadde samarbeid med psykolog, mens en annen informant følte hun fikk ”*saker som er for omfattende til at jeg skulle ha dem; at de egentlig skulle ha vært tatt videre noen plass...men mangel på plasser å få dem videre...*”. Noe som også bekreftes av Andersson & Steihaug (2008); antall psykologstillinger ble ikke like godt styrket i forbindelse med *Opptrappingsplanen*. Men, til tross for økning i tjenesten og økt tilstedeværelse på skolen, rapporterte Helsetilsynet i Hordaland at tjenesten i liten grad har kompetanse i å håndtere barn og unge med psykiske problemer (ibid., 2008). Det samme finner Barneombudet i sin rapport ”*Helse på barns premisser*” (2013). Her gir barn og ungdom uttrykk for at helsesøstre må lære mer om psykiske helseplager og at det må være nok helsesøsterressurser ute på skolene: ”*Og ikke si at jeg skal oppsøke helsesøster, for hun er ikke der*” (ibid., 2013, s.22). Derfor har Barneombudet formidlet en anbefaling til kommunene om at det må være nok ansatte i skolehelsetjenesten, kompetansebehovet må kartlegges og tjenesten må ha tilstrekkelig kompetanse på psykisk helsearbeid generelt.

I diskusjon rundt helsefremmende arbeid og psykisk helse kom flere informanter inn på dette med *basic*. Dette viste seg å være et område som de tok opp som tema i gruppesamtaler og undervisning, men også i enkeltkonsultasjoner. Når flere av helsesøstrene vektla betydning av *basic* (kost, søvn, personlig hygiene), handlet dette om kobling til psykisk helse: ”*..at de rett og slett er utslitte, og da vet en jo at den psykiske helse i seg selv blir litt dårligere..*”. Dette blir i tråd med myndighetenes anbefalinger hvor det pekes på forhold som omhandler fysisk helse (levevaner og levekår), hvor risikofaktorer som røyk, usunt kosthold og fysisk inaktivitet er nevnt (IS-1154, 2003).

Alle informantene ga inntrykk av å ha et forhold til begrepet helsefremming, men det var litt ulikt når de ble introdusert for det første gang. Noen koblet det til helsesøsterutdanning eller senere, mens andre mente de hadde det med allerede fra sykepleierutdanningen. Noen mente

man som sykepleier var mer sykdomsfokusert, mens andre, i møte med syke barn, trakk frem friskfokus; ”for de her ungene, når dem var syk, så skulle de bli friske, raske og sunne voksne”. Det ble i gruppen diskusjon om innhold og retning for hvordan de jobbet. Som sykepleier hadde man mere konkrete tiltak, mens som helsesøster opplevde en informant at det mere ble ”den her samtalen, aktiv lytting”. Informantene trakk frem betydning av samtalen i møte med ungdom som tok kontakt. Det vesentlige var de unges egne ressurser som måtte kartlegges og løftes frem. Det var friskhetsfaktorer som var viktig og som de ønsket å bygge videre på. Helsesøster opplevde ofte at det handlet om litt *ryddehjelp*. Som ei helsesøster sa:

*Det er jo helsefremmende og forebyggende når ungdom kjem inn, sånn at vi på en måte kan hjelpe dem å sortere, det handler jo om psykisk helse, og vi støtte dem, hjelpe dem, reflektere sammen med dem, sånn at de selv kan komme frem til å se mer sånn tydelig bilde, det er jo helsefremmende i seg selv, det kan være nok det; man trenger ikke alltid henvise videre...*

Betydning av samtalen i et helsefremmende perspektiv vektlegges også av Jensen & Johnsen (2000). De mener en vellykket samtale omhandler ”..ikke så meget om at sende klart, som at koble klokt” (ibid., 2000, s. 58). Det argumenteres i Schön (1983) for at de oppgaver som *praktikere*<sup>19</sup> skal løse er unike og de er preget av kompleksitet, usikkerhet, ustabilitet, tidspress og verdikonflikt. Det samme bildet tegnes av Clancy (2010) når hun skriver om kompleksiteten i helsesøsters møte med barn, ungdom og foreldre og den betydning det enkelte møte kan ha for den enkelte. I tillegg er det ofte slik at problemet ikke presenterer seg entydig, noe som innebærer at først må problemet defineres; ”Problemet må konstrueres ud fra indholdet i situationer, som er forvirrende, besværlige og usikre”(Jensen & Johnsen, 2000, s.60). Dette beskriver godt hvordan møter med ungdom kan være og som tidligere beskrevet av informant:”...komme frem til å se mer sånn tydelig bilde..”.

Under intervjuet kom det frem at informantene hadde kjennskap til begrepet empowerment men at det var helsefremming de brukte. Hvor mye kunnskap informantene hadde om *teorier* knyttet til begrepene, ble ikke kartlagt under intervjuet. I et oppfølgingsspørsmål per mail beskrives salutogenese som teori mer utdypende fra noen av informantene. Alstveit (2002)

---

<sup>19</sup> Praktikere – i ”små professioner” som socialarbeidere, sundhedspersonale, pædagoger, byplanleggere, arkitekter, managere. M fl. (Jensen & Johnsen, 2000, s. 60)

fant i sitt studie at forholdet til teori om helsefremmende arbeid var uklart og hun spør om begrepet brukes, men med ulikt innhold for den enkelte (Alstveit, 2002, s. 81).

Jensen og Johnsen (2000) fant i sitt studie at praktikere opplevde begrepene ”*sundhed og sundhedsfremme*” uklart definert. Som beskrevet i Veilederen handler positive faktorer ”*i hvilken grad livet oppleves å ha mening og være forutsigbart og håndterbart*” (IS-1154, s. 7). Dette er begreper Antonovsky bruker for å forklare sin helsefremmende retning og i hvor sterk grad individets opplevelse av sammenheng er (Lindström & Eriksson, 2010). Når informantene beskriver sine helsefremmende møter med ungdom fremkommer det at de leter etter det som kan bidra til at den unge klarer å håndtere situasjonen; ”*..hva de faktisk er god på, hva de får til å fungere i hverdagen, det kan være bitte, bitte lite...men bare at de finner..*”. Ifølge Jensen & Johnsen (2000) handler en praktiker ofte spontant og gjør ubevisst bruk av gjenkjennelse, bedømmelse og handling, mer enn at det de gjør kobles til teori. Derfor mener de at praktikere, når de skal beskrive eget arbeid, ofte tyr til metaforer, som for eksempel at ”*det lugter trist*” (ibid., 2000, s. 59). Kan Jensen & Johnsen, 2000 ha et poeng når de sier: ”*Så Antonovkys teori og begreper er tydeligvis allerede i høy grad til stede i praksis. Begreberne skal ikke installeres, bare afdekkes, så de kommer frem i lyset*” (Jensen & Johnsen, 2000, s. 99)? Clancy (2010) berører noe av det samme, når hun påpeker at helsesøsters faglighet ikke alltid er like synlig, men at det ikke betyr at den er fraværende.

Som nevnt i resultatdel undret informantene om ungdoms robusthet var endret. Mye arbeid ble dermed brukt for å styrke dem. Gjennom helsefremmende arbeid leter man etter det som gjør at folk holder seg friske, i stedet for det som gjør dem syke, og det fokuseres på ressurser og handlingsmuligheter i stedet for risiko. Slik kan man lykkes i nå målet som handler om å gjøre folk robuste overfor dagliglivets og livets stressfaktorer (Jensen & Johnsen, 2000, s. 194). Det å finne ungdommens ressurser var flere av informantene opptatt av: ”*..handler om å finne deres ressurser; hva er de faktisk god på, hva får de til å fungere i hverdagen...*”. Noe som ifølge Moksnes, Løhre & Espnes (2012) er vesentlig innen salutogen teori. Det handler om å identifisere ressursene slik at de kan hentes frem igjen og igjen ved behov.

Det kom flere eksempler på at informantene jobbet bredt, samt at ulike tiltak kom som resultat av dagsaktuelle ting de så i ungdomsmiljøet. Det ble nevnt områder som selvskadingsepidemi og ”jentegreier” som noe de hadde tatt tak i og gjennom avtale med lærer ble tiltak iverksatt. Dette er i tråd med helsefremmende arbeid. Hvor man for det første får en forståelse for uheldige endringer eller tilstander, og for det andre, tar tak i utfordringer. Man bringer det

tilbake til for eksempel klassen og jobber ut ifra en felles forståelse av et fenomen. På samme måte kan man tenke at kartlegging av miljøforhold er bedre enn individuell screening og at *”tiltak rettet mot omgivelsesforhold kan iverksettes uten individuell diagnostisering og stigmatisering og også før symptomene blir tydelig”* (Mathiesen, 2009, s.55).

I Jensen og Johnsen (2000) blir dette forklart som en salutogen tilnærming, fordi følelsen av meningsfullhet først og fremst vokser frem i en situasjon for man er inkludert og deltager. En informant som jobbet i ungdomsskole fortalte om lærere som i en spesialklasse opplevde utfordringer med gutter og seksuelle tilnærminger. Helsesøster foreslo for lærerne at de kunne ta en gruppetilnærming og hvor tema kunne være regler i forhold til egen og andres kropp. Dette hadde lærerne satt stor pris på. Her blir resultatet at de unge forble inkludert i fellesskapet, mer enn at de det gjaldt skulle bli tatt ut av fellesskapet og dermed stå i fare for å bli stigmatisert (Jensen & Johnsen, 2000, s. 138).

Det er likevel en utfordring at endringstakt i samfunnet generelt og ungdoms livsverden spesielt endrer seg raskt. Det som gjaldt i går, gjelder kanskje ikke i morgen (Hauge & Ausland, 2003). De sier at *”fleksibilitet, omstillingsdyktighet og læringskompetanse gjerne blir fremstilt som krav i tiden”*, men de mener at utfordring kan være at mennesker ikke drar nok i samme retning (ibid., 2003, s. 231). I Jensen & Johnsen (2000) problematiseres det at forskere kan ha problemer med å følge endringstakten. Som beskrevet i Klepp (1998) kan det derfor være vesentlig å ha dialog med målgruppen hvis man ønsker informasjon om hvordan gruppen opplever sin helsesituasjon og hva de ønsker å ta tak i. Når problem er identifisert og fokus for intervensjon er satt, er neste steg i følge Nutbeam, Harris & Wise (1999) å analysere mulige løsninger. Gjennom å bruke *health promotion planning and evaluation cycle* (Nutbeam, Harris & Wise, 1999, s.2) kan en helsefremmende prosess styrkes ved at den følger en strukturert sekvens, inklusiv planlegging, implementering og evaluering. Flere informanter etterlyste effekt av deres arbeid: *”...effekten av det vi gjør, blir til syvende og sist, som mye av det andre vi gjør, vanskelig å måle...”*. Derfor blir det viktig som beskrevet i Klepp (1998):

*For å kunne vise at helsefremmende arbeid har hatt den tilsiktede effekten, må vi altså ha gjort riktige teoretiske antakelser, tiltaket må gjennomføres slik at vi får den tilsiktede prosessen, og vi må ha mulighet til å måle de endringer som finner sted* (Klepp, 1998, s.77).

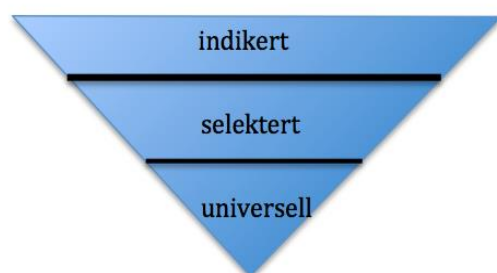
Som tidligere nevnt oppfatter informantene at de jobber helsefremmende. De gir inntrykk av å ha et forhold til begrepet helsefremming, de forstår hva som ligger i begrepet og hvordan man



kan utøve det helsefremmende arbeid. Når informanter kom med betraktninger på hvorfor de for eksempel følte de ikke fikk jobbet helsefremmende; ”*jeg synes vi jobber for lite helsefremmende; ..ikke hatt gruppe i 8 klassene...sittende i så mye individuell oppfølging..*”, bidrar også til dette inntrykket av at de hadde forståelsen. Alstveit (2002) fant i sitt studie at helsesøstrene var mest opptatt av enkeltindividet og at befolkningsperspektivet ble mindre vektlagt. Kan dette tolkes som at det har skjedd en positiv endring i praksis og at forståelse for det helsefremmende arbeid blant helsesøstre har økt? Kan det hende at de gjør det som tidligere leder av Landsgruppen av Helsesøstre (LaH), NSF<sup>20</sup>, Astrid Grydeland Ersvik en gang sa: ”*helsesøstre skal se hele 17 mai-toget, men óg det enkelte barn*”.

#### **4.2.2 Skolehelsetjenestens forankring**

Det som imidlertid kan være en utfordring og som informantene selv problematiserte, var dette med forankring og hvilken rolle tjenesten hadde. Informantene beskrev en kommune hvor helsebegrepet hadde forsvunnet litt, men at de nå mente det var litt på vei tilbake. Men at de følte de måtte være bevisst på bruken av nettopp begrepene helsefremmende og forebyggende. Noen kommuner har gått over fra å bruke begrepene primær-, sekundær- og tertiærforebyggende tiltak til å bruke begrepene *universelle, selekterte og indikerte*. Ved å bruke en *Pyramidemodell*<sup>21</sup> vises bredt fokus på for eksempel helse- og trivselsfremmende tiltak for alle barn og unge på det *universelle nivå*, mens man på *selektivt nivå* finner barn og unge i risiko. Her er målet tidlig identifisering og iverksetting av tiltak, mens på toppen av pyramiden, på *indikert nivå*, finnes barn og unge som trenger individuelle tiltak og/eller behandling.



Figur 4. Fritt visualisert modell ut ifra informantenes beskrivelse av situasjon. Det universelle fikk ifølge informantene mindre oppmerksomhet og fokus, mens de opplevde at barnevernsfokuset som hører inn under det indikerte fikk mere fokus.

Det er et viktig spørsmål hvor sterkt skolehelsetjenesten står i den kommunale forvaltning og ”livsverden”. Helsetilsynet (1998) fant at skolehelsetjenesten var lite gjenstand for

<sup>20</sup> NSF- Norsk Sykepleierforbund

<sup>21</sup> Pyramidemodell- Tromsø kommune. Kommuneplanens samfunnsdel 2015-2026, høring s. 35

tematisering overfor politikere, både når det gjaldt planer og årsmeldinger. Samt at mange kommuner ikke hadde utarbeidet planer for virksomheten. Et høringsvar på kommunedelplan for helsefremmende og forebyggende arbeid 2012-2016, Trondheim kommune, viser krass kritikk fra Landsgruppen av Helsesøster, NSF. Her fastslås det at:

*Tjenesten skal ikke være et tiltak under barnevernet, men ha et selvstendig samfunnsmandat. Denne tjenesten er den eneste kommunale tjenesten som har et spesifikt, definert ansvar for å jobbe helsefremmende og forebyggende overfor barn og unge, og som har personell som er spesialutdannet for dette formålet. Dette forholdet ser ikke planen ut til å ha tatt inn over seg (LaH, NSF, 2012, s.2).*

Denne rollen som ”vaktbikkje” har LaH sett behovet for. Gjennom et pilotprosjekt for helsestasjon- og skolehelsetjeneste i 2010, ble det i prosjektkommuner avdekket et kompetansebehov i forhold til styringssystem, lovverk, kommunikasjon og påvirkning. Det ble påpekt at om helsesøster skulle fungere som lokalt barneombud, måtte hun være en tydelig samfunns- og premissleverandør (Berg & Henriksen, 2013). Også NSF ser behovet for deltagelse politisk og august 2014 vedtok NSF en politisk plattform for folkehelse. Denne ble vedtatt av forbundsstyret og danner basis for forbundets arbeid. De slår fast at sykepleiere bør delta aktivt i den offentlige debatten, de har en sentral oppgave i å være talsperson og premissleverandør og de bør benytte sin oversikt og kunnskap for å bedre premissene for god folkehelse i alle deler av helsetjenesten. Informantene var avslutningsvis i fokusgruppeintervjuet inne på dette selv. At de var målbærer, ”..for den helsebiten..” og at de hadde et ansvar for å ”..være budbringer på det mandatet man har”.

De så selv at det handlet om å gjøre seg synlig, både på skole og i enheten, fordi de opplevde at forankringen var et problem. Og skulle det bli mer midler og ressurser, så måtte det forankres politisk først. Dette understrekes også av Fosse (2002). Hun påpeker betydning av at om program skal forankres i kommunen, er sjansen for suksess større om politikere og ledere i kommunen fatter interesse for tiltaket. Det er beskrevet at ”til tross for mange velmente forsøk på å gjennomføre helsefremmende politikk, viser erfaringer fra alle deler av verden at gode intensjoner fra nasjonale og regionale myndigheter ikke nødvendigvis omsettes i målbar handling lokalt” (Mittelmark & Hauge, 2003, s. 43). Helsesøstrene trakk for eksempel frem statlige overføringer som skulle bidra til styrking av blant annet skolehelsetjeneste, men som likevel ikke kom til tjenesten: ”..man skulle iallfall ha krevd å få vite hva disse pengene som kommunen har fått, ble brukt til...”. Dette er noe Fylkesmannen i Sør- Trøndelag nylig har sett nærmere på i forbindelse med en kartlegging av skolehelsetjenesten. De fant at kun tre kommuner brukte midler for å styrke helsestasjons- og

skolehelsetjenesten, mens 14 av 25 kommuner hadde bedret tilbudet til barn og unge i kommune, gjennom ulike tiltak som for eksempel mat i barnehage. 80 % av ordførere og rådmenn i Sør-Trøndelag mente egen kommune oppfylte bemanning i helsestasjon- og skolehelsetjeneste. Noe som indiker at ordførere og rådmenn trenger mer kunnskap om barn og unges tjenestetilbud i kommunen (Olufsen, Sliper & Aune, 2015, s.15). Kanskje bør informantene i fokusgruppeintervjuet ha en ”*sint-aksjon*” og ”*kuppe et kommunestyremøte*” som de selv foreslo? Kanskje må de som Moltu (2005) beskriver, forhandle frem egne autonome handlingsrom, for så å stå sterkere når det kommer til innflytelse og makt på egen arbeidsplass? Kan det som skjedde under fokusgruppeintervjuet være viktige innslag til kritiske refleksjoner, og være noe som kan bidra til at de ”*selv kan ta initiativ til å forstyrre og forskyve konstruksjoner av makt og kunnskap*” (Kolle, Larsen & Ulla, 2010)?” Viktig påminnelse kan være at ”*Health workers can be powerful advocates on behalf of community members*” og at ”*Influencing policy is an important and legitimate role of the entire public health workforce*” (Talbot & Verrinder, 2010, s. 107).



## 5.0 Konklusjon

Gjennom et utvalg erfarne helsesøstres refleksjoner har studiet bidratt til økt forståelse for hvordan helsesøstre oppfatter sitt helsefremmende arbeid i forhold til psykisk helse i skolehelsetjenesten. Det har kommet frem hvilke muligheter de har og hvilke utfordringer de opplevde. Noen jobbet helt konkret med tiltak og programmer som de opplevde var positive og som de opplevde var helsefremmende. Andre ga uttrykk for at programmene som fantes ikke strakk til. Manglende kunnskap om effekten av det helsefremmende arbeid var noe informantene også påpekte. Flere ga uttrykk for stor pågang, det kunne være ”ventetid”, samt at individfokustert kontakt dominerte arbeidsdagen. Noe som kunne gå på bekostning av tiltak mot større grupper eller klasser. Dette bidro til at noen helsesøstre opplevde at de jobbet for lite helsefremmende. Samtidig så de verdien av helsefremmende møtepunkter med enkeltelever.

De ga uttrykk for faglig ”ensomhet” og påpekte utfordringer knyttet til forankring og støtte fra ledelse i egen kommune. Små ressurser ute på skolene bidro til denne refleksjonen fra en informant:

*”.. Forstemmende at regjeringen går ut og lover så store ressurser til helsestasjon-og skolehelsetjenesten, og så ser vi hva som drypper ned...det synes jeg nesten er ... å holde folk for narr...Nesten så vi skulle hatt en sånn sint-aksjon...”* rommer en virkelighet mange helsesøstre i dagens Norge må forholde seg til. Det kan derfor være viktig med forskning på flere områder knyttet til det helsefremmende arbeid. Med de tall som omhandler barn og unge som sliter, kan helsefremming som ideologi være betydningsfull. Utfordringen kan være når nytt tankegods og nye arbeidsmåter skal implementeres, ikke bare faglig men også forvaltningsmessig. Forskning på kommunal forvaltning og prosesser, samt forskning på ledelse av skolehelsetjeneste vil være viktig. Viktigst er at både fagpersoner og politikere har fokus på målgruppens behov: en trygg, kompetent og tilstedeværende helsetjeneste på skolene.



## Referanseliste

- Acocella, I. (2012). The focus groups in social research: advantages and disadvantages. *Qual Quant* (46). S. 1125-1136
- Alstveit, M. (2002). *Helsefremmende arbeid som "det lille ekstra"*. (Hovedfagsoppgave, Det medisinske fakultet og Det psykologiske fakultet. Bergen: Universitet i Bergen.
- Andersson, H. W., Steinhaug, S. (2008). *Tilgjengelighet av tjenester for barn og unge med psykiske problemer: Evaluering av Opptappingsplanen for psykisk helse*. (SINTEF A4727, Rapport). Trondheim: SINTEF Helse
- Antonovsky, A. (2012). *Helsens mysterium. Den salutogene modellen*. Gyldendal Norsk Forlag AS, Oslo
- Arntzen, A., Hauger, B. (2003). Utfordringer i arbeid med barn og unge i skolen. I H. A. Hauge & M. B. Mittelmark (Red.), *Helsefremmende arbeid i en brytningstid. Fra monolog til dialog?* (s. 193-203). Bergen: Fagbokforlaget
- Barbour, R. (2007). *Doing Focus Groups*. Los Angeles: SAGE Publications
- Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet. (2013). *Satsing på barn og ungdom. Regjeringens mål og innsatsområder i statsbudsjettet 2013*. Oslo: Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet.
- Barneombudet (2013). *Helse på barns premisser* (Barneombudets Fagrapport 2013). Oslo: Barneombudet
- Bauer, G., Davies, J. K., Pelikan, J., Noack, H., Broesskamp, U., Hill., C. (2003). Advancing a theoretical model for public health and health promotion indicator development. *European Journal of Public Health*. (13). s. 107.113
- Berg, B; Henriksen, K (2013). Helsesøster som samfunnsaktør. *NSF-Politikk* (1). s.2-3

- Clancy, A. (2010). Perception of public health nursing practice. On boundaries and boundaries, visibility and voice. *The Nordic school of Public Health*. Göteborg, Sverige
- Dahl, B.M., Andrews, T., Clancy, A. (2013). Contradictory discourses of health promotion and disease prevention in the educational curriculum of Norwegian public health nursing: A critical discourse analysis. *Scandinavian Journal of Public Health*. Doi: 10.1177/1403944813502585
- Dahm, J., Thuve, K., Landmark, B., Kirkeliv, I., Reiner, L-M., (2010). *Effekter av skolehelsetjenesten på barn og unges helse og oppvekstvilkår*. Rapport fra Kunnskapssenteret nr 15-2010
- Dalgård, O. S., Mathisen, K. S., Nord, E., Ose, E., Rognerud, M., Aarø, L, E. (2011). *Bedre føre var...Psykisk helse: Helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger*. (Folkehelseinstituttet. Rapport 2011:1), Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt
- Dumont, C. (2007). Ecological Approaches to Health: Interactions between Humans and Their environment. I C. Dumont, G. Kiefhofner (Red.). *Positive Approaches to Health*. (s.65-140). New York: Nova Science Publishers, Inc
- Espnes, G.A., Smedslund, G. (2009). *Helsepsykologi*. Oslo: Gyldendal Forlag
- Folkehelseinstituttet (2010). *Psykiske lidelser hos barn og unge*. Sist endret 22.02.2015. Hentet 03. desember, 2014, fra [http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=List\\_6212&Main\\_6157=6263:0:25,6336&MainContent\\_6263=6464:0:25,6337&List\\_6212=6218:0:25,7198:1:0:0:::0:0](http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=List_6212&Main_6157=6263:0:25,6336&MainContent_6263=6464:0:25,6337&List_6212=6218:0:25,7198:1:0:0:::0:0)
- Fosse, E. (2002). *Forankring og samarbeid- et umulig arbeid? Erfaringer fra evalueringer av helsefremmende og forebyggende arbeid*. Hentet 08. April 2015, fra <http://www.forebygging.no/Kronikker/TIDLIGERE-KRONIKKER/Forankring-og-samarbeid-et-umulig-arbeid/>
- Halkier, B. (2002). *Fokusgrupper*.(1. Utg.). Frederiksberg C: Samfunnslitteratur & Roskilde Universitetsforlag



- Hatling, T. (2011). Psykisk helsearbeid som kunnskaps- og kompetansefelt. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 8 (2). s. 143-153
- Hauge, H. A., Ausland, L. H. (2003). Frihet og ansvar i forebyggende og helsefremmende arbeid. Synliggjøring av handlingsrom med HENÆR-modellen. I H. A. Hauge & M. B. Mittelmark (Red. ), *Helsefremmende arbeid i en brytningstid. Fra monolog til dialog?* (s. 229-248). Bergen: Fagbokforlaget
- Helsedepartementet. (2002). *Resept for et sunnere Norge. Folkehelsepolitikken*. (St.meld. nr. 16). Oslo: Helsedepartementet
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2008-2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted - til rett tid*. (St.meld. nr. 47). Oslo: Det kongelige helse-og omsorgsdepartement
- Helse-og omsorgsdepartement. (2012-2013). *Folkehelsemeldingen God helse-felles ansvar* (Meld.St. 34, 2012-2013). Oslo: Helse-og Omsorgsdepartementet
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2014-2015). *Folkehelsemeldingen. Mestring og muligheter*. Oslo: Helse-og Omsorgsdepartementet
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2008-2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling-på ertt sted-til rett tid*. (St.meld. nr. 47). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet
- Helse- og omsorgsdepartementet.(1999-2008) *Opptrappingsplanen for psykisk helse*. (St.prp. nr. 63). Oslo: Helse-og omsorgsdepartementet
- Helsetilsynet i Hordaland (2008). *Kartlegging av helsetjenester til ungdom i kommunene. Omfatter skulehelsetjenesta i ungdomsskolen og videregående skule og helsestasjon for ungdom*.
- Helsetilsynet i Sør-Trøndelag (2010). *Rapport fra tilsyn med helsestasjons- og skulehelsetjenesten i Trondheim kommune 2010*.

- Hjälmhult, E., Wold, B., Samdal, O. (2002). *Skolehelsetjenesten og helsefremmende arbeid. Samarbeid mellom helsesøstre og lærere ved de norske skolene i "Europeisk nettverk av Helsefremmende skoler"*. *Vård i Norden*, 22 (63). S. 42-46
- Jensen, T.K., Johnsen, T.J. (2002). *Sundhedsfremme i teori og praksis: en lære, og debat- og bruksbog på grundlag af teori og praksisbeskrivelser*. (2 utg.). Århus: Philosophia
- Klepp, K-I. (1998). *Ungdom for helse. Kap. 2 og 3*. Oslo: Pensumtjenesten
- Kolle, T., Larsen, A. S., Ulla, B. (2010). *Pedagogisk dokumentasjon-inspirasjoner til bevegelige praksiser*. Bergen: Fagbokforlaget
- Krueger, R. A., Casey, M. A. (2009). *Focus Groups. A practical Guide for Applied Research*. 4 edition. Los Angeles: SAGE Publications
- Kunnskapsdepartementet. (2006-2007). *...og ingen sto igjen...Tidlig innsats for livslang læring*. (St.meld. nr. 16). Oslo: Kunnskapsdepartementet
- Landsgruppen av Helsesøstre, NSF (2012). *Hørings svar på kommunedelplan for helsefremmende og forebyggende arbeid, 2012-2016, Trondheim kommune*, Oslo: Norsk Sykepleierforbund
- Langeland, E. (2014). *Salutogenese og psykisk helseproblemer-en kunnskapsoppsummering. Rapport 1/14*. Trondheim: Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA)
- Larsen, T., Holsen, I., Tjomsland, H., Servan, A., Tyssebotn., Rostad, Å. (2011). *Pilotevaluering av Drømmeskolen – En case studie av 5 skoler*. (HEMIL-senteret). Bergen Universitetet i Bergen.
- Larsen, T. (2014, 4). *Helsefremmende arbeid og helsesøsters rolle i det*. Paper presentert på Helsesøsterkongressen 2014, Stavanger.

- Lindström, B., Eriksson, M. (2010). *The Hitchhiker's Guide to Salutogenesis. Salutogenic pathways to health promotion*. Helsinki: Folkhälsan Research Centre, Health Promotion Research
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning. En innføring*. (3 utg.) Oslo: Universitetsforlaget
- Malterud, K. (2013). Systematic text condensation: A strategy for qualitative analysis. *Scandinavian Journal of Public Health* (40). s.785-805
- Mathiesen, K. S. (2009). *Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv*. (Rapport 2009:8). Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt
- Mittelmark, M. B., Hauge, H. A. (2003). Helsefremmende politikk for vurdering av helsekonsekvenser. I H. A. Hauge & M. B. Mittelmark (Red.), *Helsefremmende arbeid i en brytningstid. Fra monolog til dialog?* (s. 39-51). Bergen: Fagbokforlaget
- Moksnes, U. K., Løhre, A., Espnes, G. A. (2013). The association between sense of coherence and life satisfaction in adolescents. *Springer. Qual Life Res*, (22), 1331-1338. Doi: 10.1007/s11136-012-0249-9
- Morgan, D. L. (1997). Focus Groups as Qualitative Research. Planning and Research Design for Focus Groups. *SAGE Research Methods*. s. 32-46. Doi: 10.4135/9781412984287
- Moltu, B. (2005). Kunnskapslegitimering av medvirkning. *Tidsskrift for arbeidsliv* (3), s.51-70
- Moustakas, C (1994). *Phenomenological Research Methods*. London: SAGE Publications, Inc
- Neumann, C. B. (2009). *Det bekymrede blikket. En studie av helsesøsters handlingsbetingelser*. Oslo: Novus forlag

- Nutbeam, D., Harris, E., Wise, M. (1999). *Theory in a Nutshell. A practical guide to health promotion theories. (3 utg.)*. Australia: McGraw-Hill Australia Pty Ltd
- NOVA (2013). *Ungdata. Nasjonale resultater 2013. (NOVA Rapport 10/14)*. Oslo: NOVA
- Olufsen, V., Sliper, J. O., Aune, I. (2015). *Kartlegging av ledelse i skolehelsetjenesten I Sør-Trøndelag*. Trondheim: Fylkesmannen i Sør-Trøndelag
- Puska, K. R., Bernardo, L. M. (2007). Mental health and academic achievement: Role of School nurses. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing (12)*, s. 215-223
- Samdal, O. (2009). *Sammenhengen mellom psykisk helse, skolemiljø, skoletrivsel og skoleprestasjoner. (HEMIL-rapport, 4/2009)*. Bergen: Universitetet I Bergen
- Schön, D. A. (1983). *The reflective practitioner: How professionals think in action. (Vol. 5126)*. Basic books.
- Sosial- og helsedirektoratet (2003). *Veileder til forskrift om kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid I helsestasjons-og skolehelsetjenesten. (veileder til forskrift av 3 april 2003 nr. 450)*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet
- Sosial- og helsedirektoratet (2003). *Forskrift om kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons-og skolehelsetjenesten. (forskrift av 3 april 2003 nr. 450)*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet
- Statens helsetilsyn (1998). *Undersøkelser i helsestasjons- og skolehelsetjenesten (IK-2618)*. Oslo: Statens helsetilsyn
- SSB 119 Selvmord, etter kjønn og alder. Hentet 19.04.2015, fra <http://www.ssb.no/a/aarbok/tab/tab-119.html>
- Sørensen, M., Graff-Iversen, S., Haugstvedt, K-T., Enger-Karlsen, T., Narum, I.G., Nybø, A., (2002). "Empowerment" i helsefremmende arbeid, *Tidsskrift for den Norske Lægeforening, nr 24-2002, 122: 2379-83*

Talbot, L., Verrinder, G. (2010). *Promoting Health. A Primary Health Care Approach.* (4 utg.). Australia: Elsevier.

Walker, Z., Townsend, L. O., Donovan, C., Smith, H., Hurst, Z., Bell, J., Marshall, S. (2002). Health promotion for adolescents in primary care: randomized controlled trial. *BMJ* (325), s. 1-6

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

WHO. (2012). Depression. Hentet 11. februar 2015, fra <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>



## Vedlegg 1

Trondheim.....

### Til enhetsledere for helsesøstertjenesten i .....kommune

#### Forespørsel om å intervju helsesøstre i din enhet

#### Forespørsel om å formidle vedlagte informasjon/forespørsel til aktuelle helsesøstre

I mitt masterstudie ved NTNU, institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap, ønsker jeg å se nærmere på hvordan helsesøster i skole (ungdomsskole og VGS), oppfatter sin rolle knyttet til det å styrke ungdoms psykiske helse. Et viktig fokus i studiet vil være det helsefremmende arbeidet som helsesøster opplever at hun gjør, om hun gjør det, hvordan hun gjør det og hvis ikke, hvorfor hun ikke gjør det.

Håpet er at gjennom fokusgruppeintervjuer (2 stk grupper á 4-6 deltagere) vil helsesøstre reflektere og diskutere seg frem til tanker, erfaringer og meninger rundt tematikken.

Hvorfor se på psykisk helse blant ungdom og hvorfor se på dette ut fra en helsefremmende synsvinkel? Det er mye fokus på ungdoms helse. Det fremkommer i undersøkelser og forskning at de unge særlig kan ha utfordringer knyttet til den psykiske helsa. Det blir sentralt å se hvordan dette kan imøtekommes av voksne rundt den unge. Helsesøster blir en aktør som problematikk adresseres til, og helsesøster er den profesjonen som har helsefremmende og forebyggende arbeid som sitt eneste ansvarsområde. Helsefremmende arbeid er sentral i veiledere og handlingsplaner for helsesøsters virke. Samtidig er det forskning som viser at helsefremmende arbeid blir nedprioritert. Mitt ønske er å få helsesøsterens egne betraktninger rundt dette.

Jeg er selv helsesøster. Utdannet i Tromsø i 2000. Har siden da jobbet i helsestasjon- og skolehelsetjeneste, helsestasjon for ungdom og asylhelsetjenesten. Gjennom studiet på NTNU hvor blant annet helsefremmende arbeid var et fag, har mitt ønske om å se nærmere på dette i masteren vokst frem.

Jeg håper dette høres interessant ut for dere og at dere kan bistå meg i å få kontakt med helsesøstre ute i skolene. Jeg har ingen utvalgsriterier utover at de bør være i jobb på ungdomsskole og VGS (helst 4-6 i hver gruppe, en fra ungdomsskole og en fra videregående). Nå er det sjelden menn som jobber som helsesøster, men det kan være en fordel at alle er av samme kjønn. Jeg tenker at utvalget ikke er stort slik at her vil jeg være forsiktig med å sette kriterier. Forøvrig kan det være fruktbart om deltagerne har ulik bakgrunn. Jeg tenker her antall år siden utdanning og antall år som helsesøster. Moderator, den som leder møtet, vil være en ekstern (forsker?), mens jeg vil ta rollen som observatør. Håpet er at intervjuet kan komme i gang i løpet av november 2014.

Har dere spørsmål, ta gjerne kontakt med meg.

Mvh

Merete Nypan

mailto: [meretenyp@hotmail.no](mailto:meretenyp@hotmail.no)

Telefon: 92899538

Masterstudent ved NTNU, institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap

### **Forespørsel om å delta i et fokusgruppeintervju**

Jeg er masterstudent i helsevitenskap ved NTNU og jeg holder nå på med min avsluttende masteroppgave. Tema for mitt studie er *hvordan helsesøster i skole, oppfatter sin rolle knyttet til det å styrke ungdoms psykiske helse, og da med et særlig fokus på det helsefremmende arbeid*. Jeg er selv helsesøster og har jobbet i helsestasjon- og skolehelsetjeneste, asylhelsetjeneste og helsestasjon for ungdom.

#### **Bakgrunn og formål**

Det er mye fokus på ungdom og psykisk helse, og utfordringer unge kan oppleve knyttet til sin psykiske helse. Helsesøster er en aktør som problematikk ofte adresseres til, og helsesøster er den profesjonen som har helsefremmende og forebyggende arbeid som sitt eneste ansvarsområde.

Helsesøsters erfaring blir mitt bakgrunnsmateriale for min master og mitt mål er å få kunnskap om hvordan helsesøster i skolen opplever sin arbeidshverdag.

#### **Hva innebærer deltakelse i studien?**

Data samles inn gjennom et såkalt fokusgruppeintervju med 6-8 deltagere. Deltagerne i intervjuet vil være helsesøstre i ungdomsskole og VGS. Målet er at gruppen får en god samtale knyttet til tematikk. Slik håper jeg få et innblikk i hvordan helsesøstre opplever deres arbeidshverdag knyttet til overnevnte tematikk. Spørsmålene vil være åpne og vil i all hovedsak dreie seg om skolehelsetjeneste, helsefremming, ungdom og psykisk helse. Selve intervjuet vil bli tatt opp på lydopptak. Jeg vil fungere som "møteleder" / intervjuer mens en observatør vil ta notater underveis. Fokusgruppeintervjuet vil bli utført på ettermiddag/kveldstid og vil vare halvannen til to timer.

#### **Hva skjer med informasjonen om deg?**

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Det vil kun være veileder og jeg som får tilgang til datamaterialet etter intervjuet. Jeg vil renskrive datamaterialet snarest mulig etter at intervjuet er utført. Deretter vil lydfil slettes. Dere vil bli identifisert med nye navn/koder. Arbeidsstedet er uinteressant, mens type skole, VGS eller ungdomsskole, vil være det.

Bidraget fra dere helsesøstre vil være avgjørende for studiet og jeg håper derfor på velvillighet. Jeg forplikter meg til å ivareta deres anonymitet i bearbeidelsen av intervjumaterialet. Prosjektet skal etter planen avsluttes våren 2015. Alt av transkribert (renskrevet) materiale vil da bli slettet.



### **Frivillig deltakelse**

Det er frivillig deltagelse i studien og du kan når som helst trekke deg uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg vil eventuelt datamateriale knyttet til deg bli slettet.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med:

Merete Nypan, masterstudent ved NTNU-institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap,

Tlf. 92899538, mailto: [meretenyp@hotmail.no](mailto:meretenyp@hotmail.no)

eller til min veileder:

Geir Espnes, professor og daglig leder ved Senter for helsefremmende forskning,

Tlf. 90165153, mailto: [geir.arild.espnes@svt.ntnu.no](mailto:geir.arild.espnes@svt.ntnu.no)

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

Godkjent 06.10.14.

### **Samtykke til deltakelse i studien**

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta i gruppeintervju med 5-7 andre deltagerne. Alle deltagerne vil være helsesøstre som jobber i skolehelsetjenesten (ungdom/VGS) i Trondheim kommune. Jeg er kjent med at materialet fra intervjuet vil brukes i en masteroppgave ved NTNU. Materialet skal videre oppbevares forsvarlig og min anonymitet skal ivaretas.

Jeg har rett til å trekke meg fra studiet når jeg måtte ønske.

-----  
(Signert av prosjektdeltaker, dato)

-----  
telefon arbeid

## Vedlegg 3

### 1. UNGDOM OG PSYKISK HELSE (25 MIN) – legge frem ark med dette tema

- A. Hvis vi starter med målgruppen ute i skolen; ungdom; hvordan opplever dere ungdoms psykiske helse i dag? Hva møter dere?
- B. Hva tenker dere er hovedutfordringene innenfor psykiske plager?
- C. Opplever dere at det er blitt flere enn før som sliter med psykisk helse?
- D. Hva tenker dere i tilfelle er årsaken til at flere kommer med psykiske helseutfordringer?

#### Legge frem avisoppslag fra ungdomsundersøkelsen

- E. ”Ungdata”-undersøkelsen får store medieoppslag- samsvarer funnene med det dere ser?
- F. Fokus i media – hvordan opplever dere mediens fokus? Opplevs dere det som et problemorientert eller ressursorientert fokus? Si noe mer om dette...På hvilken måte....
- G. Får dere tilbakemeldinger fra ungdom ift dette? Hva tenker dere om medias fokus?

### SKOLEHELSETJENESTEN (15 MIN) –legge frem ark med dette tema

- A. Hvordan vil dere beskrive arbeidshverdagen som helsesøster ute i skolene?
- B. Blir det hovedsakelig ”åpen-dør-funksjon” og/eller har dere noe undervisning i klasse/gruppe?
- C. Forskjell ungdomsskole og VGS....
- D. Hvordan vil dere beskrive ressursene dere har ute på skolene: rikelig/tilstrekkelig/for lite? **Vise oppslag av Klassekamp 011214.**
- E. Hvordan vil dere beskrive samarbeid og samhandling med andre (tverrfaglig) –rektor, lærer, rådgivere, PPT, barnevern, BUP??? Hvem vil dere si er viktigste alliansepartner ute på skolene?
- F. Hvilken rolle opplever de at de har ute på skolene- ”inkludert ekspert / likemann / på besøk / være disponibel”? (Vise til masteroppgave hvor disse begrepene ble lansert)

## **LITEN PAUSE OG BENSTREKK KANSKJE ???**

### **HELSEFREMNING (30 MIN) – legg frem ark med dette tema**

I følge lovverket i § 3-2 Kommunens ansvar for helse-og omsorgstjenester, skal kommunen tilby ”helsefremmende og forebyggende tjenester, herunder skolehelsetjeneste...”

- A. Hva legger dere i **begrepet helsefremming**? Om det blir vanskelig å svare - oppfølgingsspørsmål- hva tenkere dere er forskjellen på helsefremming og forebygging? Empowerment brukes ofte i sammenheng med helsefremming-hva legger dere i dette? Salutogenese er en annen teori som også omhandler et positivt fokus på mestring...kjenner dere til dette begrepet?

**Hvordan oppfatter dere at dere jobber helsefremmende i forhold til ungdom og psykisk helse i deres hverdag ute på skolene? Noen konkrete eksempler?**

**Individ/gruppe/universelt?**

- B. **Hva kan bidra positivt eller negativt i skolehelsetjenestetilbudet til et helsefremmende fokus ift psykisk helse?** (samarbeid, støtte fra egen ledelse, ledelse skole, andre???)

**LEGG FREM kopi av forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjon –og skolehelsetjeneste**

- C. **Hva påvirker dere til en helsefremmende retning? Policydokumenter (veiledere/forskrifter/lover)-er dette noe dere støtter dere på/greier dere å etterleve dem? Utdanning/kurs? Kollegaer og faglige diskusjoner?**
- D. **Det er interessant for meg å høre hvor dere har fått kunnskapen og forståelse for disse begrepene fra. Pensum fra helsesøster utdanning? Sykepleierutdanning? Videreutdanning? Kollegaer? Praksis? Veiledere og handlingsplaner?**
- E. **Hvis man ser for seg at et helsefremmende perspektiv er viktig, hva må til tenker dere for at dette skal bli bedre implementert?**

## Vedlegg 4

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS  
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



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

Geir Arild Espnes  
Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap NTNU  
  
7491 TRONDHEIM

Vår dato: 06.10.2014

Vår ref: 39823 / 3 / HIT

Deres dato:

Deres ref:

### TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 15.09.2014. Meldingen gjelder prosjektet:

39823

*Hvordan oppfatter skolehelsesøster sin rolle knyttet til det å styrke ungdoms psykiske helse? Med undertittel: Helsefremmende arbeid i skolen - et begrep med eller uten innhold for helsesøster ?*

*Behandlingsansvarlig  
Daglig ansvarlig  
Student*

*NTNU, ved institusjonens øverste leder  
Geir Arild Espnes  
Merete Nypan*

Etter gjennomgang av opplysninger gitt i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon, finner vi at prosjektet ikke medfører meldeplikt eller konsesjonsplikt etter personopplysningslovens §§ 31 og 33.

Dersom prosjektopplegget endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for vår vurdering, skal prosjektet meldes på nytt. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>.

Vedlagt følger vår begrunnelse for hvorfor prosjektet ikke er meldepliktig.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Hildur Thorarensen

Kontaktperson: Hildur Thorarensen tlf: 55 58 26 54

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Merete Nypan meretenyp@hotmail.no

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

*Avdelingskontorer / District Offices:*

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



Vi kan ikke se at det behandles personopplysninger med elektroniske hjelpemidler, eller at det opprettes manuelt personregister som inneholder sensitive personopplysninger. Prosjektet vil dermed ikke omfattes av meldeplikten etter personopplysningsloven.

Det ligger til grunn for vår vurdering at alle opplysninger som behandles elektronisk i forbindelse med prosjektet er anonyme.

Med anonyme opplysninger forstås opplysninger som ikke på noe vis kan identifisere enkeltpersoner i et datamateriale, verken:

- direkte via personentydige kjennetegn (som navn, personnummer, epostadresse e.l.)
- indirekte via kombinasjon av bakgrunnsvariabler (som bosted/institusjon, kjønn, alder osv.)
- via kode og koblingsnøkkel som viser til personopplysninger (f.eks. en navneliste)
- eller via gjenkjennelige ansikter e.l. på bilde eller videoopptak.

Personvernombudet legger videre til grunn at navn/samtykkeerklæringer ikke knyttes til sensitive opplysninger.