

Hege Riis Corneliussen

En studie av implementeringen av systematisk helsefremmende og forebyggende psykisk helsearbeid i videregående skole - helsesøsters erfaringer

Hovedoppgave i Master i helsevitenskap Trondheim, november 2017

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie



Forord

Masterstudien har bidratt til å se egen jobb i et nytt perspektiv. Selv om det helsefremmende arbeidet først og fremst skjer utenfor helsesektoren, er vi som helsepersonell i mange tilfeller i posisjon til å sette helsefremmende initiativer på dagsordenen.

Jeg er takknemlig for at jeg har en familie som ser en nytte i at man fortsetter med å utvikle seg. Barnas påminning om at det også finnes andre ting i livet enn studier.. har gitt en sunn balanse.

Takk for konstruktiv veiledning med en oppløftende vri, Geir Arild Espnes og Unni Karin Moksnes – helsefremming både i teori og praksis.

Så til slutt tusen takk til helsesøstrene som stilte til intervju, denne vinklingen kunne ikke vært gjort uten dere. Det har vært inspirerende å bli kjent med eksemplene som viser at enkelttanker og initiativer kan bli ganske store. Jeg har lært mye.

Et inspirerende sitat til slutt;

«Action must begin somewhere with and by the individual mental health professionals who have the conviction and courage to step forward. By joining in partnerships with education, the lives of millions of students and teachers can be transformed”, Whitman et al (2008, s 248)

Harstad, 19. november 2017

Hege Riis Corneliussen

Innholdsfortegnelse

1	Summary	6
2	Innledning	7
2.1	Helse og psykisk helse som begrep	8
2.2	Helsefremming og definisjoner	9
2.3	Helsefremming i skolen	10
2.4	Implementeringsforskning	14
2.5	MEST for ungdom	15
2.6	Hensikten med studien og problemstilling	16
2.7	Litteratursøk	17
3	Teoretisk grunnlag	18
3.1	Implementeringsvitenskap	18
4	Psykisk helsefremming i skolen - kunnskapsoversikt	23
4.1	Felles mål og plattform i skolen	23
4.2	Kunnskapsbygging og profesjonell utvikling	32
4.3	Autonomi, fleksibilitet og programintegritet	33
4.4	Støttende strukturer og samarbeid	36
4.4.1	Betydningen av å ha en primus motor	36
4.4.2	Ledelse	37
4.4.3	Komitéer	38
4.4.4	Komplementerende til skolens kjernevirksomhet	39
4.5	Tid og ressurser	40
5	Resultater	42
5.1	Felles mål og plattform	42
5.2	Støttende strukturer og samarbeid	43
5.2.1	Forankring	43
5.2.2	Arbeidsglede	44
5.2.3	Markedsføring for og dialog med skolepersonell	45
5.2.4	Manglende tilbakemeldinger fra lærere	47
5.3	Betydning av relasjoner	48
5.3.1	Markedsføring for og dialog med elevene	48
5.3.2	Skolens årshjul som støttende struktur	51
5.4	Kunnskapsbygging og profesjonell utvikling	51
5.4.1	Fra generalisering til fordypning	51

5.4.2	Autonomi og fleksibilitet	52
5.4.3	Personlige forutsetninger og faktorer	53
5.5	Tid og ressurser	54
5.6	MEST som bidrag til endring	55
5.6.1	Effektivisering av helsetilbudet som både utfall og fasilitator.....	55
5.6.2	Flere gutter tar kontakt	55
5.6.3	Respons fra lærere og elever	56
5.6.4	Elevmedvirkning	56
5.6.5	Springbrett for nye initiativer og bedret samarbeid med skolen	56
5.6.6	Mer helsesøster som utfall og fasilitator	58
5.7	Presisering av problemstillinger	58
6	Metode	59
6.1	Utvalg	59
6.2	Tema for intervjuguide	60
6.3	Analyse	61
6.4	Etiske betraktninger	66
7	Diskusjon	67
7.1	Aksept.....	67
7.1.1	Aksept hos skolepersonell og elever	67
7.1.2	Aksept hos helsesøster	70
7.1.3	Promotering og relasjonsbygging som strategier for aksept	71
7.2	Nytte av MEST	73
7.2.1	Et mer målrettet tilbud.....	73
7.2.2	Nettverksbygging	73
7.2.3	Nettverk gir inspirasjon	73
7.2.4	Helsesøstrene når flere	74
7.2.5	Helsesøster blir mer synlig.....	74
7.3	Gjennomførbarhet.....	75
7.4	Programintegritet (etterlevelse og kvalitet)	77
7.4.1	Etterlevelse	77
7.4.2	Kvalitet	78
7.5	Dekning	81
7.6	Videreføring og bærekraft	82
7.7	Sterke og svake sider ved studien.....	84
8	Konklusjon	86

9	Litteraturliste.....	88
	Vedlegg 1	100
	Vedlegg 2	102
	Vedlegg 3	105

1 Summary

Objectives and intentions of the study: The aim of the study is to examine public health nurses' experiences with the implementation of health promotion and preventive mental health work (*MEST*) in upper secondary schools. More specifically, barriers and facilitators for implementation have been considered, as well as strategies that are considered suitable to focus on.

Method: Six public health nurses, have shared their experiences from the implementation of *MEST* through individual interviews.

Key findings: Public health nurses have a mandate to conduct health-promoting work at the system level at schools, but whether this is possible depends on many factors. Among other things, it places great demands on continuity, proactive work, establishing good relationships with several management levels, dialogues with students, and let alone the opportunity to create a network to collaborate on the implementation. If attaining a network, this type of working method can also provide both increased competence and work satisfaction. Professional networking, in addition to seeing that *MEST* contributes to changes, are important factors for sustainability. To provide health promotion initiatives in the school's plans, clarification of expectations through agreements, continuous promotion, and an even closer dialogue with the students for further development of *MEST* are the strategies that appear to be beneficial to focus on in the future.

Conclusion: As in previous research, it is seen that there are complex processes and systems when implementation of universal approaches are to be launched in the school context. A conceptual framework consisting of implementation outcomes; acceptability, appropriateness, program integrity, feasibility, coverage and sustainability is a way to understand how the various barriers and facilitators affect implementation. At the same time it is important to highlight the strategies that should be focused on to successfully manage the most advantageous implementation.

2 Innledning

Å ha en god psykisk, så vel som fysisk helse, gjør unge mennesker i stand til å takle utfordringer i ungdomstiden og legger grunnlaget for god helseutvikling i livsløpet (World Health Organization (WHO), 2016a). Den generelle helsen til barn og unge i Norge kan sies å være god, sett i et verdensperspektiv. Også den psykiske helsen er bedre sammenlignet med andre europeiske land (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Ungdataundersøkelser fra 2013 viser generelt en veltilpasset ungdomsgenerasjon med en klar reduksjon av kriminalitet og rusmiddelbruk. Sees det på den naturlige utviklingen, er det slik at psykisk velvære, forbigående, reduseres gjennom ungdomstiden (WHO, 2016a). Samtidig sliter mange unge psykisk i hverdagen, der de siste års kartlegginger kan vise til en økning i psykiske plager blant barn og unge (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). I Norge har 15 til 20 % av barn og unge, i alderen 3 til 18 år, psykiske utfordringer som går utover deres evne til å fungere i dagliglivet (Folkehelseinstituttet, 2015) og det har blant annet i perioden mellom 2004 og 2013, vært en sterk økning hos ungdommer, da spesielt 17 årige jenter, som benytter seg av antidepressiva (Harz et al, 2016).

Psykiske lidelser opptrer i alle regioner og kulturer (WHO, 2016 b) og man ser globalt en økende forekomst av psykiske problemer (Donovan et al, 2007). Psykiske helseproblemer kan ha ødeleggende effekter på unge menneskers sosiale, intellektuelle og emosjonelle utvikling og videre for deres fremtid (WHO, 2016a). Psykiatriske diagnoser er den ledende årsak til funksjonshemming blant unge verden over, noe som gjør dette til en stor helseutfordring for mange familier og samfunnet som helhet (WHO, 2016c). Diagnosene som har høyest prevalens er angst og depresjon og er estimert til å affisere 676 millioner mennesker på verdensbasis (WHO, 2016e) og i sin ytterste konsekvens kan depresjon lede til selvmord (WHO, 2016b).

Mange av problemene er i og for seg ikke nye, men det som er nytt er en økt prevalens og byrde og at de opptrer tidligere i livet (Donovan et al, 2007). Så mange som 10-20 % av barn og unge, verden over, affiseres av en psykisk plage, der halvparten gir seg til kjenne før 14 årsalderen og tre fjerdedeler før midten av 20-årene (WHO, 2016d; WHO, 2013).

Ungdomsårene er derfor en viktig fase i livet med tanke på tiltak for å beskytte og fremme psykisk helse og velvære på lang sikt (WHO, 2016a; Weare & Nind, 2011).

Forståelsen for konsekvenser av psykiske plager kan også sies å være nytt, der samfunnet ikke bare anerkjenner psykiske lidelser som begrensende for livskvalitet, men også det store potensialet for forbedring av den psykiske folkehelsen. Både psykisk og fysisk helse henger nært sammen med livskvalitet. Ved å bedre psykisk helse hos barn og unge vil det både kunne bedre livskvalitet her og nå, samt legge grunnlaget for god livskvalitet og helse også i voksen alder (Folkehelseinstituttet, 2017).

2.1 Helse og psykisk helse som begrep

WHO definerer helse som «en tilstand av fullstendig fysisk, psykisk og sosialt velvære og ikke bare fravær av sykdom eller lyte» (WHO, 2017) Med denne holistiske forståelsen er det sjelden hensiktsmessig å se psykisk helse som en selvstendig komponent, men som en del av den helhetlige helsen. Psykisk helse kan defineres som «en tilstand av velvære der et individ realiserer sine evner, kan håndtere livets normale stressfaktorer, kan arbeide produktivt og er i stand til å bidra til sitt samfunn» (WHO, 2016e; Herrman og Janè-Llopis, 2012). Med dette blir det tydelig at psykisk helse ikke bare er noe et menneske har, men er en iboende ressurs som kommer til uttrykk og påvirkes av samspillet med andre mennesker og miljøet rundt. Forståelsen fremstiller helse som et positivt konsept og en ressurs og ikke livets endelige mål (WHO, 2016f). WHO's definisjon harmonerer med lekfolks forståelse for god psykisk helse. Opplevelsen av helse handler om, blant flere faktorer, å være fornøyd med den du er og det du har, å inneha sosial og mental kompetanse, være generelt lykkelig og å ha evne til å mestre utfordringer i livet samt kunne involvere og engasjere seg på ulike arenaer i livet (Donovan et al, 2007).

Psykisk helse for barn og unge kan forstås som å inneha evnene og ressursene til å akseptere, samt mestre den aldersmessige konteksten og de typiske sosiokulturelle omgivelsene de befinner seg i (Paulus, 2009). Omgivelser kan være av relasjonell art, som forholdet til familie, skole og venner. Det fysiske miljø som boforhold, skolebygning og nærmiljøet er

også av betydning. Psykisk helse vil avhenge av personlighet og fysiske karakteristikk som et utgangspunkt, interagerende med og påvirket av miljøet unge lever i (Paulus, 2009). Videre vil psykisk “sunne” barn ha evne til å uttrykke følelsene, idéene og ønskene sine, i tillegg til å oppleve følelsen av å bli hørt og forstått (Paulus, 2009). Å bli hørt regnes som så viktig for barnets utvikling at det også er en rettighet barnet har. I følge Menneskerettsloven (1999, vedlegg 8, § 12-13) skal barn garanteres retten til å kunne gi uttrykk for alle synspunkter som omhandler det selv. Forståelsen må sees opp mot mestringsaspektet i definisjonen på psykisk helse, slik at barn ikke fremstilles som passive mottakere og at psykisk helse som ressurs mister sin betydning. Sosial og emosjonell kompetanse er andre viktige begreper ved positiv psykisk helse (Nielsen et al, 2015). Sosial og emosjonell kompetanse beskrives som en ressurs som gjør det mulig for individer å påvirke sitt daglige liv, delta i sosial interaksjon samt ta del i det større samfunnet (Nielsen et al, 2015).

2.2 Helsefremming og definisjoner

Økningen av psykiske helseproblemer overgår kapasiteten til helsetjenesten, i møte med kravene for individbaserte behandlingstjenester (Donovan et al, 2007). Som svar på det økende behovet for endring av fokus i hvordan man tilnærmer seg arbeid for folkehelsen, ble den første konferansen for helsefremming holdt i Ottawa i 1986 (WHO, 2016f). Selv om helsefremmende perspektiver lenge har eksistert i praksis og således ikke et nytt fenomen, kan Ottawa-charteret sees på som startskuddet for en verdensomspennende «forpliktelse til en sterk allianse for folkehelsen» og «anmodning om internasjonal handling» (WHO, 2016f). Helsefremming defineres av WHO som “prosessen med å gjøre mennesker i stand til å ta kontroll over og bedre egen helse” (WHO, 2016f). Videre forstås helsefremming direkte opp mot helsebegrepet, der målet er å oppnå fysisk, psykisk og sosialt velvære. Fokus kan rettes mot både individer, grupper og lokalsamfunn, og for å oppnå god helse er det essensielt å «identifisere og realisere ambisjoner, dekke behov og endre eller å mestre miljøet rundt» (WHO, 2016f).

Helsefremming for psykisk helse kan beskrives på ulike måter, men med samme hovedbudskap. WHOs beskrivelse av å fremme psykisk helse handler om å “skape leveforhold og miljø som støtter psykisk helse og som gjør det mulig for mennesker å oppta

samt vedlikeholde gode og helsebringende levevaner «(WHO, 2016e). Tilnærminger for bedret psykisk helse kan også defineres som “intervensjoner designet for å maksimere psykisk helse og velvære ved å øke mestringskapasitet av lokalsamfunn og individer og ved å bedre miljø som påvirker psykisk helse» (Donovan and Anwar-McHenry, 2014, s 1). Psykisk helse i folkehelsearbeidet innebærer å styre oppmerksomheten mot de faktorer som påvirker den psykiske helsen vår. For eksempel vil sosial støtte, sosialt nettverk kunne virke positivt inn på vår psykiske helse, mens stress, ensomhet og utenforskap vil ha motsatt effekt (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015).

Helsefremming generelt skiller seg konseptuelt fra forebyggende arbeid. Når en intervensjon kategoriseres som helsefremmende er målet å bedre psykisk helse ved blant annet å «øke grad av velvære, selvbilde, optimisme, positiv atferd, mestring samt evne til å takle motgang og belastninger i livet» (Folkehelseinstituttet, 2011, s 15). Mens sykdomsforebyggende tiltak har som mål å «forebygge sykdom ved å redusere nivået av kjente risikofaktorer hos personen selv og i miljøet» (Folkehelseinstituttet, 2011, s 15). Sistnevnte deles inn i målgrupper; universell, selektiv og indikativ, der alle likevel kan virke helsefremmende (Folkehelseinstituttet, 2011). Det betyr at selv om det er et konseptuelt skille i forståelsen av helsefremmende og forebyggende arbeid vil man kunne oppnå forebygging av psykiske plager med helsefremmende tilnæringsmåter. Samtidig som det vil kunne fungere helsefremmende med forebyggende tiltak. Arbeidet med å fremme psykisk helse må altså handle om å både nå de som er i risikozonen for å utvikle sykdom, og også legge til rette for at alle barn skal få utvikle seg fritt og nå sitt fulle psykiske helsepotensiale.

2.3 Helsefremming i skolen

Psykisk helse har en sentral plass i det globale folkehelsearbeidet (Herrman og Jane-Llopis, 2012) og Norge har forpliktet seg til å følge opp den internasjonale handlingsplanen for psykisk helse utformet av WHO (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Psykisk helse skal ikke bare løftes frem som et viktig satsingsområde, men føringene tilsier at folkehelsearbeidet skal likestille arbeidet med å fremme psykisk og fysisk helse, og barn og unge skal prioriteres (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Dermed sees også en dreining i politiske føringer som tilnærmer seg ansvar for egen helse annerledes enn tidligere. Samfunnet og omgivelsene

rundt barn og unge har ansvar for å hjelpe de enkelte for å kunne ha forutsetninger for å ta dette ansvaret.

I forståelsen av psykisk helse og helsefremming som ressurser i dagliglivet er det åpenbart alle sektorer og departementer har et felles ansvar og at god psykisk helse skapes først og fremst utenfor helsesektoren (WHO, 2013; WHO, 2016e). Å gjøre det mulig for mennesker å lære om og mestre utfordringer, gjennom ulike stadier i livet, er nødvendig og må fasiliteres der hvor mennesker lever og virker; på skolen, hjemme, på jobb og i ulike settinger i nærmiljøet (WHO, 2016f). Hvis det sees på aldersgruppen 16-19 år er potensielle mestringsarenaer videregående skole, interessegrupper, organiserte fritidsaktiviteter og arbeidslivet (Folkehelseinstituttet, 2015). Sosioøkologiske helsemodeller, som søker å forklare den gjensidige avhengigheten mellom sosiale systemer eller settinger og folkehelseutfall, har kommet til syne i større grad de siste 15-20 år (Stewart, 2014). Disse modellene reflekterer en tro på den konseptuelle forståelsen av kontekst og dens signifikans i relasjon til helse og velvære, både på individ- og populasjonsnivå (Stewart, 2014).

Handlingsplanen, “The Comprehensive Mental Health Action Plan for 2013-2020”, trekker frem, som et av sine fire hovedelementer, at helsefremmende arbeid er en nødvendighet for å «beskytte samt fremme mentalt velvære for alle innbyggere» (WHO, 2013 p. 16) og at målsetningen oppnås best gjennom et livsløpsperspektiv (WHO, 2013). Også i folkehelsemeldingen vektlegges de ulike omgivelser som helsefremmende kontekst (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Det er et lovpålagt ansvar kommunene er gitt for å tilby innbyggerne helsefremmende og forebyggende tjenester (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, § 3-2). St. melding nr. 26 «fremtidens primærhelsetjeneste» trekker frem helsefremmende og forebyggende tjenester for barn og unge som et viktig satsingsområde, der helsestasjons- og skolehelsetjeneste er særlig viktige arenaer (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015 b). Helsestasjons- og skolehelsetjenesten trekkes frem som viktige fordi denne tjenesten er unik med tanke på å ha kontakt med hele populasjonen av barn og ungdom mellom 0-20 år (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015b).

I de nasjonale retningslinjene for skolehelsetjenesten gis det sterke anbefalinger om at et godt system-rettet arbeid for hele ungdomspopulasjonen, er grunnleggende for det helsefremmende arbeidet i skolen, både med tanke på fysisk og psykososialt miljø (Helsedirektoratet, 2017). Skolehelsetjenesten skal være en tverrfaglig sammensatt tjeneste, med helsesøster og lege som eneste «skal»-instans (Helsedirektoratet, 2017). Det innebærer også en frihet til at kommunene står fritt til å bestemme hvordan det tverrfaglige samarbeidet skal organiseres. Man ser derfor at skolehelsetjenesten, på mange skoler, i praksis består primært av helsesøster alene, noe som kan kategoriseres som en sårbarhet i seg selv. En kunnskapssammenfatning viser i tillegg, at det fortsatt mangler føringer for det mer helsefremmende arbeidet og at helsesøsters rolle tradisjonelt har hatt mer fokus på individrettet oppfølging som kontrast til universelle tilnærminger (Whitehead, 2006). Det er derfor behov for å videreutvikle det konkrete innholdet i skolehelsetjenesten og illustrere nødvendigheten av at flere faggrupper, både i og utenfor helsesektoren, deltar aktivt i det helsefremmende arbeidet.

Erkjennelsen av skolemiljøets rolle i å fremme psykisk helse og resiliens hos barn og unge, øker verden over (Stewart et al, 2004). Gjennom de siste to tiår har det vært en økning i skolebaserte initiativer med mål om å fremme psykisk helse og velvære (Nielsen et al, 2015). Skolen bidrar som en svært viktig kontekst som har potensiale til blant annet å forme barns selvtillit, mestringstro samt opplevelse av livskvalitet (Stewart, Sun, Patterson, Lemerle, Hardie, 2004).). Ikke bare er skolen det stedet hvor nærmest alle barn og unge kan nås, skolen innehar også et mandat til å utdanne og veilede barn til å ta ansvar både for deres egen helse og andres (Paulus, 2009). I WHO's handlingsplan for psykisk helse (2013-2020) er videreutviklingen av skolebaserte programmer en av de nevnte strategier for generelt å implementere arbeidet med å fremme psykisk helse (WHO, 2013).

Det eksisterer rikelig evidens på koblingen mellom tidlige muligheter for læring og barns helse (WHO, 2009). Likeledes, utdanningsmuligheter og -nivå influerer helse over tid (WHO, 2009) og vil være en sterk prediktor for helseutfall også i voksen alder. Denne gjensidige påvirkningen gjør at ikke er det bare et felles ansvar, fordelt på de ulike departementer og sektorer, men at det foreligger også målsetninger som er kompatible med hverandre og der utfallene er gjensidig påvirkende. Undersøkelser fra videregående skoler i Akershus kan vise til klare sammenhenger mellom psykisk sykdom eller psykososiale problemer og frafall i

videregående opplæring (Markussen og Seland, 2012). Derfor vil tiltak og virkemidler som har som mål å bedre psykisk helse hos elevene også kunne nå målet med å redusere antall som faller fra skolen. Med flest mulig som fullfører skolen og tar videre utdanning, vil det øke sannsynligheten for bedre helse her og nå, og senere i livet. Slik vil målet om best mulig helse for barn og unge være et sentralt anliggende for både helse- og utdanningssektoren.

Internasjonalt har de fleste skoler allerede helsefremmende mål eller tiltak i sine retningslinjer, slik at ideen er i seg selv ikke ny (WHO, 2009). WHOs “Global School Health Initiative” fungerer som en global veiviser for helsefremmende tilnærminger i skolene. Det overordnede målet til initiativet er å øke antall skoler som kan kalles helsefremmende skoler. WHO beskriver en sann helsefremmende skole som “en skole som kontinuerlig styrker sin kapasitet som en helsebringende setting for å leve, lære og arbeide (WHO, 2016h; WHO, 2009). Selv om mange land eksperimenterer med denne tilnærmingen har bare få land integrert tilnærmingen med støtte av sentrale myndigheter (Quirke, 2015). Fordi den kulturelle konteksten i de ulike land og regioner varierer, så vil også den antatte formen på helsefremmende skoler variere (WHO, 2016h). Samtidig eksisterer det noen felles visjoner og karakteristikk som går over både kulturelle og nasjonale grenser. Ikke bare er det fokus på elevers, men også foreldres, de ansattes og lokalsamfunnets helse, samt interaksjonen mellom disse (WHO, 2016i). Komponenter i helsefremmende skoler inneholder blant annet pensum relatert til helse, skape et trygt, helsebringende og vennlig skolemiljø, sørge for nødvendige helsetjenester, utarbeide retningslinjer knyttet til skolehelse og involvere familien og lokalsamfunnet generelt i arbeidet med å fremme helse (WHO, 2009). I de siste 20 årene har tilnærmingen influert praksis i England og andre Europeiske land, samt i Australia (Rowling, 2008). Den helhetlige tilnærmingen vil kunne bidra til endringer i holdninger og atferd når det kommer til livsforbedrende aktiviteter som er kritisk for å bedre deres helse og velvære og som bidrar til sosial inklusjon og sosial rettferdighet (WHO, 2009). Dette betyr at målet er å integrere psykisk helsefremming i læreplaner, i skolens etos, organisasjon og miljø (Paulus, 2009) også beskrevet som «the core business of the school» (Paulus, 2009, s 296). En slik omfattende og helhetlig tilnærming er sett på som idealet og overordnet en form for beste praksis jamfør enkeltstående tiltak.

2.4 Implementeringsforskning

En nøkkelutfordring det globale helsesamfunnet står ovenfor er hvordan evidensbaserte intervensjoner skal implementeres (Peters et al, 2013). Dette gjelder ikke minst i skolen som byr på sine kontekstuelle utfordringer som må tas hensyn til. Forskning på implementering kom mer regelmessig mot slutten av 1970- tallet (Durlak og DuPre, 2008) og interessen er sterkt økende med bakgrunn i sammenhengen den har med å maksimere ønskede effekter av helseintervensjoner (Peters et al, 2013; Evans et al, 2015). Folkehelsemeldingen vektlegger viktighet av tiltaksforskning for å øke den kunnskapsbaserte basen for folkehelsearbeidet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Man vet at implementering er en kompleks prosess, bestående av ulike faser og som er påvirket av personlige, organisasjonelle og systemiske faktorer, men på hvilken måte disse faktorene påvirker implementeringen av evidensbaserte intervensjoner i en skolesetting har ikke blitt spesifisert (Forman et al, 2009).

Det er behov for mer kunnskap om hvordan programmer for å fremme psykisk helse fungerer og hva som skal til for å implementere arbeidet best mulig. Ikke alle helsefremmende intervensjoner har vist seg å fungere og det er også derfor fortsatt et behov for mer forskning på hva som virker, hvordan det virker og hvorfor (Macnab, Gagnon og Stewart, 2014). Å lære om implementering, på et praktisk nivå, er essensielt for skolene (Stewart, 2008), men også for andre involverte og bidragsyttere. Selv når intervensjoner er designet på en lik måte vil implementeringen arte seg ulikt i forskjellige kontekster og dermed gi ulike utfall (Peters et al, 2013). Vanskeligheter med implementeringen av initiativer som har til hensikt å fremme psykisk helse, har til dels å gjøre med at det mangler praktiske og konkrete rammeverk, sammenlignet med intervensjoner som har hovedfokus på fysisk helse (Donovan and Anwar-McHenry, 2014). Dette gir også grunnlag for å jobbe videre med å finne gode og anvendelige rammeverk for psykisk helse i skolen. De ulike profesjonene som kan være involvert i implementeringen av psykisk helseprogrammer, er en annen faktor som gjør skolene en unik kontekst for implementeringsforskning (Owens et al, 2014). Hvordan fasilitatorer og barrierer, relatert til implementering av en intervensjon, håndteres, vil være av viktighet i tilknytning til om implementering kan sies å ha hatt suksess (Quirke, 2015) og videre om tiltaket som helhet fungerer eller kan sies å ha hatt de ønskede utfall.

2.5 MEST for ungdom

Mestring for ungdom (MEST), er systematisk helsefremmende og forebyggende arbeid i videregående skole på systemnivå. Tilnærmingen er universell¹ med hele elevmassen som målgruppe. Hovedmålet med MEST er å bidra med kunnskap om og normalisering av opplevelsen av hverdagslige utfordringer, samt å gi ungdommene verktøy for å takle disse utfordringene best mulig. Ideen er å komme tidlig inn før utfordringer blir større problem for den enkelte ungdom.

MEST foregår i løpet av skoledagen og tilbudene i MEST drives av skolehelsetjenesten med helsesøster som hovedansvarlig. Samtidig drives MEST tverrfaglig der fysioterapeut, rådgiver fra skolen, psykolog og lærer er aktuelle samarbeidspartnere. Systematikken starter med en bred kartlegging der elevene svarer på ulike spørsmål rundt egen helse og hva de opplever som vanskelig. Hovedmålet med kartleggingen er å få svar på hva som rører seg i ungdomsgruppen på de ulike skoler og trinn. Man ønsker å se om det er endringer fra år til år for å kunne gi et mest mulig målrettet tilbud til elevene, i tråd med MEST sine hensikter.

På bakgrunn av kartleggingen gis det tilbud om åpne seminarer og klasseromsseminar hvor tema som ungdommene selv er opptatt av, tas opp. Tema under seminarene kan handle om hvordan de grunnleggende behovene må være på plass for å få det bedre fysiske, psykiske og sosiale. Manglende søvn har for eksempel vært et tilbakevendende tema. Tema kan også handle om å få hjelp til å sortere tanker, samt lære om hvordan tanker, følelser og handling henger sammen. Andre tema som har kommet frem fra kartlegging er eksamensstress, ensomhet, mistriivsel i friminuttene og utfordrende familieforhold. Tilpasset helseinformasjon og fakta er en del av seminarene, samtidig som minst en tredel skal bestå av konkrete verktøy som kan hjelpe dem med det de synes er vanskelig. Hovedmålet med disse seminarene er at ungdommene skal lære seg nye verktøy som de kan bruke i noen av de utfordringene de møter. Videre gis det mulighet for deltakelse i gruppe for de som ønsker mer etter seminarene. Til de som ikke ønsker grupper er det mulighet for en-til-en samtaler med helsesøster.

¹ Med universell menes det en bred, populasjonsrettet tilnærming, som er tenkt å nå alle (Helsedirektoratet, 2016).

2.6 Hensikten med studien og problemstilling

I tråd med politiske føringer har NTNU Senter for helsefremmende forskning, i samarbeid med Trondheim kommune, satt i gang prosjektet «Health promotion worthwhile? Reorienting community healthcare services». Her skal implementering av helsefremmende arbeid i ulike kontekster i kommunehelsetjenesten undersøkes (NTNU Senter for helsefremmende forskning, 2016). Et av delprosjektene handler om helsefremming av psykisk helse hos unge. Målet er å undersøke hvilke individuelle og kontekstuelle faktorer og ressurser som er viktige for psykisk helse hos ungdommer. Det skal videre undersøkes hvordan en universell helsefremmende og forebyggende arbeidsmetode for å fremme psykisk helse oppleves av ungdom selv, benevnt som mestringsgruppe for ungdom (MEST). Målet for denne studien er å se nærmere på erfaringer som er gjort med tanke på implementeringen av det systematiske arbeidet, MEST.

Hensikten med denne studien har vært å se på implementeringen av MEST ut fra helsesøstrenes erfaringer. Faktorer som påvirker gjennomføringen av det systematiske arbeidet blir sentral. Her vil deler av prosessen med implementering av MEST undersøkes. Det er ønskelig å undersøke implementeringen av tiltaket ut fra perspektivet til de helsesøstrene som gjennomfører det. En overordnet problemstilling presenteres i det følgende. De mer presise problemstillinger presenteres etter resultatdel, før metodekapittel.

Hvilke erfaringer har helsesøstrene med implementeringen av systematisk helsefremmende og forebyggende psykisk helsearbeid (MEST) i videregående skole?

Hensikten med prosjektet er å bidra med å systematisere erfaringene som nå er gjort, gi tilbakemeldinger til helsesøstrene underveis, som videre kan bidra til videre arbeid med MEST. Dette kan gi en nytteverdi for de som allerede jobber med MEST. Det kan også være et bidrag til andre som ønsker å jobbe systematisk med tilsvarende arbeid i videregående skole og dermed også et bidrag til implementeringsforskning i en norsk skolekontekst.

2.7 Litteratursøk

Litteratursøk for tidligere forskning på psykisk helsefremming i skolen, startet i Google Scholar. Artikler etter 2016, så 2015, ble først valgt, med søkeordene; «health promotion», «mental health», «schools». Artikler etter 2015/2016 ble valgt for å fokusere på søk som startet med den nyeste tilgjengelige forskning, tatt i betraktning et økende fokus på helsefremming av psykisk helse i skolekonteksten de siste årene. Gjennom de første studiene ble referanselistene brukt til å finne flere relevante studier, både enkelt studier og kunnskapsoppsummeringer. Referanselistene i disse «nye» studiene ble brukt, også for å lete opp primære kilder. Oversiktsartikler ble brukt for å finne frem til relevante studier, men med begrensning de siste 10 år. Norsk litteratur i form av fagbok om helsefremmende skoler har vært brukt for å se til norske studier. WHO sine sider ble brukt for å finne evalueringer av aktuelle helsefremmende program. Her ble dokumenter fra WHO og referanselister brukt for å finne frem til flere studier. Senere i prosessen ble det søkt etter studier publisert mellom 2006 og 2016 med supplerende søkeord; “evaluation” og “implementation”. De to sistnevnte ord ble valgt for å i større grad få frem beskrivelsen av innhold og implementering av ulike programmer og intervensjoner. Inklusjonskriter for enkeltstudiene; tiltak rettet mot hele studentpopulasjon på en skole, skolebaserte programmer, en tydelig promotering av psykisk helse, studier som har rapportert detaljer av innhold og levering.

3 Teoretisk grunnlag

3.1 Implementeringsvitenskap

Implementeringsvitenskap dreier seg om et bredt spekter av politiske føringer, programmer samt individuell praksis med den intensjon å forbedre folks helse (Peters et al, 2013). Peters et al definerer implementeringsvitenskap overordnet som den vitenskapelige undersøkelsen av spørsmål som omhandler implementering. Videre kan det beskrives som «det vitenskapelige studie av prosessene brukt i implementeringen av initiativer, samt de kontekstuelle faktorene som påvirker disse prosessene» (Peters et al, 2013, s 9). Forskningen kan ta sikte på å undersøke et hvert aspekt ved implementeringen, fra faktorer som påvirker implementeringen til implementeringsprosessene i seg selv (Peters et al, 2013). Implementeringsforskning kan fokusere på tema som; identifisering av vanlige implementeringsutfordringer, forståelsen av faktorer som hindrer eller fasiliterer tilgangen til helseintervensjoner, utviklingen og testing av løsninger som kan takle implementeringsbarrierer, enten i en spesifikk kontekst eller på tvers av ulike miljø. Det kan også handle om å introdusere innovasjon til et helsesystem eller å fremme oppskalering og videreføring (Peters et al, 2013).

Implementeringsstrategier (Proctor, Powell og McMillen, 2013) er en nødvendighet i implementeringsforskningen da det sier noe om *hvordan* endringene av helsetjenestene og dens praksis skjer. Implementeringsstrategier kan defineres som metoder eller teknikker som blir brukt til å hjelpe opptaket, gjennomføringen og videreføringen av et klinisk program eller praksis (Curran, Bauer, Mittman, Pyne og Stetler, 2012). Implementeringsforskning kan fokusere på strategien i seg selv eller inkorporere vurderingen av strategien i et bredere studie av helseintervensjonen (Peters et al, 2013). Det å utvikle strategier for å overkomme barrierer og øke effektiviteten av implementering har en høy forskningsprioritet (Eccles et al, 2009). Som med all intervensjonsforskning er det behov for en presis forståelse for implementasjonsstrategier som gjør det mulig å måle og reprodusere (Proctor et al, 2013).

Flere konseptuelle modeller for implementeringsforskning og praksis har blitt fremstilt og noen har begynt å tilføre og evaluere modellene i skolesammenheng (Owens et al, 2014). Proctor et al (2011) finner i sin gjennomgang av studier, som ser på implementering av ulike intervensjoner, at det brukes svært varierte tilnærminger for å måle implementering samt at

begrepsbruken er mangfoldig og uklar. Dette gjør det igjen vanskelig å sammenligne funn. For å kunne studere implementeringsprosessene foreslår Peters et al (2013) et rammeverk for å begrepsliggjøre implementeringen. Rammeverket er adaptert fra Proctor et al (2011) og tar utgangspunkt i nøkkelbegreper også karakterisert som «implementasjonsutfall», som vist i tabell 1. Implementasjonsutfall defineres av Proctor et al som «effektene av målrettede handlinger for å implementere nye behandlinger, ulike praksiser og tjenester». Implementeringsutfallene har tre viktige funksjoner som fungerer som indikatorer for hvorvidt implementeringen har hatt suksess. De er nærliggende for å forstå implementeringsprosessene og videre fungerer de som midlertidige utfall i relasjon til tjenestesystemer eller kliniske utfall (Proctor et al, 2011). Mange av implementasjonsutfallene kan måles ut i fra uttrykte holdninger og meninger, intensjoner, rapportert eller observert atferd (Proctor et al, 2011). Utfall som brukes i diskusjonen presenteres i det videre.

Aksept er funnet å være en determinant for implementering (Aaron og Palinkas, 2007) og handler om hvilken grad interessentene opplever intervensjonen som fordelaktig, tilfredsstillende eller troverdig (Proctor et al, 2011). Nærliggende begreper er hvor fornøyd de involverte er med de ulike aspektene ved innovasjonen som kan være; innholdet, kompleksiteten eller leveringene (Proctor et al, 2011). Manglende aksept har vært sett på som en utfordring for implementering (Davis, 1993). Aksept burde undersøkes basert på interessentenes kunnskap om eller deres direkte erfaringer med ulike dimensjoner av programmet. Det kan måles fra perspektivet til de involverte som for eksempel administratorer, betalere, tjenesteytere eller mottakerne av intervensjonen. Hvorvidt en intervensjon er akseptabel refererer til noe spesifikt i en behandling eller et program og ikke en generell erfaring. Begrepet anses av forfatterne til å være dynamisk og dermed foranderlig med erfaring. Derfor vil måling av aksept kunne være forskjellig gjennom de ulike stadier av implementeringen (Proctor et al, 2011; Peters et al, 2013).

Tabell nr 1 Konseptuelt rammeverk for implementasjonsutfall

Implementasjonsutfall	Aksept	Nytte	Gjennomførbarhet	Programintegritet	Dekning	Videreføring
Beskrivelse	Opplevelsen av at en intervensjon er fordelaktig, tilfredsstillende eller troverdig. Hvor fornøyd de involverte er med programmet.	Antatt relevans. Hvor god intervensjonen passer for en gitt kontekst, tjenesteyter eller mottaker.	Bruken i praksis. Hvordan intervensjoner passer i det daglige.	I hvilken grad intervensjonen ble implementert som planlagt. Det handler både om etterlevelse, kvalitet og dosering.	I hvilken grad de som antas å ha fordeler av programmet faktisk mottar det.	I hvilken grad intervensjonen er bærekraftig og integreres i en organisasjon.

Note: Tilpasset fra Peters et al, 2013; Proctor et al, 2011. Kostnad og opptak fra opprinnelig tabell er ikke tatt med.

Det neste nøkkelbegrepet er *nytte* og beskrives som den antatte relevansen av intervensjonen. Nytte handler om hvor godt en intervensjon eller et program passer for en gitt kontekst, tjenesteyter eller mottaker og/eller i hvor stor grad den oppleves som passende for å henvende seg til et gitt tema eller problem. Begrepet eller konseptet er viktig for å forstå eller fange opp hindringer underveis i innsatsen med å implementere, som når tjenestetilbydere føler at det nye programmet strekker seg ut over den egentlige misjonen til helsetjenesten eller ikke henger sammen med tilbyders rolle, ferdigheter eller jobb forventninger. Ulike interessenter vil trolig ha en oppfatning av en ny intervensjons eller et programs nytteverdi til en bestemt kontekst, klientell eller tjenesteytere. Disse oppfatningene kan være en funksjon av organisasjonens kultur eller klima. Begrepet overlapper med aksept noen steder i litteraturen, men det er ønskelig å skille i dette rammeverket. For eksempel kan en behandling anses som nyttig for en gitt lidelse, men trekkene ved behandlingen, som kan være et hardt behandlingsregime, kan vurderes som uakseptabelt (Proctor et al, 2011; Peters et al, 2013).

Gjennomførbarhet er et implementasjonsutfall som sier noe om hvordan intervensjonen egentlig passer og om programmet kan utføres i en bestemt kontekst eller organisasjon. Dette handler om bruken i praksis og hvordan intervensjonen passer i det daglige (Peters et al, 2013). Begrepet sier også noe om i hvor stor grad en ny behandling eller innovasjon kan gjennomføres med suksess i en gitt kontekst (Proctor et al, 2011). Gjennomførbarhet er relatert til nytteverdi, men differensieres i dette rammeverket. For eksempel kan et program anses som nyttig for en tjeneste, ved at det er kompatibelt med konteksten eller mandatet (for eksempel en ny behandlingsmetode), men er kanskje ikke gjennomførbart på grunn av ressursmangel eller manglende opplæring.

Programintegritet av intervensjonen kan defineres som i hvilken grad intervensjonen ble implementert slik som det var planlagt av programutviklerne (Dusenbury, Brannigan, Falco og Hansen, 2003). Programintegritet har blitt målt oftere enn andre implementasjonsutfall ved typisk å sammenligne den originale intervensjonen med den implementerte intervensjonen. Samtidig handler integritet også om kvalitet på programmet, intensiteten eller doseringen av leveringen, samt hvordan deltakerne involveres eller responderer på programmet (Proctor et al, 2011; Owens et al, 2014). Litteraturen identifiserer 5 dimensjoner av dette begrepet; etterlevelse, kvaliteten på leveringen, differensiering av programkomponenter (hvorvidt programmet skiller seg fra andre program), eksponering til intervensjonen, samt hvordan deltakerne involveres eller

responderer (Dusenbury et al, 2003). Det er ikke funnet en kortfattet måte å definere integritet på og det blir viktig å klargjøre i de aktuelle studier hvilke av dimensjonene man ser på (Dusenbury et al, 2003). Programintegritet kan måles på ulike måter; selvrapportering, direkte observasjon (Proctor et al, 2011).

Dekning sier noe om i hvor stor grad en populasjon som antas å ha fordeler av programmet faktisk mottar det. Dette handler om tilgangen og hvordan tjenesten spres for å dekke mottakerne, altså hvordan det fokuseres på de som har behov for intervensjonen og levering med tilfredsstillende kvalitet (det blir slik en kombinasjon av programintegritet og dekning) (Peters et al, 2013).

Det siste implementeringsutfall handler om *videreføring* og hvorvidt et program er *bærekraftig*. Her er det snakk om i den grad intervensjonen kan vedlikeholdes, integreres eller institusjonaliseres i en gitt kontekst. Litteraturen opererer med ulik bruk av begrepet, men her sees det som en integrering av et gitt program i en organisasjons kultur gjennom retningslinjer og praksis og skiller mellom tre stadier som bestemmer grad av institusjonalisering (de tre stadier vil ikke skilles mellom her) (Proctor et al, 2011).

4 Psykisk helsefremming i skolen - kunnskapsoversikt

Studier som har rapportert detaljer av innhold og gjennomføring av programmet, presenteres i tabellform for bedre å illustrere hva innholdet er og de evalueringer det har vært fokusert på. Andre studier, samt kunnskapsoppsummeringer, som omhandler implementering tas også med, for å få frem bredden i forskningen som er gjort på psykisk helsefremming i skolen.

Tema relatert til implementering har blitt inndelt følgende: felles mål og plattform, kunnskapsbygging og profesjonell utvikling, autonomi, fleksibilitet og programintegritet, støttende strukturer og samarbeid, komplementerende til skolens kjernevirksomhet og tid og ressurser. Inndelingen er arbeidet frem fra studiene som er sett på, der valgte overskrifter representerer tema som gjentar seg i forskningen. Temaer er nært relaterte og gjensidig påvirkende, så vil derfor også overlappe.

4.1 Felles mål og plattform i skolen

Suksess eller feiling av helsefremmende initiativer i skolen er i stor grad bestemt av hvordan dialogen finner sted og at gjensidig tillit og respekt utvikles mellom involverte parter (Macnab et al, 2014). Den tidlige dialogen legger grunnlaget for videre samarbeid og prosesser. En samarbeidende prosess karakteriseres av gjensidig tillit, åpen kommunikasjon, delt ansvar og innsats for å nå et slags konsensus (Durlak og DuPre, 2008; Comiskey et al, 2015). Det er en formening om at en del lærere ikke ser hvordan psykisk helse også skapes på skolen, slik at dette ansvaret legges på andre forhold i de unges liv (Graham et al, 2011). Videre foreligger det en forventning om at det er helsepersonell som først og fremst skal håndtere de psykiske utfordringene som barnet har. Forman et al (2009) så gjennom intervjuer av programutviklere at det fortsatt er vanskeligheter med å nå frem med budskapet om at læring og akademiske mål enklere finner sted, dersom man bruker tid på psykisk helse. For å promotere psykisk helse er det derfor også nødvendig å forstå hva som utgjør god psykisk helse og hva som kjennetegner en skole som har til hensikt å være en helsefremmende skole, slik at de involverte forstår og vet hva de overordnede målene med initiativene er (Quirke, 2015).

Med ulike interessenters faglige bakgrunn og ståsted krever det fleksibilitet slik at det kan forhandles frem felles mål ut fra ulike «rammer» av forståelse (Terre, 2008). Det bør brukes

dagligdags språk som både skolepersonell, foreldre og elever kan forstå og relatere seg til (Quirke, 2015). Ordet «mental» kan være gunstig å styre bort fra for å øke sannsynligheten for at psykisk helse og velvære forstås som noe som angår alle (Weare og Markham, 2005; Graham et al, 2011). Begreper som ligger til grunn for psykisk helse kan brukes og utheves, som slik vil kunne gjøre det både mer forståelig og håndgripelig. Optimisme, opplevelse av at ting gir en sammenheng, motstandskraft for å stå imot stress, evne til å kommunisere effektivt og skape relasjoner er begreper som personer, uten helsefaglig bakgrunn, lettere vil kunne forholde seg til (Weare og Markham, 2005). I *Resilient Children and Communities Project* (som vist i tabell 2), et 3-årig prosjekt i Australia designet for å fremme resiliens hos barn i barneskolealder, ble begrepet *resiliens* brukt nettopp for å hjelpe skolene til å fokusere på psykisk helsefremming fra starten (Stewart, 2008). Mange parallelle initiativer i en helsefremmende skole tilnærming skal, i utgangspunktet fungere som forsterkende, men med flere fokus fra starten kan psykisk helsefremming bli nedprioritert til fordel for elementer som kanskje er lettere å ta tak i.

En bedret forståelse kan sørges for ved at nødvendig informasjon legges frem og at det utarbeides retningslinjer for å oppnå en felles forståelse for hva god helse er (Bruce, Klein & Keleher, 2012). En måte å klargjøre på sees i *Mentally Healthy Schools Framework* (som vist i tabell 2). Her ble en times formell opplæring i rammeverkets budskap gjennomført, med et handlingsplanmøte i etterkant. Det ble videre utviklet og signert en avtale i fellesskap på de ulike skoler og bestemt nøkkelkontakt på skolen. Nøkkelkontakt hadde hovedansvar for å drive prosjektet fremover i samarbeid med utviklere av rammeverket. Avtalen inneholdt informasjon om hva det betyr å være en psykisk helsefremmende skole, forventninger om partnerskap og samarbeid, innkjøp av materiell til klasseromsbasert undervisning og promoterende materiell, samt evalueringskrav (Anwar-McHenry et al, 2016; Donovan and Anwar-McHenry, 2014).

Tilsvarende ble de ulike interessenter i *Resilient Children and Communities* involvert fra starten (Stewart, 2008). Programutviklere samarbeidet med skolene i fastsettingen av felles mål. Videre samarbeidet flere skoler i prosjektet med lokalsamfunnet for å bestemme prioriteringer ut fra behovskartlegging (Stewart, 2008). Felles kartlegging bidro nettopp til å identifisere behov og tydeliggjøre hva det skal jobbes mot (Stewart, 2008). Å foreta kartlegginger vil ikke bare identifisere behovene, men vil også kunne være med på å sikre eierskap, bærekraft og en opplevelse av å inneha kompetanse samt en «dette klarer vi»-holdning (Forman et al, 2009; Stewart, 2008). Noen av skolene i *Resilient Children and Communities*, jobbet ut fra tilbakemeldinger fra skolesamfunnet og andre interessenter etter at prioriteringsområder ble satt i

verk (Stewart, 2008). Deling av resultater og erfaringer, slik at nødvendige endringer i strategier kan gjøres sammen bør også legges til rette for (Macnab et al, 2014; Owens et al, 2014). Den første kartleggingen og fastsettingen av mål og initiativer bør derfor ikke være endelig og tilbakemeldinger fra de ulike interessenter bør være en pågående prosess. Delt beslutningstaking og samarbeid rundt valgte strategier knyttes til lokalt eierskap, som samlet er vesentlige faktorer for og fører til bedre implementering (Durlak og DuPres, 2008; Stewart et al, 2014; Macnab, 2014). Eierskap knyttes også til hvorvidt en skole aksepterer nye initiativer, som er utslagsgivende når det kommer til både å ta til seg, samt implementere programmet (Mukoma and Flisher, 2004).

Motsatt har ulike type interesser ført til uhensiktsmessig koordinering av programmer, der helsepersonell og skolepersonell ofte starter med ulike verdier, mål og strategier (Adelman og Taylor, 1999). *Healthy Schools Programme* (som vist i tabell 2), en irsk versjon av helsefremmende skole, går bort fra noen viktige prinsipper som gir utfordringer i forhold til å etablere en felles plattform og å sikre eierskap. Programmet er basert på et samarbeidsprosjekt mellom en frivillig organisasjon og flere skoler i Dublin (Quirke, 2015). I følge helsefremmende teori er hver enkelt skole å regne som et eget samfunn. I *Healthy Schools Programme* definerte en ekstern komite de ulike skolene som én «enhet», noe som resulterte i mangel på differensiering mellom ulike skolekontekster (Comskey et al, 2015; Quirke, 2015). Erfaringene herfra tilsier, at å sørge for at implementeringen i større grad ble ledet av skolen fra begynnelsen av, trolig ville ha gjort det enklere for den enkelte skole å akseptere, samt gi støtte for initiativet (Quirke, 2015).

Evalueringen i *Social and Emotional Aspects of Learning (SEAL)* (som vist i tabell 2) konkluderte også med at, selv om det ble lagt til rette for felles forståelse, var variasjonen i forventede utfall stor både innad i skolen og mellom skolene. Her pekes det på at det innledningsvis ikke har vært gitt tilstrekkelig informasjon og at manglende informasjon indirekte bidro til lav personalinvolvering (Humphrey et al, 2010; Humphrey et al, 2013). I *Healthy Schools Programme* trodde flere av de intervjuede lærerne at hovedfokus for programmet var å fremme fysisk helse og ikke psykisk helse og velvære. Dette ble ikke tydelig før lenger ut i prosjektet (Quirke, 2015), noe som kan forklare noe av grunnen til at dette prosjektet ikke ga utfall i form av bedret egenrapportert psykisk helse.

Et annet sentralt moment for en felles plattform er avklaring av roller. *Optur* (som vist i tabell 2) er en universell intervensjon fra Danmark rettet mot å styrke psykisk helse blant skoleelever gjennom å fremme sosial og emosjonell kompetanse (Nielsen et al, 2015). Her så man at det var en forståelse for at det var kontaktlærer som var hovedansvarlig for implementering og med det en uforpliktende rolle for de andre lærerne (Nelausen et al, 2011). I evalueringen ble det konkludert med at kommunikasjon lærerne imellom ville vært bedre ved at det ble avsatt mer tid til avklaring i starten (Nelausen et al, 2011).

Manglende forventninger vil også kunne fungere som barriere for psykisk helsefremmende arbeid, derfor kan avklaringer som et ledd i å skape en felles forståelse og plattform også handle om å skape forventninger. I Sverige har *The Swedish Education Act* laget mandat for nye kombinasjoner av tjenester, der et av hovedmålene er å fremme fysisk og psykisk helse for elevene (Reuterswärd og Hylander, 2017). Dette skal ivaretas av en tverrfaglig sammensatt gruppe, «Pupil Health» teams. Intensjonen er et skifte, fra å fokusere på elevenes skolerelaterte utfordringer fra et snevert diagnostisk syn, til et mer holistisk og salutogent perspektiv (Reuterswärd og Hylander, 2017). En studie så på hvordan helsesøster opplevde det tverrfaglige samarbeidet, samt implementering av denne typen helsefremmende tiltak. Erfaringene var at ikke alle skolene hadde forventninger til det helsefremmende arbeidet, noe som indirekte bidro til redusert støtte fra skoleledelsen (Reuterswärd og Hylander, 2017).

Tabell 2. Skjematisk oversikt over program som fremmer psykisk helse i skolen og studier som er gjort i tilknytning til disse

Navn på program Evaluering	Type tilnærming Ønskede utfall	Komponenter	Utfall/manglende utfall implementeringsutfall	Faktorer som påvirker implementering
Social and emotional aspects of learning (SEAL)(England) Lendrum et al 2013 Humphrey et al 2010 Kvasi-eksperimentell design samt kvalitative metoder i case study design	- Helskoletilnærming - bedring av den emosjonelle helsen og velvære til både personale og elevene -Bedret læring, positiv atferd, økt oppmøte i timene, effektivisering av personale	- Undervisning av sosiale og emosjonelle komponenter - Skape et godt klasseroms- og skoleklime - Utvikling av personalets ferdigheter og forståelse - læringsmetoder som fremmer et positivt læringsmiljø	- økning i elevenes autonomi - manglende endringer i sosiale og emosjonelle ferdigheter - Ingen skoler implementerer alle komp - Reduksjon av aktiviteter i SEALs 2.år - Ulik grad av implementering på de ulike skoler	-For mye fleksibilitet- skaper usikkerhet -Kompleksitet fordrer klarhet -Tidsklemme -I konflikt med akademisk prestasjon -For lite opplæring og manglende mestringstro -Mangler på skriftlige planer
Mentally Healthy Schools Framework (Vestre Australia) AnMcHenry et al 2016 Prosessevaluering (intervjuer av nøkkelkontakter, seks månedlige aktivitetsrapporter)	- Helsekoletilnærming - Øke kunnskap og ferdigheter hos personalet slik at de kan skape et helsefremmende miljø - Endre holdninger i tilknytning til psykisk helse og sykdom - Styrke lokalsamfunnets bånd til skolen - Øke tilhørighet og deltakelse i helsefremmende aktivitet	- Handle – tilhøre – forplikte («gjøre») helsefremming - Budskap som del av pensum - Formidling både gjennom det sosiale og fysiske miljøet (markedsføring) - Samarbeid med lokale klubber og organisasjoner	- Observasjoner viser til økt forståelse for å skille mellom sykdom og helse - Økt antall helsefremmende aktiviteter - Økt åpenhet og ufarliggjøring – holdningsendring - Økt inklusjon og færre mobbesaker - Opplevelse av suksess på de fleste skoler, men noen følte mer burde vært gjort	Flere fasilitatorer: -Detaljert kontrakt mellom skole og initiativtakere -Kartlegging og høy grad av selvbestemmelse -Nøkkelkontakt som primus motor -Rektors rolle avgjørende -Komplementerende rammeverk -Inkludering av elever -Regelmessige komitémøter

Navn på program Evaluering	Type tilnærming Ønskede utfall	Komponenter	Utfall/manglende utfall Implemeneringsutfall	Faktorer som påvirker implementering
Resilient Children and Communities Projects (Australia) Stewart, 2008 Case study med kvalitative metoder Sun & Stewart, 2007 Prospektiv intervensjon studie design sammenligner skole som tar i bruk helskoletilnærming og ikke	- Helskoletilnærming - Fremme resiliens ved å lage en støttende skoleetos	- Aktiv promotering av resiliens hos elevene gjennom blant annet pensumdrivne aktiviteter - Mentorsystem - Elevpresentasjon i skolens resiliensprosjekter - Bedring av fysisk og sosialt miljø (lekeplasser, «stille sted») - Samarbeid med lokalsamfunnet	- Bedret relasjon mellom grupper - erkjennelse av at endring tar tid - Opplevelse av et bedret miljø hos elevene - Økt inkludering og medbestemmelse, men variasjon mellom skolene - «Oppdagelsen» av eget potensiale som skole-samfunn - Statistisk signifikant forhold mellom HS indikatorer og sosial kapital	- behovskartlegging sikrer eierskap - tydelighet på hva det jobbes mot (resiliens som språklig ramme for forståelse) - evaluering underveis med hele skolesamfunnet - Ulike støttestrukturer viktig - Innovasjon viktig for engasjement - Enkeltstående initiativ som katalysator - HS rammeverk nyttig for balansering av innsats
Healthy Schools Program (HSP) (Irland) Quirke 2015 Mixed Methods Comishey et al 2015 (Prosessevaluering)	-Universell, helskoletilnærming -Bedre psykologisk helse og velvære hos barn i grunnskolen	- Bedret skolemiljø - Bedret tilgang til relevante helsetjenester - Endringer av skolens retningslinjer - Øke kunnskapsgrunnlag - Utvikling av personalet - Inkludering av familier	- Manglende statistisk endring og bedring av psykisk helse og velvære - Det er ikke tatt i bruk en helskoletilnærming - Prosessevaluering viser noe ulikhet mellom skolene→ ser en økt forståelse for innhold lenger ut i prosjektperioden	- Mange barrierer→lite informasjon i starten - Mangel på klarhet i roller Forutbestemte mål hemmer eierskap - fokus på psykisk helse ble borte i mengden av initiativer - Ikke tiltro til prosjekt-koordinator Manglende støtte fra rektor

Navn på program Evaluering	Type tilnærming Ønskede utfall	Komponenter	Utfall/manglende utfall Implementasjonsutfall	Faktorer som påvirker implementering
Optur (Danmark) Nielsen et al 2015 (Prepoststudie, spørreundersøkelse)	- Helskoletilnærming - Styrke mental helse hos skoleelever gjennom å fremme sosial og emosjonell kompetanse - Skape et støttende skolemiljø som fremmer mental helse	- Utdanning og aktiviteter for skoleelever - Utvikling av ferdigheter hos personalet - Involverings av foreldre - Initiativer i skolens dagligliv	- Bedret sosial og emosjonell kompetanse - Prosessevaluering viser til at størst endring skjer i de laveste klassetrinnene - Lærere opplever det fortsatt vanskelig å snakke om mentale helseproblemer	- Større aksept på skoler der lærerne også har vært med i beslutningstakingen - For lite tid til å undervise i Optur (gjelder især ungdomsskole) - Uklare forventninger - Usikkerhet med hensyn på gjennomføring - Ikke nok komplementering for kjernefag - For lite involvering av elevene i henhold til valg av aktiviteter
P.A.T.H.S (Positive Adolescent Training through Holistic Social Program) (Hong Kong) Shek & Yu, 2011	- Klasseromsbasert, der de med større behov får rådgivning gjennom eksperimentelle læringsarenaer - Programmet skal fremme en holistisk utvikling blant ungdom i Hong Kong	- 20 timers årlig klasseromssbaserte timer m/fokus på 15 elementer som er viktig for utvikling i ungdomsstiden (relasjonsbygging, kognitiv kompetanse, resiliens og atferdskompetanse)	- P.A.T.H.S. kan vise til en positiv utvikling for deltakerne, især forebyggende for problematferd - ikke nok refleksiv læring hos elevene	- Noen tema blir for likt det vanlige pensum som gjør at de som implementerer heller velger å bruke det de er vant med - noen av de planlagte temaer er for omfattende for en klasseromsøkt: dermed tilpasses programmet vet å utelate viktig elementer - noen materiell kan fort bli utdatert og må fornyes for ikke å miste troverdighet

Navn på program Evaluering	Type tilnærming Ønskede utfall	Komponenter	Utfall/manglende utfall Implementasjonsutfall	Faktorer som påvirker implementering
Kids Matter Primary (Australia) Askell-Williams et al, 2013 Spørreskjema fra foreldre og prosjektledere	-Definerer seg som en sosioøkologisk tilnærming - Bedre psykisk helse og velvære for barneskoleelever - redusere psykiske plager blant elevene - oppnå mer støtte for elevene som erfarer psykiske plager	- utvikling av et positivt skolesamfunn - sørge for regelmessig sosial og emosjonell opplæring for elever - sørge for foreldrestøtte og utdanning - tidlig støtte for elever som opplever eller er i risiko for å utvikle psykiske plager	- Sosial og emosjonell kompetanse bedres over tid i skoler med middels til høy grad av implementering (skolene ble skåret kategoriene lav, middels og høy implementering)	Tidspunkt for introduksjon er sentralt (skolen trenger tid til å justere timeplan, snakket med personalet om programmet i forkant) -nødvendig med tilfredsstillende ekstern støtte i implementeringsprosesser - tidligere erfaringer med lignende arbeid fasiliterer
Student Assistance Program (SAP) (Wales) Evans et al, 2009 Semistrukturerte intervjuer med 15 involverte med ulik fagbakgrunn	- Helskoletilnærming - Mål er å bedre barn og unges sosiale og emosjonelle kompetanse	- 12 interrelaterte komponenter; blant annet; opplæring av skoleansatte, bedre velvære hos personale, utdanning og støtte til foreldre, integrering av sosial og emosjonell læring i pensum, elevstøttegrupper, evaluering av støttegrupper	- bedring i selvbevissthet, selvregulering, sosiale ferdigheter, motivasjon, empati og emosjonell kunnskap hos elevene - flere elementer blir ikke gjennomført (kun de to siste)	- manglende opplæring fører til en uheldig tilpasning av programmet (fjerner viktige komponenter) - manglende ressurser vanskeliggjør implementering - elevstøttegruppe er et initiativ som tas godt imot fordi det letter læreres arbeidsmengde

Navn på program Evaluering	Type tilnærming Ønskede utfall	Komponenter	Utfall/manglende utfall Implementasjonsutfall	Faktorer som påvirker implementering
Det norske nettverket av helsefremmende skoler Viig og Wold, 2005 Viig et al, 2012 Viig et al, 2010	- Helskoletilnærming - fremme elevenes velvære og skape et helsebringende miljø gjennom mottoet «et godt sted å være- et godt sted å lære»	Nå målsetninger gjennom skolens pensum, skolens pensum (klasseroms-undervisning), program for aktivitet med fokus på bedring av fysisk og sosialt miljø, kosthold	- holdningsendring hos lærere ved at de ser at skolen har blitt et tryggere miljø for barna å være i - uttrykk for en mulig sammenheng mellom elevenes selvtillit og akademisk prestasjon - mer energi i arbeidet og teoretisk svake elever har mulighet for bedre inkludering i skolen	- fasilitatorer; programkarakteristikk bygger på allerede eksisterende aktiviteter og fokuserer på et godt miljø for barna, god støtte fra ledelse, skolenettverk gir inspirasjon og bidrar til profesjonell utvikling - Barrierer; mangel på tid
Helsefremmende programmer med eksempel fra Kina Whitman et al, 2008 Intervjuer med elever, foreldre, skolepersonell og ledelse	- Helskoletilnærming - Mål: Bedre psykisk velvære gjennom bedring av det psykososiale miljøet og bedring av relasjon mellom lærere og elever	- Holde helserelatert undervisning - Koble seg til psykologer og leger - Ferdighetsbasert helseutdanning - Undervisning til foreldre - etablere og forbedre planverk - elevstøttegrupper med ulikt akademisk utgangspunkt	- bedre relasjon mellom foreldre og elever - elevene har bedre evne til å håndtere utfordringer og er mer optimistiske for fremtiden - bedre relasjon mellom elever og lærere - lærere opplevde mer jobbtilfredshet	Skolen brukte ikke tilgjengelig data i planlegging av intervensjon og det ble derfor ikke nok målrettet - lærerne opplevde å ha behov for mer opplæring for effektiv implementering

4.2 Kunnskapsbygging og profesjonell utvikling

Et annet viktig moment er myndiggjøring² av personalet (Macnab et al, 2014) og dette bør fremmes for alle involverte. Gode måter å oppnå myndiggjøring på er gjennom tilfredsstillende opplæring, hvor både innhold samt tidspunkt for opplæring er av betydning (Quirke, 2015). Myndiggjøring av individer eller samfunn er også verdsatte utfall av helsefremming (Nutbeam, 1998). Slik kan myndiggjøring være et utfall av helsefremmende prosesser i seg selv, samtidig som det er en sterk fasilitator for implementering og videreføring av ulike programmer.

I flere evalueringer er det læreren, som den som implementerer, som får fokus. Koller og Svoboda (2002) mener at det er en bekymring at lærere ikke er godt nok forberedt til å håndtere barnas psykiske behov, samt sine egne og kollegaers behov. Lærere forventes å være responsiv eller håndtere et bredt spekter av elevens behov, men flere opplever at de under lærerutdanningen blir lite forberedt på de realitetene de møter (Graham et al 2011). I en studie der man så på mestringsstro i relasjon til å fremme elevenes psykiske velvære i skolen, signaliserte mange sterkt behov for mer regelmessig og obligatorisk profesjonell utvikling (Graham et al, 2011). Viktigheten av god opplæring i starten til de som skal implementere, men også pågående støtte underveis i programimplementeringen, går igjen i både kunnskapsoppsummeringer og enkeltstudier (Barry et al, 2013; Whitman et al, 2008; Forman et al, 2009; Durlak og DuPre, 2008). Videre bør opplæringen følges av skriftlige retningslinjer, som kan hjelpe med å strukturere arbeid og gjøre implementeringen lettere. Dette vil samtidig øke sjansene for å være tro mot de intenderte målsetninger og innhold (Quirke, 2015).

Muligheter for profesjonell utvikling var sett på som sentral fasilitator for lærerdeltakelse i det norske nettverket av helsefremmende skoler (som vist i tabell 2) (Viig, Tjomsland og Wold, 2010). I *Optur*³ kunne flere tenkt seg mer inspirasjon og læring i forhold til hvordan programmet kunne utføres i klasseromssituasjonen, ved for eksempel å observere andre eller få andre med tilsvarende erfaring til å være med i klasserommet (Nelausen et al, 2015). En

² Brukt om empowerment

³ Program fra Danmark

studie som så på programutvikleres erfaringer med implementering av programmer for psykisk helse viser en annen dimensjon ved behov for opplæring (Forman et al, 2009). I studien ble det rapportert en faglig trygghet i det som skulle formidles, men mange opplevde likevel utfordringer med implementering av programmet. De manglet opplæring og ferdigheter i forretningssalg og markedsføringsdelen av implementeringen. Som forskere opplevde noen at de ikke hadde gode nok ferdigheter og at de ideelt sett skulle hatt profesjonelle til å jobbe kun med implementeringen av programmet (Forman et al, 2009). Owens et al (2014) trekker frem at opplæring og profesjonell utvikling bør inkorporere et individuelt fokus, pågående veiledning og konsultasjon, konstruktiv feedback etter gjennomføring, oppfordring og rom for egenrefleksjon over egen prestasjon, samt tilgang til problemløsning og støtte slik at nye ferdigheter kan fortsette å utvikle seg. Det ser ut til å variere betraktelig hva som regnes som god opplæring. Flere av skolene i *SEAL* hadde for eksempel kun én felles gjennomgang innledningsvis (Humphrey et al, 2013). Evalueringen viste tydelig hvordan noen skoler hadde et mer overflatisk forhold til opplæring, noe som resulterte i manglende videreføring og aktivitet lenger ut i evalueringsperioden (Humphrey et al, 2010). I *Healthy Schools Programme* ble viktigheten av nødvendig opplæring understreket fra starten av prosjektet. Dette var likevel ikke tilfelle i den tidlige planleggingsfasen. Quirke (2015) sin analyse viste at mangel på opplæring og aktiv involvering av skolen helt fra starten, også før selve implementeringen, er av stor betydning.

4.3 Autonomi, fleksibilitet og programintegritet

Målsetninger som resonerer med personalets, foreldres og elevenes ønsker og behov øker sannsynligheten for at et program også blir og oppleves relevant for den spesifikke skolekontekst (Macnab et al, 2014; Forman et al, 2009). Et annet aspekt er at norske lærere er relativt autonome når de tar avgjørelser for hvordan de skal jobbe i klasserommene. Derfor kan komplekse initiativer virke skremmende og utfordrende, samt truende mot den enkeltes autonomi (Viig et al, 2012). Autonomi og fleksibilitet blir derfor sentralt å legge til rette for ved initiativer i skolen. I *Mentally Healthy School Framework* bidro fleksibiliteten av programmet, samt autonomien til å velge hva hver enkelt skole ønsket å fokusere på og hvordan de ønsket å levere programmet, sett på som en viktig fasilitator for suksess (Anwar-McHenry et al, 2016). I det irske programmet ble det, som kontrast, funnet at forhåndsdefinerte mål satt av personale på andre skoler, ikke nødvendigvis kunne relateres til

alle skoler, noe som ledet til frustrasjon (Quirke, 2015; Comiskey et al, 2015). Derimot ble ideer som ble initiert fra skolene selv oppfattet mer positivt (Quirke, 2015). At skolepersonell selv får avgjøre hva de mener er viktig for sin skole, vil gjøre det mer sannsynlig at programmet oppleves å være en del av skolens kjernevirksomhet (Macnab et al, 2014). Man så en stor forskjell mellom skolene i hvordan beslutningstaking om deltakelse i *Optur* hadde funnet sted. Der hvor lærerne selv fikk være med i beslutningstaking uttrykkes det også tilfredshet med å få være med på å bestemme hvilke nye initiativer skolen skulle delta på (Nelausen et al, 2011).

I studien av *SEAL* så man på programnivå en ambivalens i skolene i forhold til kompleksiteten og fleksibiliteten og hvorvidt mangfoldet av muligheter i implementeringen fungerte som barrierer, fasilitatorer eller muligens begge deler (Lendrum et al, 2013). Mange ga uttrykk for at de opplevde kompleksiteten forvirrende og ønsket mer veiledning på hvordan de skulle implementere *SEAL* (Lendrum et al, 2013). Både i *SEAL* og *Optur* ble det konkludert med at programmets fleksibilitet gjorde retningslinjene for vage og videre at det burde komme frem hvilke deler av programmet som burde være med for at endring skal finne sted og hvilke komponenter som kan tilpasses og justeres etter skolens kontekst (Humphrey et al, 2010; Nelausen et al, 2011).

Myndiggjøring og aktiv deltakelse av individer er sett på som en nøkkelkomponent for psykisk helse og velvære (Hall, 2010). Selv om barn og unges autonomi er et anerkjent aspekt, varierer det hvordan autonomi tas hensyn til (Rowling, 2008). Simovska (2008 referert i Rowling og Samdal, 2011) argumenterer for elevens deltakende rolle som en medvirkende faktor til egenutvikling. Den aktive deltakelsen på skolen kan gi personlige erfaringer og bidra til økte ressurser også når det kommer til andre utfordringer i livet. I studiet som evaluerte *Resilient Children and Communities* ble både foreldre, elever, lærere og ledelse intervjuet. Medbestemmelse ble trukket frem som essensielt og særlig elevene reflekterte i forhold til autonomi. De bemerket hvor viktig det er at elevene får være med å utforme tiltaket selv, da elevene opplever at de har andre meninger om ulike tema enn de voksne (Stewart, 2008). For å skape en myndiggjørende prosess kreves aktiv deltagelse av elevene, som igjen kan hjelpe barn og unge å lære at de kan utgjøre en forskjell for seg selv og for andre (Sheridan, 2007 referert i Rowling, 2008). Selv om *Optur* kunne vise til høyere

grad av emosjonell og sosial kompetanse, hadde ikke medbestemmelse av elevene skjedd i så stor grad som ønskelig. Det ble konkludert med at det i det videre må komme tydeligere frem hvordan det skal stilles spørsmål og legge opp de ulike temaer for å fremme elevmedvirkning (Nelausen et al, 2011). De anbefalte videre at elevråd burde være med å bestemme fra starten hvilke initiativer de ønsket å sette i gang (Nelausen et al, 2011). I feltobservasjoner av *SEAL* og samtaler med interessenter kunne det vises til en klar involvering av elevene, og dette ble vektlagt som noe de hadde hatt suksess med (Humphrey et al, 2010). For å ivareta elevers deltakelse brukte de skjema for tilbakemelding, der elevene selv fikk mulighet til å registrere hvordan *SEAL* skulle integreres i timene, samt at elevrådet ble konsultert og tatt med i diskusjoner rundt for eksempel aktiviteter i lunsjen og antimobbing systemer. Studien viste imidlertid at elevene i større grad opplevde å ha blitt involvert i starten av, men at involvering dalte i løpet av det andre året, noe som tyder på at det må lages en fast struktur på elevinvolveringen (Humphrey et al, 2010).

Å styrke barns autonomi ved å la de medvirke kan bidra til innovasjon. For å støtte helsefremmende tiltak og forandring intervjuet Hall (2010) elever for å få frem hva som var viktig for deres trivsel og velvære på skolen. Elevenes synspunkter ga tydelig retning til hva de ønsket skolen skulle jobbe med. Ut fra disse fokusgruppene ble skolens handlingsplan endret (Hall, 2010). Et innovativt mentorprogram på en av skolene, i forbindelse med *Resilient Children and Communities Project* gikk ut på at elevene kunne komme til et spesifikt sted å snakke med eller «henge» med eldre elever (Stewart, 2008). Dette skapte nettverk mellom elevene og ble videre et symbol på et vedvarende positivt miljø på skolen (Stewart, 2008). Mentorprogrammet ble foreslått av elevene selv og var et av de initiativene som fikk best tilbakemelding (Stewart, 2008). Denne typen elementer kan også sees på som katalysator for andre komponenter som skal trekkes inn ved mer komplekse tilnærminger.

Muligheten for fleksibilitet og innovasjon kan knyttes til engasjement for videreføring. I *Resilient Children and Communities* brukte alle skolene en pakke som kalles «You can do it» som basis for den pensumdrivne delen av prosjektet. Pakken ble implementert ulikt fra skole til skole i det formelle pensumet (Stewart, 2008). Det kunne synes som om at de skolene som hadde integrert teoripakken fullstendig inn i det formelle, allerede eksisterende pensumet, viste mindre tegn på innovasjon og entusiasme ut i prosjektet (Stewart, 2008). Det kan tyde på

at det er viktig å ha noen felles rammer for implementering, men at det også er viktig å justere etter skolens behov. Man må finne en balanse mellom innovasjon og rutinebaserte pensumsaktiviteter (Stewart, 2008).

4.4 Støttende strukturer og samarbeid

4.4.1 Betydningen av å ha en primus motor

En «primus motor» og leder for prosjektet på skolen er sett på som en viktig faktor for best å kunne motivere annet personalet, foreldre og elever samt å kommunisere hvor viktige roller samtlige av aktørene har (Macnab et al, 2014; Quirke, 2015; Nelausen et al, 2015).

Forman et al (2009) fant at fasilitatorer når det gjelder personlige karakteristikk, både hos «primus motor» og den som skal implementere et program, er entusiasme, varme, mestringstro, evne til å takle tvetydighet samt en grunnleggende respekt for elevene. Implisitt ligger det at for å kunne inneha disse karakteristikkene, videre å kunne påvirke andre psykiske helse, må primus motor selv få nødvendig støtte i et godt arbeidsmiljø (Weare og Markham, 2005). Weare (2000 referert i Quirke, 2015) var den første til å påpeke nødvendigheten av at en slik rolle også sikrer at initiativet er basert på skolesettingen som helhet, som et ledd i å sørge for at et «nedenfra og opp» perspektiv blir ivaretatt. Det er derfor av relevans hvem «primus motor» er. I *Healthy Schools Programme* var dette i flere tilfeller en eksternt ansatt (Quirke, 2015). Avgjørelsen med ikke å bruke helsepersonell ble tatt uten å la skolesamfunnet bestemme og førte dermed til skuffelse blant rektorer og annet skolepersonell, videre fungerte det som barriere mot aksept (Quirke, 2015). I *Healthy Schools Framework* i Australia var hovedkontakt for prosjektet ansatt på skolen og denne nøkkelkontakten ble sett på som sentral fasilitator, med påvirkning på annet personell. Det var også viktig at vedkommende hadde færre konkurrerende oppgaver (Anwar-McHenry et al, 2016). I det norske nettverket av helsefremmende skoler fant evalueringen at implementeringen av programmet ble forbedret når leder av programmet også var en del av skolens ledergruppe. Flere mente at det ikke kunne være «en på gulvet» som skulle inspirere og motivere hele skolesystemet. Det skapte bedre flyt i prosessene, noe som blir spesielt viktig i komplekse og sammensatte tilnærminger (Viig et al, 2012).

Et annet perspektiv er at den, eller de, som fungerer som «primus motor» noen ganger kan bli sittende alene med implementeringen. *Student Assistant Program (SAP)* (som vist i tabell 2) var tenkt som en kompleks tilnærming, men på grunn av tilpasninger gjort i første opplæringsfase, med valg av støttegruppe som den primære komponent, utviklet *SAP* seg til å bli et program primært drevet av noen få personer. Byrden av levering av intervensjon lå derfor med et begrenset antall av «forandringsagenter» på skolen, noe som etter hvert ble tungt og demotiverende (Evans et al, 2015).

4.4.2 Ledelse

Støtte fra lederskap er en viktig fasilitator for aktiv deltakelse i helsefremmende programmer (i Viig, Tjomsland og Wold, 2010; Askell-Williams et al, 2013; Humphrey et al, 2010; Forman et al, 2009). Spesielt rektors rolle ble forstått som essensielt for implementeringsprosessen i flere av studiene (Anwar-McHenry et al, 2016; Quirke, 2015; Reuterswärd og Hylander, 2016). Viig et al (2012) påpeker at rektor har en viktig praktisk og ledende funksjon. Rektor har også det formelle ansvaret for skolestrukturene og ansvar for fordeling av ressurser som kan stimulere planleggingen og utviklingsarbeidet og som videre kan ta det med i skolens planer. Forfatterne peker på paradokset om at selv om det anbefales en nedenfra og opp struktur med tanke på implementering av tiltak, ser implementering ut til å lykkes best der rektor tar en tydelig styring gjennom forløpet (Viig et al, 2012). Typen lederskap og ferdigheter til rektor er av stor betydning for implementering. Rektor bør være god til å planlegge, ha evne til å delegere, vise interesse ved å være til stede ved opplæring, samt ta seg tid til å diskutere implementering med personalet (Forman et al, 2009).

Reuterswärd og Hylander (2017) fant i sin studie av fokusgrupper med helsesøstre at de gjerne ønsket å jobbe med elevene på et universelt nivå, samt delta i diskusjoner rundt verdier og være med på å fremme et generelt positivt skolemiljø. Mange nølte likevel med å implementere helsefremmende aktiviteter, da de følte at deres kompetanse ikke var anerkjent og at de manglet støtte fra rektor. Rektors rolle i *Healthy Schools Programme* var å samarbeide med og konsultere med den styrende komiteen og da videre guide arbeidet på sin skole. Man fant imidlertid manglende entusiasme hos noen rektorer for å gjøre denne typen arbeid. Dette oppfattet flere av de intervjuede som manglende støtte i arbeidet (Quirke, 2015).

I en studie fant man at lærere opplevde utdanning om psykisk helse som ekstremt viktig for elevene, men at det var større variasjon i hvorvidt lærerne trodde skolen som organisasjon mente det var viktig (Graham et al, 2011). Noe som igjen kunne tyde på at ledelsen formidlet et annet eller uklart verdisett.

4.4.3 Komitéer

Etableringen av komiteer som har en styrende funksjon i planleggingen og utviklingen av helsefremmende initiativer, er helt utslagsgivende (Senior, 2012; Reuterswärd og Hylander, 2016). Dette kan også sikre at skolen opplever eierskap til initiativer som skapes, noe som gjør det enklere å videreføre (Senior, 2012). Denne typen av felles ansvar har blitt sett på som en forutsetning for implementasjonssuksess (Mitchell et al, 2000). Det å ha komitemøter eller et team som møtes på jevnlig basis for å diskutere hvordan man ønsker å implementere programmet ble både i *Healthy Schools Framework* og *Resilient Children and Communities*, vurdert som en sterk fasilitator for suksess (Anwar-McHenry et al, 2016; Stewart, 2008). I det irske programmet hadde komitéene varierende suksess på bakgrunn av en oppfattelse om at ytterligere møter ville gjøre arbeidsbyrden tyngre for skolene (Quirke, 2015). I det norske nettverket av helsefremmende skoler så man at holdningen til arbeidet ble bedret gjennom kontinuerlig bevisstgjøring, intensivt utviklingsarbeid til konkrete resultater, for så å integrere det i skolens daglige arbeid (Viig et al, 2012). For å få dette til var det viktig med regelmessige månedlige møter, som også har som funksjon å minne andre lærere på om ansvaret man har som en helsefremmende skole (Viig et al, 2012). Viktigheten av kontinuitet på møtestruktur for tverrfaglig samarbeid ble også trukket fram som viktig i Reuterswärd og Hylanders (2017) studie. Helsesøstrene hadde behov for regelmessige møter for å være en del av resten av skolen som helhet, da man så at mye arbeid i forhold til psykisk helse ble gjort utenom gruppa. Tidvis manglende deltakelse på møter bidro også til at helsesøster kunne føle seg utelatt i forhold til prosesser.

Sammensetning av styringsgruppene er også av betydning for implementering. I *Healthy Schools Framework* hadde team med medlemmer av ulik utdanningsbakgrunn, mer suksess med implementering. Også de skolene som inkluderte elevene i planleggingen av aktiviteter hadde mer suksess med implementering, der man kunne se en økt deltakelse på de ulike

aktiviteter (Anwar-McHenry et al, 2016). I *Resilient Children and Communities* ble viktigheten av å ha med elevene i aktuelle grupper trukket frem (Stewart, 2008). Beskrivelsen av elevenes medbestemmelsesrett varierte mellom skolene; fra å ha en mer styrende rolle karakterisert av myndiggjøring til en mer begrenset medbestemmelse, men likevel med mulighet for å bli hørt (Stewart, 2008). Her var medlemmer fra hele skolesamfunnet bidragsyttere i komiteen som sørget for styring av prosjektet innad i skolen, men som også representerte skolene på distriktsnivå (Stewart, 2008). Foreldre så også komiteene som viktige, en viktig arena for foreldrerepresentasjon, samt viktigheten av klart og tydelig lederskap i skolen. Lærernes roller, i forhold til gjennomføring av initiativene, ble trukket frem som en vel så viktig type lederskap (Stewart, 2008). Slik ser man også at lederskap på flere nivå blir sentral i implementering.

4.4.4 Komplementerende til skolens kjernevirksomhet

Det er i økende grad akseptert av de som ønsker å promotere psykisk helse i skolen, at det å koble aktiviteten med skolens allerede eksisterende mål er nødvendig (Weare og Nind, 2011). Dette er viktig både for å bedre påvirkningen intervensjonene kan ha og for å sikre at skoler, med en allerede stor arbeidsbelastning, kan rettferdiggjøre og bruke tid på psykisk helse (Weare og Nind, 2011). Funn ved spørreundersøkelsen i Grahams (2011) studie viste at det var en spenning mellom anerkjennelsen av at det er nødvendig med psykisk helse og psykososiale intervensjoner i skolen, og realiteten av konkurrerende interesser og prioriteringer. I det norske nettverket av helsefremmende skoler så man at programkarakteristikkene i seg selv var en fasilitator for arbeidet, da hovedmålet handlet om at skolen skulle være et godt sted å være for ungene, under mottoet «et godt sted å være – et godt sted å lære» (Viig, Tjomsland og Wold, 2010; Viig et al, 2012). Forman et al (2009) fant i sin studie at i tilfeller av suksessrik implementering, var ofte vektlegging av psykisk helse og forebygging inkludert i skolens mål. Videre gikk det igjen at suksessrik implementering også var forbundet med at deres intervensjon var komplementær til skolens filosofi. Likevel, skolens mål generelt var dessverre oftere opplevd som en barriere for implementering, med akademisk testing av elevene og dermed indirekte av lærerne selv, som hovedfokus (Forman et al, 2009). Tilsvarende så man i *Healthy School Framework* at kompatible målsetninger gjorde at programmet, i hovedsak ikke ble sett på som et ytterligere tillegg til arbeidsbelastning og derfor en fasilitator for implementering (Anwar-McHenry et al, 2016).

Ikke bare var programmet komplementerende til pensum og pågående aktiviteter, men det var også komplementerende til andre kjente prosjekter for psykisk helse som *MindMatters* og *Kidsmatter* (Anwar-McHenry et al, 2016). Ved implementering av *Optur* på ungdomsskolen opplevdes ikke materialet å komplementere kjernefagene godt nok, noe som gjorde det vanskeligere for lærere i dette klassetrinnet å prioritere programmet (Nelausen et al, 2011). Lærere i *SEAL* opplevde at det var for mange mål å oppnå i løpet av en skoletime, at noe materiale ikke var alderstilpasset og i stor grad måtte justeres (Humphrey et al, 2010). Med det opplevdes ikke materialet som komplementært til pensum og dette skapte mindre tro på programmet. I analysene så man riktignok ulik vilje blant personale i å alderstilpasse materialet (Humphrey et al, 2010).

4.5 Tid og ressurser

Temaet tid kan handle om tidsmangel og er den barrieren som hyppigst blir oppgitt som grunnlag for vanskelig implementering (i Graham, 2011; Forman et al, 2009; Nelausen et al, 2011). I en svensk studie var helsesøstres grunner for ikke å initiere helsefremmende aktiviteter, blant annet, et opplevd tidspress, der mer akutte situasjoner tok opp tiden deres (Reuterswärd og Hylander, 2017). I *SEAL* så man også at flere lærere ikke var nok villig til å implementere programmet, både på grunn av tidsklemme samt forventning om at det kom til å bli byttet ut av andre initiativer (Lendrum et al, 2013).

Med mange initiativer følger det krav om økonomiske ressurser. I intervjuer med programutviklere er videreføringens største utfordring for programutviklere når de økonomiske midlene stopper opp (Forman et al, 2009). I det norske nettverket for helsefremmende skoler, så man at tid og ressurser var viktig for utviklingen av programmet, men at det ikke nødvendigvis trengte å være så mye tid ekstra (Viig et al, 2012; Viig, Tjomsland og Wold, 2010). Man så at det var viktig med øremerking av ressurser, men mindre ressurser var nødvendig dess mindre målsetningene vek fra skolens målsetninger (Viig et al, 2012).

Tid kan også handle om forventning til hvor lang tid det tar før man kan se utfallene av en intervensjon. En kunnskapsoversikt over universelle tilnærminger til psykisk helsefremming i

skolen konkluderer med at det er lite sannsynlig at man oppnår bedring av skolekultur i et kortsiktig perspektiv (Wells et al, 2003). Intervensjonene trenger å være av langsiktig art, over flere år, og der samme budskap gjentas (Weare og Nind, 2011). Skolens manglende ressurser i *Student Assistance Program (SAP)*, kombinert med flere og konkurrerende krav, gjorde at det ble skapt en forventning om at intervensjonen kunne gjennomføres raskt med resultater (Evans et al, 2009). Prosessevaluering og intervjuer med både lærere, elever, foreldre og ledelse i *Resilient Children and Communities Project*, viste hvordan tidsfaktoren spilte en rolle for å måle endring. Holdninger hos de intervjuede, ett år etter implementeringsstart, fremstod mer optimistiske, med fokus på utfall og oppnådde mål (Stewart, 2008). Tid stod også frem som en nøkkelfaktor i bærekraften og videreføringen av prosjektet. En endring av skolens etos eller verdigrunnlag, med fokus på skolekultur er en prosess, men når dette lykkes blir et initiativ også mer bærekraftig og kan lettere videreføres uavhengig av enkeltindivider (Stewart, 2008). Skolene som implementerte *SEAL* viste også stor forskjell i hvor stor grad de inntok en helskoletilnærming (Humphrey et al, 2010). Forskerne ga den mulige forklaring at et toårig perspektiv er for kort når det kommer til å integrere en helskoletilnærming, spesielt i settingen av store og komplekse ungdomsskoler (Humphrey et al, 2010). Graham et al (2011) hevder på sin side at det er bevis for at helskoletilnærmingen som implementeres i mer enn et år kan være effektiv (Graham et al, 2011).

Et tredje aspekt ved tid som faktor, er tidspunkt på skoleåret som tiltak blir introdusert. For lærerne i *Optur* var det viktig å få tilgang til undervisningsmaterialet tidlig (før skoleåret startet) slik at det ble en del av neste skoleårs årsplan. Det gjorde det lettere for lærerne å planlegge programmet som en vanlig del av undervisningen (Nelausen et al, 2011). I *KidsMatter* var også erfaringen at tidspunkt for introduksjon av programmet var av viktighet. Dette omhandlet tid til å justere timeplan, tid til å motta nødvendig klasseromsmateriell, snakke om det i forkant slik at personalet er mer positivt innstilte til programmet (Askell-Williams et al, 2013).

5 Resultater

Faktorer som påvirker implementering følger til dels inndeling som gjort i forrige avsnitt; felles mål og plattform, støttende strukturer og samarbeid, kunnskapsbygging og profesjonell utvikling, tid og ressurser og MEST som bidrag til endring

5.1 Felles mål og plattform

Kartleggingen oppleves av helsesøstre å være en klar suksessfaktor for implementering. Helsesøster har opplevd det som utfordrende å få innpass på skolens arena og jo eldre elever, desto vanskeligere er det. Dette henger sammen med at det er flere fag og høyere akademisk press. Det at skolen har fått, og får se resultatet gjør at helsesøstrene i større grad ønskes velkommen inn. Informasjonen som kommer frem fra elevkartleggingen er konkret og viser svart på hvitt hva elevene har sagt. I dialog med ledelse og lærere kommer det frem at det er nettopp disse tallene som gjør så stort inntrykk. Med dette ser lærerne hva elevene lurer på, hva de strever med og at det er områder i livet de trenger hjelp med. Problematikk som kan fremkomme er alt fra hvor mange som spiser frokost, til de som kanskje ikke spiser i det hele tatt før de kommer hjem på ettermiddagen, hvor lite de sover, hvor stresset de er, hvor stort antall som faktisk er ensom i en travel verden. Det at skolepersonellet opplever at det er deres skole og deres klasse er av stor betydning.

Før har det vært litt stengte dører i vgs., det er så pakket med fag, det er mange som skal inn... så det ikke har vært kjempestor plass for psykisk helse. Tallene gjør det mye lettere å få innpass, så blir det lettere å gjøre noe med ting

Det er klart at når det legges frem for lærerne og du sitter som lærer og får se at 29 % av elevene er ensom (.) Så snakker man sammen om tiltak for det, da er det ikke så vanskelig å nå inn.

Kartleggingen gir også helsesøstrene selv konkret informasjon om hva ungdommene trenger fra dem og gjør det mulig å gå mer målrettet ut. Det som kommer frem på kartleggingen kan skille seg noe ut fra problematikk de får ved individuelle henvendelser, slik at kartleggingen

på mange måter gir et mer riktig helhetsbilde av hva ungdommen på deres skole har behov for.

Da får du det mer fakta-sjekket og det er spennende. Og er det ting som endrer seg totalt i ungdomskulturen.. så blir det fanget opp, håper vi..

5.2 Støttende strukturer og samarbeid

5.2.1 Forankring

Forankring hos rektor regner helsesøstrene som en forutsetning for alt som skal etableres i skolen. Rektor legitimerer blant annet bruk av timer og legger til rette for at elevene ikke får fravær når de går på seminar. Å få innpass hos rektor har blitt opplevd som en god prosess. Noen av helsesøstrene har jevnlig kontakt med rektor vedrørende MEST, mens på andre skoler er dette ansvaret delegert til annen ledelse. Det fremkommer ikke som en ulempe at ansvaret delegeres, så lenge det er delegert til ledelsen. Det er en åpenhet om at helsesøster kan ta kontakt med rektor ved behov. Et slikt samarbeid er det viktig å få kontinuitet i, både for egen forståelse for prosessen, men også for å kunne formidle denne forståelsen videre til de ulike aktører på skolen. Det er også vel så viktig med forankring hos avdelingsledelsen, som er nøkkelpersoner for å nå frem til lærerne.

Det er jo viktig i noen forskjellig lag, nivå, for det er jo veldig viktig å ha med seg elevrådet, elevrepresentanter og se at elevene selv... og så er det viktig å ha samarbeid med ledelsen på skolen og ikke minst lærerne for de kan si «nei, vet du jeg synes ikke du skal gå på det seminaret». Det er viktig at de får forståelsen av hva vi holder på med for noe

Forankring har flere dimensjoner. I tillegg til å forankre det hos personalet på skolen er det også en nødvendighet å forankre arbeidet i egen ledelse. Helsesøstrene har god støtte i ledelsen for å jobbe med MEST og dette hjelper med å drive arbeidet fremover.

5.2.2 Arbeidsglede

Det å jobbe på systemnivå og i team er en morsom og givende måte å jobbe på for helsesøstrene. Som helsesøster sitter de en del alene i arbeidshverdagen. Selv om lærerne er kollegaer, jobber de under ulike enheter, har ulike oppgaver og blir derfor litt ved siden av. Det gir arbeidsglede og motivasjon både det å jobbe tett sammen med andre helsesøstre og fysioterapeuter, samt det å holde på med noe man tror på. Videre bidrar det å jobbe i team til at de blir mer kjent og tryggere på hverandre, noe som gir støtte og bedrer det sosiale fellesskapet. Ved å møtes setter det tankeprosesser i gang og de ser også etter andre temaer og arenaer de kan samarbeide om og på. Det at arbeidet bidrar til tverrfaglighet i seg selv oppleves også motiverende og alle disse faktorene gjør at det blir en berikelse i arbeidet med MEST og fasiliterer videre prosesser.

Et annet perspektiv er at systemjobbingen bidrar til en annen måte å jobbe på i videregående skole, som en kontrast til å ha individuelle samtaler. Individuelle samtaler er uforutsigbare, da de aldri vet hvilken problematikk ungdommene kommer med. Pågangen kan i perioder være veldig stor og da er MEST med på å bidra til både variasjon i arbeidshverdagen, samt et tydeligere fokus på helsefremmende og forebyggende arbeid.

Det er så positivt i hverdagen, sånn boost å få møte kollegaene sine. Og ikke minst med fysioterapeutene.

..for det blir jo så mye enklere å bruke hverandre og (.) hvis du mistrives bitte litt på en skole og sitter alene der, så er det fort gjort å arh., jeg orker ikke, jeg bare sitter der så får de bare komme de som har behov. Men du får litt mer den gnisten så at ah! Gjør hun det, det var jo kjempesmart, det må jeg og prøve,

...så det løftet som har skjedd i vgs. etter at vi har startet med dette, det synes jeg har vært helt nydelig. Og det handler og om, hva skal jeg si, om samholdet mellom oss som jobber i den vgs., vi sitter jo mye alene.

Det fremmer arbeidet å bruke samme plattform for å utarbeide presentasjonene. Her får helsesøstrene inspirasjon fra hverandre og dette er en viktig motivasjon i en travel arbeidsdag,

der det er mange ungdommer som har behov for dem. De har også felles kalender noe som gjør at de lett kan finne ut når de andre er ledige og dette fremmer også teamarbeidet.

Nei, men så blir det slik at åh, skal jeg begynne med det nå, jeg har ikke tid....må se hva de andre har gjort før, så er det plutselig sånn – så ser du ting ...Og så får du input, du blir heftet inn igjen og....

Og så er det så artig å se , hva er det de bruker og hvordan de er for vi går jo i vår egen tralt.. og finne hva som er bra for meg og ikke (.)

Det er viktig å skaffe seg en oversikt over hvordan året blir og det krever mer planlegging av året som helhet når man jobber på systemnivå. Med å samarbeide med andre som har vært gjennom de samme prosesser, bare på et tidligere tidspunkt, blir det lettere å skaffe et overordnet fokus på hvordan året og MEST bør planlegges. Dette er viktig driver for spesielt de som ikke har drevet så lenge på med MEST.

5.2.3 Markedsføring for og dialog med skolepersonell

Uavhengig av hvor godt kjent MEST er på skolen, ser helsesøstrene behovet for jevnlig å informere de ulike grupperingene på skolen. Erfaringene er ellers at de kan bli skjøvet til siden og glemt i en travel skolehverdag. Helsesøstrene informerer per mail både før og etter seminar, både for å fortelle om planene og for å unngå misforståelser. Tilbakemelding fra skolen på den jevnlige oppdateringen er at dette er bra og flere ønsker mer av det, det gjelder spesielt de skoler som har holdt på med MEST en stund. Kontinuitet er en nøkkelforutsetning. Har de mulighet for å være med fra starten, får følge prosessen i MEST, er det også lettere for helsesøstrene å gjøre nettopp det. Da sitter man med en bedre oversikt selv og det blir lettere å promotere det med overbevisning. For implementering på lang sikt og videreføring er det viktig å være bevisst på at det nettopp er helsesøstrene som er primus motor; det er spesielt viktig å være bevisst på når det kommer nye personer i stillinger.

Nei, vet du, det ble en sånn løs tråd..ja, sånn at det, for det er noe med den her forankringen og forståelsen av hva er det vi som skolehelsetjeneste har å tilby. Og det er kjempeviktig at det ligger en forståelse der blant administrasjon, avdelingsledelsen og lærerne.. Så den følte jeg var litt sånn, ja..

Det krever litt i starten, og så går motoren av seg selv etter hvert. Men du må fortsatt gjøre det, det er ingen andre som gjør det for deg.

Å invitere seg selv inn i møter er viktig for å bidra til å holde interesse og engasjement oppe. Noen lærere bruker helsesøstrene lite og disse må man kanskje vie ekstra oppmerksomhet ved å fortelle hva helsesøstrene holder på med og hva de kan tilby. Dette gjelder også dersom man ønsker at flere av lærerne deltar på seminar- man må selge det konkret inn og fortelle hvorfor det er ønskelig. Å selge inn klasseromsseminarer ved selv å invitere seg inn er også en strategi som fungerer. Samtidig må helsesøstrene også balansere hvor mye tid de kan be om og å justere seg etter skolen.

Samarbeid med ledelse, på ulike nivåer, er en forutsetning i forhold til å gi tilbakemelding, samtidig som de også er viktige i viderefremføring av informasjon til lærere og andre ansatte på skolen. Avdelingslederne er nøkkelpersoner, spesielt hvis man ikke har tilgang til fellesmøtene hvor alle ansatte er. Likevel, erfaringer viser at selv om det er utslagsgivende at ledelse og elevtjeneste får informasjon, må det gå direkte til lærerne også. Stopp i informasjonsflyt vil gjøre at det blir vanskeligere å nå helt frem til elevene og er slik en barriere for implementering av MEST

Når jeg skjønnte at det kanskje var noen lærere som ikke fikk det med seg, hva som skjedde og som ikke kunne skille det ene fra det andre, så jeg behovet for å sende ut mail til alle og det har fungert bedre.

Avdelingsmøtene vurderes som viktig å komme på for å spre informasjonen til flest mulig. Å få tilgang til fellesmøter både på starten og slutten av skoleåret gir mulighet for å snakke om hva de holder på med, hva de har gjort og møte lærere ansikt til ansikt. En annen mulig arena er å informere om MEST på planleggingsdagen, der de forteller at de kommer ut for å kartlegge og viser hvordan de konkret skal booke seg inn hos helsesøster. Her sikrer de at flest mulig av klassene blir kartlagt. Det er stor variasjon fra skole til skole hvordan de er organisert og i hvor stor grad de ulike helsesøstre har mulighet for deltakelse på disse fellesarenaene. For noen av helsesøstrene er det slik at de både blir bedt og aktivt ber seg inn på møter for å fremme skolehelsetjenesten og MEST. Andre igjen ønsker seg mer felles

møtetid som ett virkemiddel for økt tilstedeværelse og samarbeid. Barrierer for deltakelse på fellesmøter med skolen kan handle om; vanskeligheter med å rekke over avdelingsmøtene, manglende fysisk tilstedeværelse på aktuelle møtedager og for andre igjen handler det om at skolen ikke har fått det til å passe eller klart å prioritere det på fellesmøter. Det er også eksempel på der det har vært takket nei til at helsesøster kan komme på avdelingsmøtene.

Så det er jo supert og få vært med der lærerne er for da blir det mer sånn (.) så kan de komme med spørsmål, så kan vi oppklare ting. Så tenker jeg at for det om administrasjonen og avdelingslederne har hørt om det her så er det ikke sikkert at lærerne vet noe om det, ikke sant? Og det er viktig med tanke på implementering.

Det er, i utgangspunktet, et ønske fra helsesøstrenes side at det skal være lærere til stede under både de åpne seminarne og klasseromsseminarene. Dette for både å inkludere skolen mest mulig samt for videreføring og forsterking av viktigheten av MEST. Noen inviterer lærerne spesifikt med på de åpne seminarne og andre ikke. Lærerdeltakelse på de åpne seminarne varierer og det deltar som oftest ikke mer enn en eller to. Med lærerdeltakelse oppleves det positivt på flere måter; det er positivt at de viser interesse og det er en ressurs i forhold til å holde ro i gruppa. Under klasseromsseminarene er lærerne oftest til stede, men også der kan det hende at noen går. Noen av lærerne har sagt at de ønsker å gå ut for at de tror elevene har bedre av at de ikke er der.

Det er litt synd at lærerne ikke er der, for da får de litt gratis, så kan de ta det litt videre blant annet. Men jeg håper at de har fått nok informasjon av meg via mail, for de har takket for de tilbakemeldingene og de virker mer orientert nå da

5.2.4 Manglende tilbakemeldinger fra lærere

Selv om klasseromsseminar tilbys i det direkte møtet, er det ingen garanti for at den enkelte lærer benytter seg av tilbudet og dette vil også kunne være en barriere i implementeringen. Selv om dette ikke er representativt for lærerne som gruppe, er det fortsatt noen som viser misnøye med at det tar fra undervisningstiden deres, så noen opplever at det fortsatt er holdninger hos noen lærere som må endres. Det blir derfor viktig å spre og passe på at ikke de samme timene og de samme dagene brukes til seminar. For flere innebærer det og at skolen ønsker at klassens time i størst grad skal brukes i forbindelse med klasseromsseminarene.

Dette er nødvendig ikke et hinder i arbeidet med MEST, men kan oppleves som en begrensning.

5.3 Betydning av relasjoner

Relasjoner er viktig for implementeringen av MEST. Når man har blitt kjent på en skole vet man hvilke lærere som er hvor og det er lettere å ta direkte kontakt. Det er også lettere å få gjennomført praktiske gjøremål ved at de vet hvem de skal ta kontakt med for videreformidling av informasjon. Derfor er det mange prosesser som går lettere når man har vært en stund på samme skole. En strategi for å bli kjent er å bruke mye tid ute i fellesområdet blant elevene for å bli kjent i miljøet og å være til stede på lærerrommet. Motsatt blir det vanskeligere med informasjonsformidling når man ikke er like godt kjent, da er det en del praktiske utfordringer man må finne ut av først, før man kan begynne relasjonsbygging.

Jeg brukte veldig mye tid på det, om det ikke var hele lunsjpausen så gikk jeg ned og spiste matpakken min, om det var etter at lunsjen var ferdig eller at jeg så at jeg måtte ta den før, så satt det bestandig noen i lærerrommet som jeg kunne snakke med (.) Så du mingla med skolen da (.)

Det handler om å – nå er jeg ganske ny på skolen her..så det liksom om å kjøre seg litt inn, bli litt kjent og bli litt trygg ...hvordan er det indre livet her, hvem er det lurt å snakke med for det jo noe med det og, hvem er det lurt å ha allianser med. Man må føle seg frem og være litt smart, der (.)

5.3.1 Markedsføring for og dialog med elevene

På starten av året når helsesøstrene går hilserunde i klassene gis det også mulighet for å videreformidle informasjon om at de skal følge med på de ulike kommunikasjonskanaler skolen har tilgjengelig. De får anledning til å svare på kartleggingen der og da og de som ikke har telefon eller PC, kan få låne. Helsesøstrenes fysiske tilstedeværelse og det at elevene svarer der og da mener man er med på å bidra til høy svarrespons – noe som legger et godt grunnlag for videre arbeid med MEST

Det kan være utfordrende med kommunikasjon innad i skolen, noe skolen selv også sier. Det er mange plattformer for informasjon som kan gjøre det vanskelig, men som også byr på muligheter. For å vite hvilke kanaler man best kan nå ungdommene må man snakke med dem selv. Og det er i dialog med elevene at man blir orientert om hvor de nås best. Å reklamere for MEST for elevene i forkant av seminarene er også viktig, der de aktivt bruker de kanalene de har til rådighet.

Vi hadde brukt info-skjermen og Its-learning som plattform. Men da ble vi da klar over at på skolen er det Mobilskole som gjelder, en sms du får på mobilen din, da kommer elevene. Så vi går fra at vi er kjempeglad hvis det kommer noen, så WOW, det ble jo fullt, vi måtte stoppe de i døra. For da hadde vi funnet plassen hvor vi kan informere om det.

Det har også bydd på utfordringer å få ut informasjonen i tide, med bakgrunn i misforståelser mellom helsesøster og skolepersonalet. Det ville kunne være en fordel å ha egne tilganger til de ulike kommunikasjonskanalene skolene bruker, slik at man for dobbeltsjekk at nødvendig informasjon kommer ut.

For å ufarliggjøre og unngå stigmatisering jobber helsesøstrene med å finne fengende og gode navn på seminarene. Noen tema er lettere å markedsføre enn andre. Tema søvn og stressmestring kan vinkles til at det angår alle og det kommer ungdommene på. Med tema som fronter kropp og selvbilde er det mer utfordrende, og det kan fort bli helt feil heading som gjør at de ikke kommer.

Selvbilde skulle vi hatt mye mer enn hva vi har hatt, men det er så vanskelig å selge inn: «Har du dårlig selvbilde, kom til oss» (...)...

Det oppfattes som viktig å fortsette med å jobbe med gode navn på det som har med selvbilde å gjøre for å få mer fokus på det fremover. Strategier for det er å snakke med ungdommene selv, søke på nettet, se på FB, se hva andre skoler gjør og generelt å bruke mediene. Fordi det er ulikt i hvor stor grad helsesøstrene er og har vært i direkte kontakt med lærerne er også dette et punkt som noen ser for seg de må jobbe mer for å få tilgang på. Å ha med elevrådet

underveis, slik at helsesøstrene kan få tilbakemeldinger og å se at elevene liker det de holder på med på skolen, oppleves også viktig. Det varierer mellom skolene hvor tett samarbeidet med elevrådet er og dette uttrykker de at blir en viktig strategi fremover.

Helsesøstrene opplever at de seminarene hvor de får til dialog blir de beste. Da kommer de tettere på ungdommene, samtidig som det legges til rette for å videreutvikle nærliggende tema. Hvorvidt det er mulig å få til dialog på seminarene kan avhenge både av antall, hvorvidt elevene kjenner hverandre fra før og ulikheter mellom klassene. Når det gjelder de åpne seminarene har noen av helsesøstrene erfart at det blir lite dialog på større seminarer med over hundre elever. Flere trekker frem ønske om å fokusere mer på elevenes delaktighet i klasseromsseminarer, for å få til mer undring og refleksiv læring. Innholdet må derfor ikke bli for teoretisk, da helsesøstrenes erfaringer er at de vil kjede seg og melde seg ut. Virkemidler for å bidra til økt delaktighet i klasseromsseminarene er å sette av tid til å la elevene summe seg imellom, sette av tid til gruppevise opppgaver, fyller ut «hjelpeshånd» og at de får testet ut verktøyene i praksis.

Helsesøstrene har selv gjort seg erfaringer på hva som ikke fungerer i forhold til tildeling av tidspunkt. Tilbakemelding fra elevene er at de ønsker å verne om lunsjpausen. Å få tildelt tid før elevene begynner på skolen eller etter de er ferdig, eller rett før eksamener, gjør at nesten ingen kommer. Legger man f.eks. stressmestring i en passende stund før eksamen kan det være med på å gi dem et nyttig verktøy for å håndtere stress. Andre fasilitatorer for at flest mulig skal komme, er at seminaret legges slik at de ikke må ut eller komme inn midt i timen. Ikke alle ønsker å ha fokus på seg selv. Frie tøyler til å få velge tidspunkt for seminarene er derfor en viktig fasilitator for få flest elever med. Helsesøstrene er alle innforstått med at det ofte tar litt tid før man finner ut hva som fungerer best på sin skole.

Det er sånne bittesmå ting som en ikke tenker på med det samme gjør at «oi, der kom dem», Vi måtte gjøre feil først for å se hva som ble rett.

5.3.2 Skolens årshjul som støttende struktur

Skolehelsetjeneste og skole tilhører ulike sektorer med ulike rutiner og planer gjennom året. Et virkemiddel for å gjøre planleggingen med kartlegging og tilbakemelding etter kartlegging enklere, kan være å få være med i skolens årshjul. Dette vil kunne gjøre det lettere å få innpass i hver enkelt klasse, spesielt der man fortsatt kan merke noe motstand. Det vil kunne gjøre det forutsigbart for lærerne, inkludere helsesøster i skoledriften, samtidig som det fungerer som en konstant påminner. Skal det ligge i årshjulet må det tilpasses den enkelte skole og skolehelsetjeneste. Det kan ikke forventes at MEST skal drives med samme intensitet og med samme fremdrift med tanke på ulike stillingsprosjenter og ulik tid tilgjengelig.

5.4 Kunnskapsbygging og profesjonell utvikling

5.4.1 Fra generalisering til fordypning

Som helsesøster er de «generalister» som kan litt om mye, og systemarbeidet med MEST har bidratt til økt læring ved at de må fordype seg i ulike temaer. Å drive MEST innebærer mer undervisning, noe som også fordrer at helsesøstrene er trygge på seg selv faglig. Felles utforming av undervisningsopplegg til seminarene, samt tilgangen til andres presentasjoner i felles system bidrar til økt trygghet og kompetansen de får gjennom dette arbeidet kan også overføres til andre deler av jobben. Kompetanseoverføringen skjer altså både mellom de som samarbeider om seminarene samt fra systemarbeidet til de individuelle samtaler.

Nå har vi har gått i dybden på søvn, vi har gått i dybden på stressmestring, hva som skjer inni kroppen. Man har så bruk for det i den individuelle oppfølgingen som bare det og bidrag til kompetanseheving.

Så er det jo en form for fagutvikling i aller høyeste grad, synes jeg. Du må lese deg opp på temaer, for du kan ikke komme med en sånn, ja jeg tror det er sånn og sånn...

For å videreutvikle seg og bidra til kvalitetssikring er en måte å gå gjennom presentasjonene sammen med de andre helsesøstrene. Dette er noe alle helsesøstrene tenker de gjerne kunne gjort mer av. Det vil bidra til mer undervisningserfaring, de får presentert for hverandre og

både gitt og mottatt innspill. Selv om det ikke er et mål å få mest mulig lik måte å presentere temaene på, så kan de lære av hverandres strategier for å nå frem til elevene. Noen kunne også tenke seg at det lages en felles mal sammen, som et slags konsensus på at dette må minimum være med, når de snakker om søvn for eksempel. Ut fra dette kan det lages egne versjoner. Å skrive utførlige notater til hver av presentasjonene kan også være bidrag til å gjøre det lettere for de andre å forstå hva som er ment med de ulike presentasjonene. Det vil også kunne gjøre det enklere for andre som er ny å overta arbeidet og med det gjøre det mindre sårbart ved sykdom eller annet fravær.

Å jobbe godt med materialet som bidrag til kvalitetssikring tar tid og avhenger av at arbeidsgiver legger til rette for dette. Det blir viktig at det er en fleksibilitet i tilretteleggingen fra arbeidsgivers side slik at de får den tiden de trenger både til utforming av materialet samt å kunne møte de de skal ha opplegget med. Denne fleksibilitet opplever helsesøstrene å ha og blir slik en fasilitator for arbeidet.

5.4.2 Autonomi og fleksibilitet

For å føle seg trygg på det man sier og for å kunne levere med kvalitet er det viktig for alle helsesøstrene å kunne utforme oppleggene selv. Derfor er felles dokumenter, som base for seminarene, bare et utgangspunkt, der alle gjør sine justeringer og skriver med sine ord. Helsesøstrene uttrykker behov for å gjøre det til sitt eget for å få det til å flyte og for å få formidlet det på en sånn måte at det treffer.

Å, så viktig at jeg kan forme det selv, det må bli mitt, ellers blir det ikke ekte. For å gjøre det bra, for å selge inn dette, at de skal komme tilbake til neste seminar, og syns at det er ok, så må jeg forme det akkurat til mitt, det må bli mitt språk..... Det blir ikke bra å ta over noe fra en annen.

5.4.3 Personlige forutsetninger og faktorer

Det å drive MEST skal man i utgangspunktet kunne gjøre som nyutdannet, for alle må lese seg opp på de aktuelle tema. Helsesøsterutdanningen har fokus på helsefremmende arbeid både i opplysnings- og undervisningsform samt gruppevirksomhet, slik at det ikke er ukjent at man skal ut på ulike arenaer. Samtidig opplever de at helsesøsterstudiet går i overflaten og at det er et stort hopp fra teori til praksis. Man ser en klar nytte av relevant videreutdanning. Det er blant annet lettere å finne frem til aktuelle kilder og bidrar til større faglig trygghet.

Realkompetanse i form av erfaringer gir andre type fordeler som også er viktig, både med tanke på hva som er viktig å ta med samt hvordan jobbe ut mot skolen. Slik blir nettverket av helsesøstre sammen styrket fordi de drar nytte av hverandres kompetanse.

Alle trekker frem personlige egenskaper og forutsetninger som viktig for å jobbe på systemnivå i videregående skole. Det krever både at man liker undervisningsarbeid og er noenlunde trygg på seg selv. Liker man det ikke, vil det helt klart være en barriere for hvor godt man klarer å videreføre MEST. Det er ikke alltid de vet hvor mange som kommer til de åpne seminarene og spesielt i store forsamlinger krever det ganske mye. Selv om de som helsesøstre er innerforstått med at de må innta en proaktiv rolle i jobben sin, spesielt i systemarbeid, kan det også oppleves som energikrevende.

Men så vet vi det at på vg sitter man mye på kontoret sitt(.) og så kan det være skummelt. Det er ikke alle som synes det er noe artig å ha oppmerksomheten på seg og skal undervise, selv om man kan det kjempegodt.

Jeg må fortsatt stå på for å få det til ja, det er ikke noe sånt som seiler av seg selv. Det kan være at vi kommer dit, men det er ikke, sånn erfaringsmessig, gjort på en-to-tre, nei. Det er en stor båt du skal snu, når man begynner med noe nytt.

Som helsesøster har man tradisjonelt hatt en mer poliklinisk artet virksomhet i videregående skole. Det vil alltid være de som har behov for enkeltsamtaler og individuell oppfølging og disse må også ivaretas. Når helsesøstre skal jobbe på systemnivå fordrer det også at de ikke er så mye på kontoret som kanskje tidligere har vært vanlig. Det kan komme reaksjoner på det

fra ungdommene og opplevelsen av at enkeltsamtaler må nedprioriteres kan for noen oppleves som en barriere på et personlig plan. Er man alene, kan dette oppleves tøft, mens det å være flere som jobber på samme måte slik at man støtter hverandre, gjør det lettere. Samtidig er det viktig for flere at de som ønsker samtaler også må få det, da det er tema som ikke egner seg i felles fora.

Veldig mange tenker - at når jeg ikke er på kontoret, så er det kø utenfor rommet mitt - det at elevene får ikke hjelp. Så du må frigjøre deg fra den tanken. For nå skal vi lage noe som gagnar mange og da vil jeg hjelpe de som står utenfor døra mi og .

Men jeg tror den største barrieren på akkurat det, ligger i oss selv som helsesøstre, at jobben vår ikke handler å sitte på kontoret og snakke en-til-en, det handler om så mye mer og så vi bare må finne rom til å gjøre

5.5 Tid og ressurser

Arbeidshverdagen skulle ideelt sett gitt mer rom for planlegging til undervisning. Flere av helsesøstrene har i oppstartsfasen måttet jobbe med utforming av materiale også hjemme. De skulle ideelt sett hatt enda bedre tid på jobb til forberedelse, men det lar seg i praksis ikke gjøre når andre arbeidsoppgaver også skal ivaretas. Å bruke tid på utforming handler både om kvalitet, men kan også handle om fornying. Ungdommene er en gruppe som fort kan kjede seg dersom noe gjentas, så derfor ønsker flere å endre opplegget underveis slik at det blir nytt både for elevene, lærere og de selv. Når det forberedes til seminarer er det tidkrevende og viktig å få kontinuitet i arbeidet. For noen er det utfordrende å jobbe uforstyrret og dette kan løses med å flytte seg til andre lokaler.

..når du skal forberede deg så må du sitte med det eller så må du begynne på nytt hele tiden. Jeg er ikke typen (.) jeg får ikke til å låse døra, nei da må jeg fysisk flytte meg. Det blir rett for meg.

Jeg synes jo det her er kjempespennende og jo mer jeg har gjort så blir jeg jo flinkere, men så vil jeg ikke gjøre det samme om og om igjen, jeg vil fornye meg.. for egen del, men også for skolen

I hvor stor grad de opplever det som ressurskrevende praktisk å gå ut i alle klasser, varierer mellom skolene. Dette kan avhenge blant annet av stillingsprosent, størrelse på skole og hvorvidt man er godt kjent i systemet eller ikke. Grad av fysisk tilstedeværelse påvirker både mulighet for total tidsbruk, men også logistikk. Samarbeid med skolen og mulighet for fleksibilitet i forhold til når kartleggingen og seminarer skal skje, vanskeliggjøres naturlig nok når de har færre dager å spille på. Fremdriften går gjerne senere og dette kan oppleves som utfordrende.

5.6 MEST som bidrag til endring

5.6.1 Effektivisering av helsetilbudet som både utfall og fasilitator

Til tross for at det krever en del innsats, spesielt i starten av året, ved både gjennomgang av kartlegging samt å utarbeide materiale til seminarene, er det også en effektiv måte å jobbe på. Ungdommene har behov for mer enn det helsesøster klarer å tilby i form av en-til-en samtaler. Ved å jobbe systematisk med seminarer og grupper når helsesøstrene ut til mange og flere enn det ellers ville vært mulig å få til og dette oppleves som en driver for arbeidet. Hvis man som et utgangspunkt skal inn i alle klasser ved starten av skoleåret, så tar kartleggingen bare noen minutter ekstra, noe som er en fordel for gjennomføring.

5.6.2 Flere gutter tar kontakt

I etterkant av seminarene skjer det ofte at elevene ønsker å komme og snakke om temaet med helsesøster. Det oppleves positivt at seminarene setter i gang prosesser i elevene som gjør at de vil komme og snakke, enten en-til-en eller i grupper. MEST har bidratt til at flere gutter kommer, både på seminarene og at flere tar kontakt med helsesøster etterpå. Før har det vært en stor overvekt av jenter som kommer på døra til helsesøster og det er svært gledelig at flere gutter nå tar kontakt.

5.6.3 Respons fra lærere og elever

Kartleggingen gjør at det er mulig å se forskjeller mellom klassene og skolene. I forbindelse med prosjektet har det også vært målt ved skoleårets slutt. For eksempel opplever ungdommene på en skole at de sover bedre etter det har vært gjort en innsats med både søvnseminar og grupper. Å se tall på at seminarene bidrar til endring, gjør det ekstra motiverende å investere tiden sin i MEST. Kartleggingen gjør det mulig å tilpasse temaer etter behov og gi tilbudet i de klasser der man ser at det generelt er en større utfordring.

Lærere forteller om elevene og at de trekker frem det de har lært på seminar også i klasserommet. Ut fra dette får de også konkrete tilbakemeldinger på hva elevene ønsker seg mer av.

Og så stod jeg og snakket med en av lærerne oppe på lærerrommet, så sier jeg at det er bare finne dato dere i forhold til dette med stressmestring, så skal vi finne det. Så var det en lærer som kom og sa: «du, jeg har flere elever som var på det stressmestringsseminaret og de synes det var SÅ bra og de bruker ting de har lært der, bruker det i psykologifaget».

5.6.4 Elevmedvirkning

Med en struktur der elevene gjennom kartleggingen viser hva de trenger fokus på, fører det også til en form for indirekte medvirkning. Tilbakemeldinger som kommer underveis fra elevene er også med på å forme videre opplegg. Når elevene som gruppe opplever at de har fått nok i forhold til et tema, lar de være å komme. Det viser da helsesøstre en metning, som gjør at de fokuserer på nye tema. Blant annet har det vært mindre av gruppene enn først tenkt. Dette har å gjøre med at det ikke var så mange av elevene som meldte seg på, samtidig som de så at det var veldig tidkrevende å sette opp grupper på fast basis.

5.6.5 Springbrett for nye initiativer og bedret samarbeid med skolen

Kartlegging har flere funksjoner; det skal forme hvilke tema helsesøstre fokuserer på og i tillegg ser de også at noen skoler bruker kartleggingen til selv å ta tak i det elevene strever

med. For eksempel har en skole lagt inn studieteknikk inn i timene sine med bakgrunn i at mange elever opplever stress rundt eksamener.

Det gir også en økt motivasjon til å drive MEST når de etablerer samarbeid med skolen og skolen på ulike nivåer viser interesse. Folkehelsedager, Verdensdagen for psykisk helse er eksempler på markeringer som har startet etter man har begynt å jobbe på systemnivå med MEST. Det bidrar til økt motivasjon når man i større grad samarbeider om felles mål, og i tillegg blir inkludert av skolen.

Ensomhet er noe som mange har store vanskeligheter for å snakke om, men som gir dype inntrykk hos alle når det kommer frem svart på hvitt. Dette har gjort at det har blitt satt i gang tiltak for å gjøre både skolestart og friminutter bedre for elevene. Andre eksempler på tiltak som er satt i gang etter kartleggingen og start med MEST er mattilbud ved skolen etter de så hvor mange som faktisk ikke spiser før de kommer på skolen.

En skole har også begynt å se på utformingen av timeplanen etter at MEST kom. De har tenkt at, ved å skape rom i løpet av skoledagen, versus å ha komprimert timeplan, vil det være lettere å få inn seminarene på tidspunkt som elevene kommer på. Etter kartlegging har det også vært avdekket lav gymdeltakelse på en skole, noe skolen selv grep om.

Der de har holdt på med MEST en stund bruker lærerne helsesøstrene mer enn tidligere og det oppleves motiverende. Det kan også innebære at skolen spør om tema som nødvendigvis ikke passer i forhold til det som MEST skal omfatte; verktøy til å mestre. Så selv om det i utgangspunktet ikke ligger noen begrensninger i denne måten å jobbe på, bør det utvises en bevissthet om hva helsesøstrene skal formidle og hvorvidt det gir noe konkret tilbake til ungdommene. MEST har også bidratt til at helsesøstrene blir tatt mer med på systemtankegangen på hele skolen og at de i større grad blir tatt med på råd om hvordan en kan sette i gang tiltak som gagnar mange. Det oppleves fint å bli bedt inn på ting som de kanskje ikke har blitt bedt inn på tidligere.

5.6.6 Mer helsesøster som utfall og fasiliator

Gjennom arbeidet med MEST er helsesøstrene mer ute i skolen som helhet og blir synlig på en annen måte enn ved en mer poliklinisk artet arbeidsform ved individuell oppfølging. Dette gjelder kanskje spesielt for store skoler versus små. På små skoler er det lettere å være fysisk synlig og bli kjent med flest mulig også når man ikke jobber systemrettet. Skolene gir tilbakemelding om at de er veldig fornøyde med en økt tilstedeværelse og ønsker dette for skolen sin. Slik kan det sies at MEST har bidratt til mer av helsesøster både i konkret og opplevd betydning. Noen helsesøstre ser på dette som en rolleendring i videregående skole.

5.7 Presisering av problemstillinger

Med utgangspunkt i hovedproblemstilling, som nevnt i innledning, skisseres to mer presise problemstillinger. Faktorer som hemmer og fremmer implementering samt strategier som helsesøstrene ser det kan være gunstig å fokusere på i det videre undersøkes nærmere. De mer presise problemstillinger blir følgende;

Hvilke faktorer fremmer og hvilke faktorer hemmer implementeringen av MEST?

Hvilke strategier bør man fokusere på ved videre implementering av MEST?

6 Metode

6.1 Utvalg

Problemstillingen vil besvares gjennom individuelle semistrukturerte dybdeintervjuer med 6 helsesøstre som deltar i implementeringen av MEST på de ulike videregående skolene. Utvalget er strategisk sammensatt ut fra den vurderingen at det er de som selv implementerer som vil ha best mulig potensial til å belyse problemstillingen. Selv om det er andre samarbeidspartnere tilknyttet MEST, er det helsesøstre som har initiert og i størst grad gjennomfører det systematiske arbeidet på de fem videregående skolene. Problemstillingen og valg av informanter kunne i tillegg vært rettet mot andre samarbeidspartnere, som for eksempel skolepersonell og fysioterapeuter. Avgrensningen til kun å inkludere helsesøstre kan i så måte også sies å være et pragmatisk valg ut fra det som har vært sannsynlig å kunne gjennomføre i en gitt tidsramme (se også under sterke og svake sider ved studien etter diskusjonsdel).

Det er et mål at intervjuene skal frembringe helsesøstrenes erfaringer av de ulike faktorene som er viktige med tanke på implementering av systematisk helsefremmende og forebyggende psykisk helsearbeid i videregående skole. Kvale og Brinkmann (2009) trekker frem at ny innsikt i et intervjusamspill kan komme begge parter til gode. Det er derfor også ønskelig at tiden skal gi rom for refleksjon, der helsesøstre selv kan komme frem til de ulike faktorer som påvirker arbeidet deres samt strategier som det enten kan fokuseres mer eller mindre på.

Prosjektledelsen på senter for helsefremmende forskning, NTNU, har vært behjelpelig med å sette undertegnede i kontakt med de aktuelle helsesøstre. Det ble sendt forespørsel per mail med informasjonsskriv til 7 helsesøstre (se vedlegg 1) og 6 helsesøstre takket ja til å delta. Det ble avtalt tid og sted for intervju i samarbeid med informantene.

6.2 Tema for intervjuguide

Intervjuguiden (se vedlegg 2) ble utformet med bakgrunn i problemstillinger, tidligere studier på hva som ser ut til å påvirke implementering i skolen, samt teoretisk rammeverk for implementasjonsutfall.

Innledende spørsmål handler om både å gi informanten mulighet til å starte med noe som er velkjent for slik å skape et trygt og forutsigbart utgangspunkt for videre spørsmål.

Bakgrunnsinformasjon om skolene skal også være med på å skape en forståelse av noen av de kontekstuelle faktorene som kjennetegner den enkelte skole. Informasjonen skal likevel ikke brukes i detalj i det videre av personvern hensyn. «Hva er MEST for deg?» handler både om å få frem en kortfattet forklaring fra helsesøstrene på hva MEST innebærer for dem, slik at en riktig beskrivelse av MEST som helsesøstrene selv kjenner seg igjen i, kan gis. Det handler også om å sammenligne forståelse for å se om det er forstått ulikt. Forstås arbeidet ulikt vil det være mulighet for at det også implementeres ulikt.

De første hovedspørsmålene handler om målsetninger og hvordan MEST passer inn i skolen som kontekst. Sammenlignes dette med implementasjonsutfall er det her ønskelig å undersøke helsesøstrenes oppfatninger av etterlevelse og gjennomførbarhet.

Videre er intervjuguiden tematisk inndelt i helsesøsters opplevelse av samarbeid med skolen, samarbeid mellom helsesøstrene, samarbeid med elevene og til slutt helsesøsters rolle. Et godt samarbeid med skolen er kjent som essensielt, men hva innebærer et godt samarbeid og hvilke faktorer driver dette samarbeidet, og dermed implementeringen fremover? Det spørres også om hva helsesøstrene opplever har vært viktig for at skolene har vært villig til å satse på MEST, som kan ha sammenheng med aksept. Avslutningsvis, under samarbeid med skolen, spørres det om faktorer for videreføring.

6.3 Analyse

Analyseringsarbeidet tar utgangspunkt i Malteruds (2011) systematisk tekstkondensering. Noen justeringer er gjort og vil gjøres rede for underveis. Systematisk tekstkondensering er et redskap for tverrgående analyse som egner seg for utvikling av beskrivelser og delvis for begreper (Malterud, 2011). Det er her av interesse å utvikle beskrivelser av faktorer som hemmer og fremmer implementering i skolekonteksten i tillegg til strategier for videre drift.

Målet er ifølge Malterud (2011) ikke nødvendigvis å utfordre kategorier eller lete etter nye og bedre navn (på implementeringsfaktorer), men å bruke empiriske data til å utforske og utvide eksisterende beskrivelser. Ved hjelp av dybdeintervjuene vil det her forsøkes å få mer innsikt i prosessene ved implementering. Dette kan nyansere eksisterende beskrivelser av implementering av helsefremmende initiativer med fokus på psykisk helse i skolekonteksten.

Første trinn i systematisk tekstkondensering handler om å danne seg et helhetsinntrykk av materialet, i tillegg til å åpne opp for uventede tema (Malterud, 2011). Analysene startet ved gjennomlesing av alle intervjuene, der detaljene ikke fikk oppmerksomhet. Fokus var å være lojal i forhold til det jeg oppfattet at helsesøstrene ønsket å formidle. Jeg prøvde å legge forforståelse og teori, som grunnlag for spørsmålene, til side. Min forforståelse var blant annet at igangsetting av nye initiativer i skolekonteksten kan være utfordrende og at det eksisterer en rekke potensielle barrierer. Det at fokus og tid tas fra tradisjonelle skolefag er noen kjente barrierer som ofte vil opptre som en hindring for implementering av nye tiltak. Min forforståelse handlet også om at skolehelsetjenesten mange steder driver under normtall og at det derfor også foreligger tidsmessige barrierer for igangsetting av nye initiativer innad i helsesektoren også. Med andre ord var min forforståelse noe konsentrert rundt barrierer, noe jeg var spesielt oppmerksom på når jeg gjennomgikk materialet første gang.

Underveis i gjennomgang av teksten ble det skrevet notater på det som fremstod sentralt med tanke på barrierer og fasilitatorer for implementering. Det tegnet seg også et bilde av at MEST har bidratt til endringer. Endringene kan vurderes både som midlertidige utfall, men kan også vurderes til å være en fasilitator for videre implementering. Når alt var lest ble hovedinntrykk

oppsummert og noen foreløpige temaer, som vekket oppmerksomhet, ble skissert. For å visualisere hovedinntrykkene ble det laget et tankekart med stikkord for hvert intervju. Disse ble vurdert opp mot hverandre for å se om det var stikkord som gjentok seg og som kunne tenkes å bli et tema (som vist i tabell 3).

Tabell nr. 3 Oversikt over analysesteg ut fra systematisk tekstkondensering

Tankekart m/stikkord for hvert tankekart	Trinn 1 – første gjennomgang	Trinn 2 – forhandling av tema til koder		Trinn 3 – lager kunstige sitater	Trinn 4 – rekontekstualisering
<p>Intervju 1</p> <p>Intervju 2</p> <p>Intervju 3</p> <p>Intervju 4</p> <p>Intervju 5</p> <p>Intervju 6</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kompetanseheving og kvalitetssikring 2. Arbeidsglede 3. Selger og markedsfører av helse/synlighet 4. Informasjonsflyt og relasjoner 5. Tverrfaglighet 6. Tydelighet 7. Tid og logistikk 8. MEST som bidrag til endring 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kompetanseheving og kvalitetssikring 2. Arbeidsglede 3. Informasjonsflyt 4. Forankring 5. Tid og logistikk 6. MEST som bidrag til endring 7. Synlighet – MER helse søster 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kompetanse 2. MEST som bidrag til endring 3. Tid og logistikk 4. Arbeidsglede 5. Informasjonsflyt 	<ul style="list-style-type: none"> – plukker ut sitater – ny endring av koder ved utarbeidelse av kunstige sitater (hopper mellom trinn 2 og 3) 	<ul style="list-style-type: none"> – Systematiserer i fasilitatorer og barrierer – Strategier i det videre – MEST som bidrag til endring for seg – Organisering av endelige overskrifter, til dels sammenfallende med valgte overskrifter for kunnskapsstatus (se figur 2)

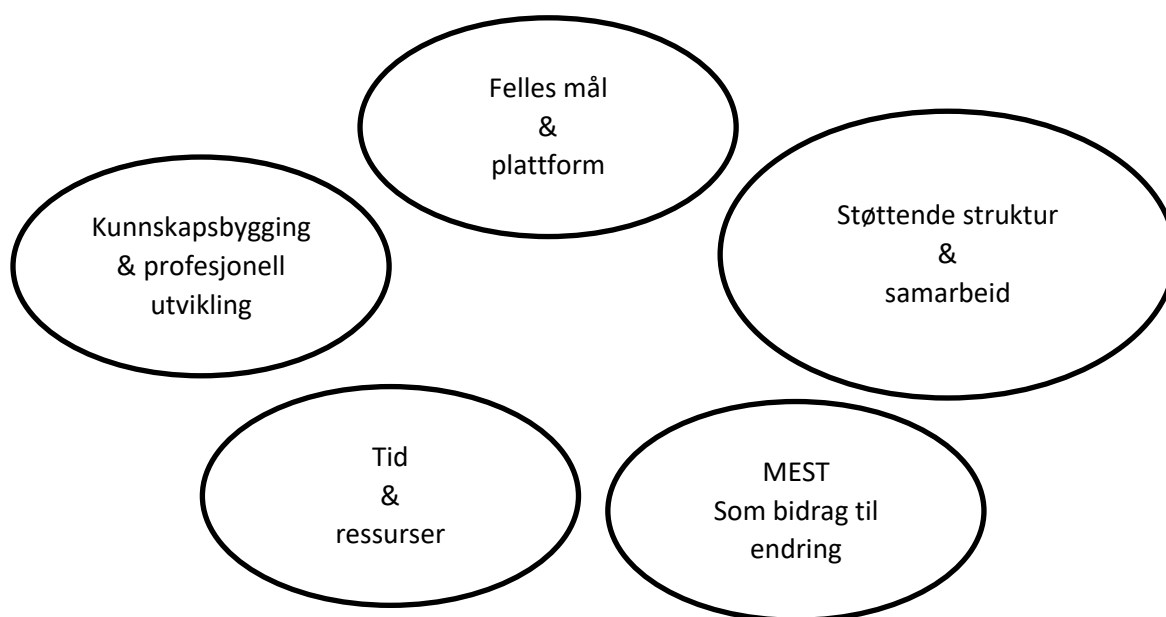
De foreløpige utvalgte temaer ble; «kompetanseheving og kvalitetssikring» og «arbeidsglede». Disse temaene var noe som alle helsesøstrene var opptatt av til tross for ikke å ha fått direkte spørsmål om det. Det generelle inntrykket var at temaene var viktige for implementering og videre drift. De neste temaene som pekte seg ut var helsesøsters rolle som «selger og markedsfører av helse/synlighet». Videre pekte «informasjonsflyt og relasjoner», «tverrfaglighet», «tydelighet» og «MEST som bidrag til endring» seg ut. Når det gjaldt barrierer pekte faktoren «tid og logistikk» seg ut, selv om sistnevnte tema ikke bare handler om barrierer.

I andre trinn av systematisk tekstkondensering ble teksten kodet konkret for meningsbærende enheter ved fargekoding av papirutgaver, og alle intervjuene ble gjennomgått for ett til to tema av gangen. Som angitt i tabell 3 var utgangspunktet 8 tema. I dette trinnet startet en forhandling med de opprinnelige tema som skulle bli til koder. Noen koder endret seg, for eksempel ble «tverrfaglighet» vurdert til å være en dimensjon av kompetanse og arbeidsglede. Samtidig fikk noen av de opprinnelige temaene «MEST som bidrag til endring», «arbeidsglede» og «tid og logistikk» bli til koder. «Arbeidsglede» ble en kode fordi den pekte seg ut som en tydelig fremmer og fordi dette var noe helsesøstrene var opptatt av. For å holde oversikt over stoffet og unngå feilkoding, ble teksten analysert for dette temaet først. Så fulgte gjennomgang i teksten for «kompetanseheving og kvalitetssikring». Så her at forutsetninger når det gjelder kompetanse også var en viktig del av denne koden og derfor ble det innlemmet og kodet etter den foreløpige overskriften; «kompetanse og kvalitetssikring».

Neste tema som ble gjennomgått var «informasjonsflyt og relasjoner». «Informasjonsflyt og relasjoner» og «selger av helsetjenester» er ulike perspektiver, men ble vurdert som tett relatert. Vurderte det derfor slik at selger eller markedsfører av helsetjenester ble en del av informasjonsflyt. Synlighet ble først tenkt som del av «selger eller markedsfører av helsetjenester, men handler om mer enn markedsføring, synlighet fikk derfor en egen kode. Relasjoner fremstod også viktig for informasjonsflyt. «Informasjonsflyt» fikk derfor bli en kode, men der tydelighet, relasjoner og selger og markedsfører av helsetjenester ble innlemmes. Prosessen med koding fra tema gikk slik i forhandling frem og tilbake, som vist i tabell 3

I tredje fase av systematisk tekstkondensering, jobbet jeg med omskriving til artefakte sitater, men ikke enkeltvis for alle meningsbærende enhetene. I stedet ble meningsbærende enheter, som omhandlet det samme skrevet om – som et råutkast til senere fase. Omskrivingen i seg selv gjorde at det ble gått enda dypere inn i teksten. Dette førte til en ny endring av kodegrupper og et hopp mellom fase 2 og 3, selv om hovedkodingen var gjort. Metodekritisk sett handlet det også om at kodingen ikke var gjort godt nok når prosessen gikk videre til 3. fase. Blant annet ble forankring vurdert som et resultat av blant annet god informasjon og ble derfor flyttet til informasjonsflyt. Første kode var informasjonsflyt og var en kode med omfangsrikt innhold og flest undergrupper. Dette var et stort tema som forventet da informasjonsflyt i skolesammenheng kan være utfordrende, spesielt på store skoler. Jeg startet med å ta tak i kartleggingen, som fremstod som fasilitator og jobbet både med å skrive om og rydde bort unødig tekst, skrevet ut fra informantenes ståsted. Det ble gjort tilsvarende i andre undergrupper og systematisert i koder som angitt i tabell over. Underveis dukket det opp setninger som illustrerte og nyanserte poengene og som var ønskelig å bruke som sitater. Disse ble markert slik at de ikke ble omformulert.

I trinn 4 ble utsagnene sammenfattet i større grad, med den hensikt å ivareta gruppens synspunkter, både felles forståelse, i tillegg til nyanser og forskjeller. Der det var hensiktsmessig skulle det, under hver kode, systemiseres under fasilitatorer og barrierer for implementering. I sammenfatningen kom også strategiene som ble vurdert som hensiktsmessig å fokusere på tydeligere frem. Arbeidet med å finne beskrivende overskrifter for kodene (som vist i figur 2) ble også en prosess, der det ble forsøkt å se dette opp mot tidligere forskning på helsefremmende initiativer med fokus på psykisk helse i skolen.



Figur 2. Tema og overskrifter

6.4 Ethiske betraktninger

Helsesøstrene ble intervjuet individuelt og prosjektet ble godkjent av NSD (vedlegg 3). Informantene ble intervjuet om sin fagrolle og kan i så måte forstås å være ikke-sensitiv informasjon. Det kan likevel tenkes at informantene snakker fritt om utfordringer og hindringer i forløpet som kan være av slik art at de ikke ønsker at dette skal gjenkjennes, dette hadde informant og forsker en dialog om. Intervjuene ble tatt opp på båndopptaker og transkribert og lydfilene ble slettet fra båndopptaker etter transkribering. Under transkriberingen ble navn på skoler, samt bakgrunnsinformasjon om hver enkelt skole utelatt, slik at de skrevne intervjuene var anonymisert. Data ble behandlet slik at ikke informantene kunne gjenkjennes. Før intervjuene ble skriftlig informasjon om hensikt med intervjuet gjennomgått (se vedlegg 1) og det ble vektlagt at informasjonen helsesøstre ga ikke skulle spores tilbake til enkeltskoler eller personer, men at målet var å undersøke deres erfaringer samlet. Helsesøstre ble spurt om de hadde spørsmål før skriftlig, informert samtykke ble signert. Helsesøstre ble også tilbudt muligheten til å få lagt frem resultater av datainnsamling både med tanke på eget prosjekt og avslutningen av dette, men også for å kunne komme med kommentarer og betraktninger rundt de analysene som var gjort. Dette ønsket de gjerne med tanke på videre arbeid.

7 Diskusjon

Diskusjonen tar utgangspunkt i de to problemstillingene presentert tidligere;

Hvilke faktorer fremmer og hvilke faktorer hemmer implementeringen av MEST?

Hvilke strategier bør man fokusere på ved videre implementering av MEST?

Diskusjonen er disponert slik at faktorer som påvirker implementering diskuteres under hvert av implementasjonsutfallene, jamfør teoretisk rammeverk. Strategier som har vist seg å fungere vil fungere som fasilitator for implementering og er i så måte to sider av samme sak, jamfør de to valgte problemstillinger. Samtidig fremstår noen strategier som ønskelig å ha et ekstra fokus på i det videre og disse strategiene tydeliggjøres underveis, der de tematisk er vurdert å tilhøre.

7.1 Aksept

7.1.1 Aksept hos skolepersonell og elever

Et folkehelse-rammeverk, som retter seg mot psykisk helse, anbefaler å lage retningslinjer og programmer basert på populasjonsbaserte data, sørge for systemiske og målrettede løsninger samt sjekke resultater for å vite hvem som nås og med hvilke utfall (Whitman et al, 2008). Også Paternite & Johnston (2004) samt Stewart (2008) trekker frem viktigheten av en behovskartlegging som ledd i å sikre eierskap og intervensjonsstøtte. MEST som metode omhandler nettopp å ta utgangspunkt i lokale data, der kunnskap om elevpopulasjon på den enkelte skolen kartlegges og utgjør et utgangspunkt for videre arbeid. Helsesøstre mener, gjennom sin interaksjon med skolen, at ved å kunne vise til kartleggingen har det vært en klar fasilitator for å få innpass i skolen. Det at skolen får konkretisert ungdommenes selvopplevde utfordringer er med på å gjøre MEST troverdig og former en aksept for at dette må man ta tak i. Betydningen av at det er den enkelte skoles elever det handler om kan også relateres til eierskap til utfordringene de står ovenfor – det er «våre» elever og derfor er også innsatsen rundt MEST og andre tiltak som kommer i kjølvannet «vårt». Tilsvarende fant Quirke (2015)

i sin studie at å definere hver enkelt skole som et eget samfunn, trolig ville ført til en økt aksept og dermed fasilitator for implementering.

Weare & Markham (2005) hevder at nettopp fordi psykisk helse er et begrep som ikke er enkelt håndgripelig, blir det viktig å fokusere på tema eller områder som ligger til grunn for psykisk helse. Kartleggingsspørsmål og tema på seminarene, som stress og søvn, virker inn på psykisk helse og er dermed med på å gjøre det man jobber mot mer konkret. Å få se hvor mange elever som for eksempel er ensomme er et sterkt virkemiddel og noen av skolene, som har fått lagt frem tall på ensomhet gjennom MEST, har tatt tak i problematikken. Evans et al (2015) pekte på at det å vekke emosjonell investering hos de ansatte fungerte som en fasilitator. Konkretisering av tema, samt et praktisk fokus gjennom å gi elever (og potensielt lærere) verktøy, gjør helsedeterminanter til noe skolen i større grad kan relatere seg til. Konkretisering gjennom kartlegging vurderes som en faktor som binder utdanningssektor og helsesektor sammen og fasiliterer aksept i skolen.

Kartleggingen, der det tas utgangspunkt i elevenes egne behov, legger et godt grunnlag for aksept også hos elevene. Helsesøstre har kommet til fulle seminarer og har fått positive tilbakemeldinger, noe som tyder på at mange ser tilbudet som fordelaktig og aksepterer MEST. Hvor langt de ulike skoler som implementerer MEST har kommet i å utvikle eierskap og en aksept for MEST vil blant annet avhenge av hvor langt den enkelte skole har kommet i sin implementeringsprosess.

Støtte fra leder generelt, og støtte fra rektor spesielt, er en viktig faktor for aktiv deltakelse i helsefremmende programmer (i Viig, Tjomsland og Wold, 2010; Askill-Williams et al, 2013; Humphrey et al, 2010; Forman et al, 2009). I hvor stor grad et initiativ er forankret i ledelse vil være av betydning for aksept, da skoleledelse har en sentral rolle i å fremstille MEST som fordelaktig for enten egen ledelse eller sine ansatte. I arbeidet med MEST er det legitimt å ta kontakt med rektor ved behov og forankring hos rektor, eller annen ledelse der ansvaret delegeres, fremkommer som en fasilitator for implementering. Manglende motstand hos

rektor oppfattes til å ha sammenheng med promotering og samarbeid både internt og eksternt⁴.

Mange ulike typer ledere har en rolle å spille i sammenheng med implementering av intervensjoner i skolen (Weare og Nind, 2011). Selv om rektor er sentral i formidling av aksept, opplever helsesøstrene at avdelingslederne er vel så viktige, da disse er nøkkelpersoner for å nå frem til lærerne. I den skandinaviske skolestrukturen har lærerne stor grad av autonomi (Nielsen, 2015; Viig et al, 2012) og er ledere for sine timer og elever. Selv om lærerne som gruppe er positive til bruk av MEST i skolehverdagen, er noen helsesøstres erfaringer at det fortsatt er de som viser misnøye over at seminarne tar fra undervisningstiden deres. Også Forman (2009) fant i sin studie av programutvikleres implementering av helsefremmende program i skolen, at sammenhengen mellom læring og helse ikke alltid når frem hos alle og at dette vurderes som en barriere for implementering. De som er involvert i psykisk helse i skolen på alle nivåer må forsikres om at å arbeide med elevers psykiske helse, kan gi fordeler i forhold til det som skolen regner som sin kjernevirksomhet; akademisk læring og måloppnåelse, oppmøte på skolen og atferd for læring (Weare og Nind, 2011). Viig et al (2012) konkluderte også med at det må jobbes spesifikt opp mot lærerne med forankring. Slik ser man at å etablere aksept for et initiativ i skolesystemet, som en indikator for implementeringssuksess, i seg selv kan være kompleks, fordi det er mange, både i antall og i nivå som skal nås. Det illustrerer viktigheten av at helsesøstrene bør fortsette sin strategi med å markedsføre koblingen mellom basale behov, psykisk helse og læring for en aksept hos de ulike nivåer av ledelse.

Skolesystemene i Danmark og de andre skandinaviske landene er bygget på prinsippene av inklusjon, demokrati og autonomi (Nielsen et al, 2015). Kartleggingen løfter frem det som er viktig for elevene, samtidig kan lærerne være med å påvirke hva som ser ut til å være viktig at det fokuseres på i klasseromsseminar. Viig, Tjomsland og Wold (2010) fant i sin studie av det

⁴ Den eksterne promoteringen, det intersektorielle samarbeidet, politiske påvirkning samt et generelt fokus i samfunnet på psykisk helse og tilknytning til frafall i videregående skole er av stor betydning, men vil ikke diskuteres ytterligere her.

norske nettverket av helsefremmende skoler at skolens oppfattelse av mål og retningslinjer for programmet som viktige, korrelerte med grad av deltakelse. Det at MEST er en systematisk måte å arbeide på og ikke et program, skaper en fleksibilitet som kan være på å gjøre det mer akseptabelt for lærerne. Videre vil lærerne ha mulighet og oppfordres til å ta kontakt med helsesøstrene når kartleggingsresultat har vært fremlagt. I følge det litteraturen sier vil nettopp muligheten til å påvirke når og hva som tas opp kunne føre til et opplevd eierskap samt aksept for et initiativ (Mukoma & Flischer, 2004). Samtidig sier erfaringene fra studier (Durlak & Dupres, 2008; Stewart et al, 2014; Macnab, 2014) at delt beslutningstaking må være en pågående prosess, noe som illustrerer viktigheten av et kontinuerlig samarbeid mellom helsesøster og skolen.

7.1.2 Aksept hos helsesøster

Helsesøstrene, som i hovedsak implementerer, må også inneha en aksept for denne måten å jobbe på. Helsesøstrene kan se MEST som nyttig (som diskutert nærmere under), men det kan foreligge elementer som gjør at implementering ikke er akseptabel. Personlig interesse og engasjement for undervisningsarbeid må foreligge eller så blir denne måten å jobbe på vanskelig. Helsesøstrene beskriver det som at dette er en del av jobben og det å komme mer «ut av kontoret» er en berikelse. En universell tilnærming ekskluderer ikke muligheten for målrettet handling mot enkeltindividet (Weare og Markham, 2005). Samtidig er det ikke akseptabelt for helsesøstrene hvis det ikke gis rom for en-til-en samtaler. Reuterswärd og Hylander (2017) fant, at å jobbe i team med et helsefremmende fokus, kan representere utfordringer for helsesøstre fordi det innebærer en overgang fra et mer medisinsk til et helsefremmende og velværeperspektiv. Helsesøstrene i MEST understreker at det vil alltid være elever som har behov for samtaler i enerom. Å ha støtte fra kollegaer samt hos både helsefaglig og skolefaglig ledelse, vil derfor også være på å gjøre det mer akseptabelt for helsesøster å være mindre til stede på kontoret og med det mindre tilgjengelig for enkeltsamtaler. Helsesøstrene har god støtte i helsefaglig ledelse i form av videreutvikling og innovasjon og dette fremstår også som en fasilitator for videre arbeid.

Man ser fra studier av helsefremmende initiativer i skolekonteksten at det har betydning hvem som inntar «primus motor» funksjon for implementeringen av helsefremmende programmer

og at vedkommende ikke har for mange konkurrerende oppgaver (Anwar-McHenry et al, 2016). Norge er i særstilling i forhold til mange land når det gjelder helsesøster som fast helsepersonell, med et forebyggende og helsefremmende mandat og som gir et unikt utgangspunkt for å ha en «primus motor» funksjon. Helsesøster med sitt mandat, men også i kraft av sine personlige forutsetninger, har muligheter for å styrke båndet mellom helse- og utdanningssektor og med det påvirke til økt aksept for initiativer som MEST. Samtidig må det også oppleves som akseptabelt å fungere som «primus motor» i arbeidet. Det kan være energikrevende å opptre som en «selger» av helsefremmende arbeid opp mot konkurrerende interesser, som videre kan oppleves som en barriere for enkelte. I en svensk studie påpekte helsesøstre at det opplevdes enklere å drive helsefremmende arbeid på universelt nivå hvor det både var forventet og forstått (Reuterswärd & Lagerström, 2010).

7.1.3 Promotering og relasjonsbygging som strategier for aksept

Å arbeide med promoteringen av seminarene og andre sider ved MEST er ut fra helsesøstrenes erfaringer noe som skaper oppmerksomhet rundt arbeidet og er nærmest en nødvendighet for samarbeid med skolen og implementering. Clancy (2010) fant at helsesøstre opplever at tjenesten deres oversees i ulike sammenhenger. Man kan diskutere at profileringsarbeidet er med å overbevise der det er nødvendig, om at dette er et initiativ som er fordelaktig og kan være med på både å skape, men også holde vedlike aksept. Reuterswärd og Hylander (2017) problematiserer, gjennom sin studie om helsesøsters erfaringer med tverrfaglig student team og helsefremmende arbeid i skolen, at flere skolers manglende forventninger til helsefremmende arbeid indirekte bidro til redusert støtte fra skoleledelsen. Reuterswärd og Hylander fant imidlertid at det var klare forventninger til at helsesøster skulle bidra når det var snakk om akutte medisinske situasjoner eller kriser for elevene. Evans et al (2015) fant i sin studie at spredning av budskapet i et helsefremmende program i skolen var nærmest fraværende og at dette fikk konsekvenser for implementering. Funnene kan sammen peke på at det er nødvendig med promotering både av praktiske hensyn, men også for å skape forventninger til helsefremmende systemarbeid. Hvis skolen; rektor, avdelingsledere, lærere og elever ikke forventer at det skal skje noe, vil heller ingen etterspørre det.

For å kunne gjøre et godt promoteringsarbeid er kontinuitet en nøkkelforutsetning. Hvis helsesøstrene av ulike grunner ikke er ofte nok på skolen blir det utfordrende med tanke på selv å få en forståelse for arbeidet og prosessen med MEST og videre kunne promotere med overbevisning. Det er forskjeller mellom skolene i forhold til hvor ofte de har mulighet til å være til stede og dette vil helt klart påvirke fremdrift og ulike elementer av implementeringen. Kontinuitet og helsesøsters mulighet til å være til stede regelmessig på skolen, fra starten av skoleåret, er derfor faktorer som fasiliterer mulighet for promoteringsarbeid. Det belyser også at systemarbeid på mange måter stiller større krav til kontinuitet og er mer sårbar for utskiftning av personalet, eller bytting av helsesøster mellom skolene, enn ved mer tradisjonell individuelt rettet arbeid.

Andre strategier for markedsføring og planlegging av MEST er relasjonsbygging. Reuterswärd og Hylander (2017) trekker frem betydningen av det relasjonelle og hvor viktig kjemien mellom enkeltindivider er for samarbeid. Ulike ytere av helsetjenester (sosialarbeidere, psykologer og andre) har ofte blitt sett på som tilleggstilbud på skolen og ikke som sentral for den akademiske målsetningen til skolene (Sedlak 1997, referert i Paternite 2004). Relasjonsbygging kan skje både gjennom ubevisste og bevisste prosesser. Flere helsesøstre påpeker nettopp viktigheten av å være til stede i fellesrom, aktivt skaffe seg en oversikt over skolesamfunnet og finne ut hvem det er lurt å bygge allianser med. Dette vil kunne fjerne mange barrierer i forhold til informasjonsflyt og bør ha fokus i perioden før og under implementeringen. Dette sammenfaller med det Paternite og Johnston (2004) sier om helsepersonell i skolekonteksten, for at helsepersonell skal ha suksess bør man skape formelle relasjoner med nøkkelpersoner i ledelsen. Man bør videre sørge for å integrere seg i skolesamfunnet og være med på skolens arrangementer, da dette kan demonstrere en respekt for og forståelse for skolekulturen.

7.2 Nytte av MEST

7.2.1 Et mer målrettet tilbud

Kartleggingen har en klar nytteverdi for helsesøster. Den muliggjør å gå mer målrettet ut og blir slik et konkret verktøy for hva man bør fokusere på i skolehelsetjenesten fra år til år. Når det gjelder den store oversikten over folkehelsen, så mangler det fortsatt en del data (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Blant annet jobbes det med å få enda bedre oversikt over forekomst av psykiske lidelser og forhold som fremmer psykisk helse og trivsel, der datagrunnlaget er spesielt mangelfullt på kommunenivå (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Systemkomponenten (den universelle komponenten) med seminarer for alle har en nytteverdi også i et variasjonsøyemed, der det legges til rette for et tydeligere fokus på helsefremmende og forebyggende tiltak i kontrast i til tider krevende en-til-en samtaler.

7.2.2 Nettverksbygging

I følge nasjonale retningslinjer for helsestasjons- og skolehelsetjenesten, skal skolehelsetjenesten være en tjeneste som er tverrfaglig sammensatt (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017). I praksis jobber mange helsesøstre alene på skolene, noe som kan oppleves utfordrende. Det å jobbe i nettverk med andre helsesøstre, fysioterapeuter og skole, bidrar til et økt engasjement, økt sosial støtte og gir inspirasjon i forhold til det arbeidet man gjør. Å jobbe sammen med andre, enten i form av nettverk eller komiteer, har også andre sett på som fasilitator for helsefremmende initiativer (Michell et al, 2000; Senior, 2012; Anwar-McHenry et al; 2016; Stewart, 2008; Evans et al, 2015). Funnet kan også sammenlignes med det Viig, Tjomsland og Wold (2010) fant i sin studie om helsefremmende skoler i Norge, der personlig interesse og nytteverdien av et nettverk var sterkt assosiert med selvrapportert deltakelse.

7.2.3 Nettverk gir inspirasjon

Metoden som helsesøstre jobber på oppleves også nyttig fordi tankeprosessene som helsesøstre går igjennom i arbeidet med MEST, setter i gang nye ideer i forhold til hvordan

man kan samarbeide på andre arenaer. Viig, Tjomsland og Wold (2010) fant i sin studie at flere lærere opplever at det å være en del av et nettverk satte i gang mer samarbeid i å planlegge helsetema på tvers av fagene. Videre ga det inspirasjon å se hvordan andre jobbet med samme tema. Slik ser man at fordelene med et nettverk og en opplevd nytte av arbeidsformen blir en sentral fasilitator for implementering.

7.2.4 Helsesøstre når flere

MEST er også nyttig for helsesøstre fordi de når flere elever med en universell tilnærming enn med individuelle samtaler. Psykiske plager er utbredt og hvis bare en vilkårlig del av elevene gis målrettede tiltak vil mange med ulik grad av plager bli ignorert (Weare og Markham, 2005). Det er også vist at de samme prosessene som hjelper de med emosjonelle plager, også fremmer emosjonelt velvære hos flere (Weare og Markham, 2005). Flere av helsesøstre opplever MEST som en effektivisering av helsetilbudet. Alle videregående skoler har et stort elevantall og det er ikke realistisk å tro at det vil være mulig å hjelpe så mange uten en systemtankegang. En stor fordel er også at universelle tilnærminger reduserer barrierene (stigmatisering og diskriminering) for hjelpesøkende atferd (Weare og Markham, 2005)

Å jobbe med initiativer, der tema og målsetninger er kompatible med skolens kjernevirksomhet, regnes som en nødvendighet (Weare & Nind, 2011; Humphrey et al, 2010; Graham, 2011). Proctor et al (2011) beskriver implementasjonsutfall også som midlertidige utfall før overordnede mål som bedret rapport psykisk helse nås. Tilbakemelding fra lærere på skoler som har hatt MEST-seminar er at elevene bruker det de har lært på seminarene også i skolefaglig sammenheng. Tema kan som fokuseres på i MEST blir slik nyttig i en skolefaglig sammenheng i tillegg til at det kan ha en nytteverdi for den enkelte elev.

7.2.5 Helsesøster blir mer synlig

I følge Clancy (2010) er det en oppfatning, blant både helsesøstre selv og beslutningstakere, at helsesøstre bør bli mer synlige og ha et bredt folkehelsefokus. Også gjennom denne studien

trekker helsesøster frem at det er positivt at MEST bidrar til en mer synlighet i skolesamfunnet. Dahl & Clancy (2016) fant gjennom sin kvalitative studie at mange helsesøstre i hovedsak hadde et individuelt problemfokus mer enn et universelt. Tilsvarende kan man diskutere at systemarbeidet med MEST gir «mer» innflytelse fra helsesøster i overført betydning, ved at man får mulighet til å påvirke flere elever, men også i større grad komme i direkte kontakt med flere lærere. For flere oppleves arbeidsformen som en rolleendring i videregående skole. Det er også en økt tilstedeværelse av helsesøster i konkret forstand ved at de har fått midler slik at man får drive på normtall. Prosjektarbeid og initiativer som MEST, som dette er med på å sette søkelyset på behovet for og hva man kan få til dersom man får drive med normtall.

7.3 Gjennomførbarhet

Tidsmangel er den barrieren som oftest blir oppgitt som grunnlag for utfordringer i forhold til implementering i skolen (i Graham, 2011; Forman et al, 2009; Nelausen et al, 2011; Reuterswärd & Hylander, 2017). I forbindelse med MEST er det helsesøstrene som forbereder og gjennomfører seminarer, ikke lærerne selv. Barrierer relatert til tid fremkommer ikke som like utfordrende i intervjuene med helsesøstrene og det vurderes til å ha sammenheng med helsesøsters mandat samt helsefaglig leders fleksibilitet i forhold til å sette av tid til arbeidet. Likevel, å samarbeide om utforming av oppleggene til seminarene kan by på utfordringer, logistisk sett. Fysioterapeutene er organisert under en annen enhet og har ikke nødvendigvis fast dag på skolene, helsesøstrene har ansvaret for ulike skoler og skolene forholder seg til sine årsplaner. Det å knytte seg opp til flere i systemarbeid synes nødvendig. Å være alene om planlegging og utførelsen kan fort bli en barriere både med tanke på sårbarhet i form av tilstedeværelse og kontinuitet. Reuterswärd og Hylander (2017) fant at samarbeid med medlemmer av de ulike profesjoner var lettere når de satt fysisk nært hverandre og når de jobbet på samme skole de samme dagene. Strategien for å overkomme den logistiske barrieren er å bruke samme dataplattform slik at alle de som skal være med på å forme seminarene har tilgang til presentasjonene. Det tar tid med utforming til seminarene og tilgang til andre presentasjoner, effektiviserer arbeidsprosessen. Tidsdimensjon ved deling av dokumenter gjør forberedelse til seminar enklere og mer gjennomførbart i løpet av en travel arbeidsdag. Det vil være forskjell på store og små kommuner hvor mange helsesøstre som er mulig å samarbeide med, og da kan det å benytte seg av andre faggrupper som

samarbeidspartnere, bli enda viktigere. Man kan også tenke interkommunale plattformer for samarbeid.

Når nye presentasjoner til seminarene skal lages, må flere helsesøstre, til tross for deling av materiale, bruke tid utenom jobb til utformingen og innhenting av informasjon. Det illustrerer at man i en startfase må påregne en del «ekstra» innsats, noe som krever fleksibilitet hos arbeidsgiver, samt hos helsesøstre selv. Fleksibilitet i denne sammenheng fremstår med det som fasilitator for arbeidet med MEST.

Planlegging av året, og å være i forkant, fremstår vesentlig viktigere når man jobber på systemnivå i skolen enn ved «åpen dør» funksjon. Helsesøstre gir uttrykk for at hvis man kommer sent i gang med planleggingen i skoleåret, mister man kontinuitet i systemarbeidet og det blir det en barriere for implementering. Tilsvarende fant man også i det australske programmet KidsMatter. Erfaringen var at tidspunkt for introduksjon av programmet var av viktighet. Det bør være tid til å justere timeplan og tid til å snakke om programmet i forkant slik at personalet er mer innstilt på hva som kommer (Askell-Williams et al, 2013). Noen av helsesøstre kan, med bakgrunn i blant annet logistiske utfordringer, oppleve det som vanskelig å få den ønskelige kontinuiteten i forhold til systemarbeid. Dette funnet er likt det Reuterswärd & Hylander (2017) fant i sin studie; helsesøstre hadde behov for jevnlig møter med skolen, men hadde ikke alltid mulighet for å være med, noe som gjorde det utfordrende å delta aktivt i forhold til helsefremmende arbeid. Skriftlige retningslinjer og avtale om implementering mellom de involverte har vist seg viktig i flere studier (Bruce, Klein & Keleher, 2012; Anwar-McHenry, 2016). En viktig fasilitator i det norske nettverket av helsefremmende skoler var å integrere aktivitetene inn i skolens planer. Det er vurdert som spesielt viktig når aktivitetene som introduseres går på tvers av fagene og ikke er obligatorisk (Viig et al, 2012). Skolene er styrt av planverk i større grad enn helsetjenesten og for å fasilitere planleggingen og samarbeidet med skolen om kartlegging, åpne seminarer og klasseromseminarer, angir flere av helsesøstre at å få innlemmet et omtrentlig forløp av MEST i skolens «årshjul», kunne være hensiktsmessig. En slik plan må, ifølge helsesøstre, tilpasses den enkelte skole og de kontekstuelle forhold blir tydelig her. Det er ikke gjennomførbart å drive MEST med samme intensitet og fremdrift på de ulike skoler og dette kan ha sammenheng med type skole, grad av utfordringer hos elevene, ressurser og logistiske

utfordringer. Det understreker viktigheten av å holde på intensjonen til de som har utviklet og utvikler MEST som et arbeid satt i system, og ikke som et program, da forutsetningene er ulik fra skole til skole.

Lendrum et al (2013) fant at implementering i ungdomsskolen, sammenlignet med barneskole, så ut til å skille seg ut med enda større tidsutfordringer, der det konkurrerer med kravene om gode akademiske resultater. I videregående skole er de akademiske kravene desto større og helsesøstrene opplever at det er av stor betydning hvilket tidspunkt som velges for seminarene. Durlak og DuPre (2008) sier at hva som spesifikt kreves for effektiv implementering avhenger av en kombinasjon av faktorer, fordi den lokale konteksten varierer. Gjennomføring og «bruken» av MEST i praksis må skje i samarbeid med den enkelte skole, og selv om det er noen tidspunkt som passer bedre enn andre, kan man ikke generalisere hvor ofte og på hvilke dager.

7.4 Programintegritet (etterlevelse og kvalitet)

Proctor et al (2011) og Peters et al (2013) beskriver programintegritet som å handle både om etterlevelse, kvalitet og dosering. Da MEST ikke er definert som et program, men som en arbeidsmetode blir det ikke hensiktsmessig å snakke om dosering i kvantitativ forstand. MEST har likevel noen klare intensjoner og det blir slik relevant å snakke om etterlevelse og kvalitet i forhold til intensjonen for MEST.

7.4.1 Etterlevelse

Nåværende forskning viser at programintegritet og tilpasning regelmessig koeksisterer og hver kan være viktige for utfall (Durlak og DuPre, 2008). Det kan være motsetningsfylt både å være tro mot intensjonen og tilpasning til den virkelige verden (Rowling, 2008). Selv om det ikke er en utfordring som lett lar seg løse er høy implementeringsintegritet generelt anbefalt, spesielt for programmer som gjentatte ganger har vist seg å fungere (Law og Shek, 2015). Samtidig argumenteres det for at tilpasning er en nødvendighet. Det er et ønske fra noen av helsesøstrene som implementerer MEST at lærerne skal være med på seminarer, både med

tanke på videreformidling av budskap samt at de også får kunnskap om hvilke verktøy elevene får. Man ser varierende lærerdeltakelse i MEST og dette avhenger til dels av hvor lenge man har holdt på med implementering, men også hvorvidt lærere inviteres spesifikt til de åpne seminarene. Det har også hendt at lærere ikke har deltatt i klasseromsseminarer. Nelausen et al (2011) fant i sin studie av det danske Optur at avklaring av roller ikke hadde vært tydelig nok ved start og at noen av lærerne derfor hadde en lav involvering i programmet. Skal lærerdeltakelse være et sentralt element i MEST, er dette også noe som vil være fordelaktig at avklares i en startfase, da det vil kunne påvirke både etterlevelse, kvalitet og i hvor står grad budskapet i MEST spres.

Når en intervensjon tilpasses er det essensielt å bestemme hvordan og hvilke komponenter som endres og hva som eventuelt legges til av nye elementer (Durlak og DuPre, 2008). Derfor er det essensielt å undersøke underveis hvilken type tilpasninger som gjøres, i stedet for å behandle dem som nederlag der implementering har feilet (Durlak og DuPre, 2008). Forman et al (2009) intervjuet programutviklere der mesteparten fant at det var behov for å endre eller justere formatet eller innholdet i intervensjonene på grunn av problemer som oppstod i forbindelse med implementeringen. I utviklingen av MEST har det blitt færre grupper enn først tenkt og er en tilpasning som er gjort med bakgrunn i manglende interesse fra elevene, men har også sammenheng hva man ser er realistisk å få til. Det har ikke meldt seg så mange elever til gruppene, samtidig ser man at det blir ressurskrevende å ha faste grupper i tillegg til åpne seminarer og klasseromsseminar, spesielt på de største skolene.

7.4.2 Kvalitet

Systemarbeid, i form av å utvikle kartleggingsverktøy, i tillegg til å undervise for store forsamlinger, fordrer en enda mer inngående kompetanse og kan slik sies å stille større krav til spesifikk kompetanse hos de som driver MEST. Helsesøstrene og andre samarbeidspartnere underviser for mange elever, for lærere og for annet personell. Dette krever en visshet om at det som blir sagt er fundamentert i forskningsbasert kunnskap. Tilsvarende har man sett i andre studier, der mulighet for profesjonell utvikling og opplæring i forbindelse med igangsetting av nye initiativer er sentralt (Barry et al, 2013; Whitman et al, 2008; Forman et al, 2009; Durlak og Dupre, 2008). Helsesøstrene må sammenfatte

arbeidserfaring, samt kunnskap fra videreutdanning og oppdatert forskning på området. I tillegg til den enkeltes innsats for å få et bra produkt, vil også nettverket og felles dataplattform påvirke kvaliteten på arbeidet. Tverrfaglighet bidrar til økt kompetanse som kommer elevene til gode og som generalister i et arbeidsfelt blir det kanskje enda viktigere med systematisk tverrfaglig samarbeid. Durlak og DuPre (2008) setter yrkesutøvers mestringstro og profesjonelle ferdigheter i sammenheng med hvorvidt de oppfatter en innovasjon som fordelaktig. Myndiggjøring kan sees på som verdsatte utfall av helsefremming (Nutbeam, 1998) samtidig som det fungerer som en fasilitator både for programintegritet (kvalitet) samt fremmer for videreføring av MEST. Forstår man det i sammenheng med helsesøstres opplevelse av at de blir bedre på det de gjør, kan man også si at nettverksjobbingen både bidrar til bedret kvalitet på innhold, men bygger også opp under mestringstro, samt indirekte under aksept for MEST.

For å videreutvikle kompetanse og kvalitet på arbeidet ønsker flere helsesøstre å hospitere hos hverandre for konkrete tips og inspirasjon. Dette kan også relateres til mestringstro og profesjonell utvikling, for selv om de kan se til hverandres opplegg på felles plattform, sitter flere og lurer på hvordan de andre presenterer det. Nelausen et al (2015) fant at flere lærere ønsket seg muligheten for å se hvordan de andre gjennomførte klasseromsbaserte tema konkret. Owens et al (2014) hevder at profesjonell utvikling bør inkorporere et individuelt fokus, samt konstruktiv feedback etter gjennomføring. Forman et al (2009) fant at personlige karakteristikk som entusiasme og mestringstro og en grunnleggende respekt for elevene var viktig for implementeringen. Helsesøstrene oppgir interesse, engasjement og tro på det du gjør som nødvendige personlige karakteristikk for at det skal være gjennomførbart, men også for at det skal bli kvalitet over det som leveres.

Durlak og DuPre (2008) trekker frem viktigheten av god opplæring som et grunnlag for mestringstro og som en signifikant prediktor for implementering. Å få hospitere hos hverandre vil også gi anledning til å følge med ungdommene i forhold til når de følger godt med og ikke, altså hvilke strategier som fungerer best for å sikre engasjement fra elevene. Noen ønsker i tillegg en tydeligere mal, med et minstekrav på hva som bør være med, samt utførlige notater. Dette kan også tenkes som en kvalitetssikring på innhold og sørge for at det blir en fordeling av teori og praktiske verktøy som tenkt (både kvalitet og etterlevelse).

Skriftliggjøring, spesielt i en innledende fase av implementering, vil ifølge Quirke (2015), både hjelpe med å strukturere arbeidet, samtidig som det øker sjansene for å være tro mot målsetninger og innhold. Å undervise for hverandre kan være en annen måte å jobbe med kvalitet av innhold og fremføring. Selv om helsesøsterutdanningen forbereder studentene til undervisningsarbeid opplever flere at dette er et område de trenger mer trening i. For ytterligere kvalitetssikring blir det trukket frem på intervjuene at det hadde vært en ressurs å ha tilgjengelig databaser, da det ville gjort det lettere å fremskaffe forskningsbasert kunnskap. Tilsvarende fant Dahl & Clancy (2016) i sin studie av intervjuer med helsesøstre, at det er et økt behov for generalisert evidensbasert kunnskap, men da i kombinasjon med bruk av klinisk skjønn. Det kan vurderes som en barriere for kvalitet på tjenestene at kommunal sektor generelt har begrenset tilgang til databaser med forskningsbaserte artikler, særlig når innovativt arbeid skal igangsettes.

Som nevnt over tar det tid å utforme oppleggene og leders fleksibilitet vil derfor også være med å sørge for at arbeidet blir godt kvalitetsmessig. Samarbeid om gjennomføringen av seminarer, med andre faggrupper, mener helsesøstrene også vil være med på å påvirke kvalitet, ved at det gis rom for et mer dynamisk samspill og at de ikke minst kan hjelpe hverandre hvis noen står fast. Videre kan man også diskutere at en støtte på seminarene vil kunne bidra til trygghet i store forsamlinger. Weare og Markham (2005) trekker frem nødvendighet av at primus motor, selv må få nødvendig støtte i et godt arbeidsmiljø for å kunne påvirke andres psykiske helse. Nettverket, som er skapt etter MEST ble startet opp, fremstår som fasilitator for å inneha en primus motor funksjon. Motsatt har studier vist at de som nærmest har et eneansvar for implementering av helsefremmende programmer, fort mister motivasjon og lyst til å fortsette (Evans et al, 2015).

Medbestemmelse og aktivisering for elevene er en form for myndiggjøring som bør tilstrebes (Hall, 2010; Rowling, 2008). Helsesøstrene vektlegger at det foreligger en form for medvirkning ved at elevene selv svarer på kartlegging og med det indirekte får velge hvilke temaer som tas opp. Samtidig trekker noen frem at fokus på elevmedvirkning i det videre er noe som bør fokuseres mer på. Helsesøstrene ønsker å legge til rette for dialog med elevene i den grad det lar seg gjøre. Helsesøstrene opplever at dialog på seminarene skaper mer undring, refleksiv læring og gjør at andre viktige tema også kommer. Det er da de erfarer at

tilbudet blir på sitt beste og de prøver derfor å legge til rette for dialog. Slik kan man også se på delaktighet som en fasilitator for kvalitetsdimensjonen ved programintegritet. Noen uttrykker at å jobbe for økt delaktighet er strategier som bør fokuseres mer på. Eksempler på strategier som bidrar til økt grad av medvirkning er at det som legges frem ikke blir for teoretisk, at det settes av tid til å la elevene diskutere sammen i mindre grupper underveis, at det settes av tid til gruppevisse oppgaver, samt at de får testet ut verktøyene i praksis.

7.5 Dekning

Dekning handler om i hvilken grad de som antas å ha fordeler av programmet faktisk mottar et tilbud (Proctor et al, 2011). I skolesammenheng er det flere ledd og nivåer man skal gå gjennom for å nå frem med informasjon og tilbud til elevene. Utfordringer med å nå ut med informasjonen i skolen oppgis også av helsesøstre i denne studien. Hvorvidt man opplever å ha tilgang til de rette kanaler varierer fra skole til skole og hvor lenge de respektive skoler har holdt på med MEST. Man ser fra flere studier at skolene opplever at informasjon og/eller opplæring som gis ikke har vært tilstrekkelig eller kan bli tydelig nok (Humphrey et al, 2010; Humphrey et al, 2013; Quirke, 2015). Igjen vil formalisering av hva innholdet av MEST innebærer på den enkelte skole kunne være en strategi som bør fokuseres på. Å skape direkte dialog med avdelingslederne erfarer helsesøstrene er viktig for informasjonsformidling til resten av skolepersonalet. Samtidig er det å skape direkte dialog med lærerne en ytterligere fasilitator for at informasjonen skal nå frem og at flest mulig elever får deltatt på kartlegging og seminarer – og med det sørge for at MEST har en reell universell dekning. Å være proaktiv der de selv skaper seg tilgang til fellesmøter, fasiliterer informasjonsflyten. Kontinuerlig å drive markedsføring av kartlegging, seminarer og grupper er en strategi som også kan diskuteres er viktig for dekning. Uten å være en selger av helsefremmende tjenester reduserer man også muligheten for å få gjennomført de klasseromseminarene man ønsker.

Samtidig eksisterer det noen barrierer for informasjonsflyt, som igjen vil kunne påvirke dekning, og det er variasjon fra skole til skole. Logistikk og tidsaspektet når man er på flere skoler kan være utfordrende og kanskje i større grad for systemarbeid enn ved åpen-dør funksjon. Det har vært eksempler på at ledelsen ikke har funnet tid til å diskutere MEST på møter. Dette oppfattes ikke som uvilje, men vil likevel fungere hemmende på

implementeringsprosessen. Forman et al (2009) fant at programutviklere opplevde passiv motstand fra administrasjon og lærere som barriere for implementering. Det at helsesøster får egne tilganger til felles informasjonssystemer vil kunne fungere som en fasilitator, da det både gjør arbeidet mindre avhengig av andre, samtidig at man får sjekket at informasjonen faktisk kommer ut når den skal.

Det er mange plattformer og det blir opp til helsesøstrene å finne ut hvilken arena elevene best nås på. Ved å invitere seg inn i alle klasser har helsesøstrene lyktes med å få en høy svarrespons og et godt utgangspunkt for å drive mest mulig målrettet. Ikke minst gir det å gå ut i klassene en helt annen mulighet til å møte elevene slik at de blir et kjent ansikt for flere enn de som oppsøker helsesøster selv. En viktig strategi blir å snakke med elevene da de er ekspertene på seg selv. Medvirkning er også et viktig element av myndiggjøring og utvikling av god psykisk helse (Hall, 2010). Elevene er best til å si hvordan de skal nås både i konkret og motivasjonsrelatert betydning. For å få elevene til å komme på de åpne seminarene jobber helsesøstrene med å finne navn på seminarene som appellerer til ungdommene. Behovet for å jobbe med gode merkelapper melder seg spesielt når temaer er av mer sensitiv art som for eksempel kroppsbilde. Også her vil man kunne si at elevene best kan avklare hva som fenger. Det varierer i hvor stor grad man bruker elevrådet til å komme med ideer og det fremstår slik at elevmedvirkning i forhold til utforming er et punkt man fortsatt kan videreutvikle. For å få elevene til å komme, må seminarene legges slik at det ikke blir tydelig at de går, noe de vil kunne oppleve som stigmatiserende. På skoler må man også ta hensyn til at det er mange elever og sørge for å legge det opp slik at alle får deltatt på de åpne seminarene. Det blir tydelig at skolens fleksibilitet, eller manglende fleksibilitet i forhold til tidspunkt for de åpne seminarene, er av stor betydning for hvor mange som faktisk kommer. Helsesøstrene må bruke tid på å finne ut hva som passer best på sin skole.

7.6 Videreføring og bærekraft

De ulike implementasjonsutfall vil være gjensidig påvirkende (Proctor et al, 2011) og det gir seg spesielt til uttrykk når det kommer til videreføring. Støtte hos rektor, lærere, opplæring med god kvalitet til nye ansatte, lite utskiftning av personale og nødvendig økonomiske ressurser er styrende for et initiativs bærekraft (Forman et al, 2009). Faktorer som også blir

viktige i flere av de nevnte implementasjonsutfall. Owens et al (2014) fant at avgjørelser tatt ut i fra lokale data og lokal kontekst var vanlig hos skoler der videreføringen fant sted. Slik kan faktorer som påvirker aksept, gjennomføring og implementasjonsintegritet også kunne påvirke hvorvidt et initiativ har bærekraft og videreføres.

Det gir en økt arbeidsglede å samarbeide systematisk med andre helsesøstre, fysioterapeuter og skole. Arbeidsglede fremmer også videre arbeid og kan derfor både vurderes til å være et utfall av systemarbeidet samtidig som det er fasilitator for videre implementering.

Helsesøstrenes opplevelse av nettverk, både imellom helsesøstre og tverrfaglig, gjør at de tenker det er et samarbeid som ikke stopper opp, og etableringen av nettverk sett fremstår som en fasilitator for videreføring. Et effektivt program vil sannsynligvis både bli bedre implementert og kunne videreføres når samarbeidende metoder har blitt brukt (Durlak og DuPre, 2008). Dette taler for formen til MEST og hvordan det har blitt implementert. Det gjør seg avhengig av et samspill og samarbeid med andre helseprofesjoner, skolepersonell og elever.

Å jobbe med fornying kan relateres til engasjement for videreføring og bærekraft i et initiativ. Helsesøstrene opplever at det blir viktig å drive fornying både for seg selv og elevene. Ungdommer er en gruppe som lærer raskt og kjeder seg fort hvis det blir for mye av det samme. Stewart (2008) fant at skolens tidligere erfaringer også kunne påvirke gjennomføring der man så at skoler, som ikke hadde gjennomført tilsvarende eller andre typer prosjekter før, hadde større grad av innovasjon og engasjement i gjennomføringen. Dette innebærer igjen en bevissthet rundt hvordan sørge for å holde på engasjement, iver og innovative tanker versus struktur og fasthet i opplegg. Stewart (2008) så også i sin studie at det var viktig med felles rammer for implementering men også å gi rom for innovasjon for et fortsatt engasjement.

Utskiftning av personale vil kunne hemme kontinuitet og videreføring (Durlak og DuPre, 2008; Owens et al, 2014). For implementering av MEST trekkes det frem at det for videreføring er viktig å være klar over helsesøsters funksjon som primus motor. Det blir viktig med tanke på at det legges til rette for kontinuitet og en forståelse hos nye helsesøstre at dette er slik man ønsker at det skal jobbes i videregående skole. Det taler for å jobbe med forslag til

plan for implementering, skriftliggjøring av undervisningsopplegg og felles tilgang til disse. Det vil gjøre det lettere for andre å overta systemarbeidet ved sykdom eller annet fravær, eller når det kommer nye i en stilling. Samtidig blir det kanskje enda viktigere at skriftliggjøringen gjøres konkret nok, som diskutert under avsnittet om kvalitet. Dette vil kunne bidra til at arbeidsprosessene ikke stopper opp ved turn over. En cirka plan på når kartlegging og de åpne seminarene skal være, kan også gjøre det lettere for andre å ta over arbeidet, slik at prosesser ikke må startes på nytt. Tilsvarende finner man i andre studier at ved komplekse initiativer er det viktig at man er tydelig på hva som minst bør være med slik at det ikke gjøres uheldige tilpasninger som kan få konsekvenser for utfall (Humphrey et al, 2010; Nelausen et al, 2011).

Største indikator for videreføring ut fra programutvikleres ståsted, var synlige utfall eller programmets påvirkning (Forman et al, 2009). I det norske nettverket av helsefremmende skoler var det positivt og en fasilitator for videreføring at det å være en helsefremmende skole gir et godt renommé (Viig et al, 2012). Programutviklere så et behov for å sørge for at programutfall var synlig for ulike interessenter for best mulig bærekraft og videreføring (Forman et al, 2009). I sammenheng med MEST, taler det for å profilere de endringer som har funnet sted og tiltak som er satt i gang. Hva skoler har gjort kan også inspirere til igangsetting av lignende tiltak på andre skoler. Det at flere gutter tar kontakt med helsesøster, forbedret søvnmønster, tilbud om studieteknikk (med tanke på eksamensstress og angst), folkehelsedager, tiltak for å motvirke ensomhet i friminutt, innsats mot lav gymdeltakelse og at lærere bruker helsesøster mer, er alle endringer man har sett i kjølvannet av MEST.

7.7 Sterke og svake sider ved studien

Det er mange utfordringer rundt evaluering av initiativer som har som mål å fremme god psykisk helse i skolen. Dette inkluderer; debatter rundt kompleksiteten av influerende faktorer, viktigheten av å undersøke skolebasert implementering i sin spesifikke kontekst, ta i bruk ulike evalueringsmetoder som kan fange kompleksiteten av faktorene samt debatter rundt å måle suksess ut fra mål på psykisk helse eller utdanningsmål (Nutbeam, 1998; Rowling og Mason, 2005). Denne studien har med et slikt perspektiv noen begrensninger. Masteroppgavens omfang, samt tidspunkt for prosjektstart, ga ett sett med rammefaktorer og det er flere momenter ved metoden som kan diskuteres. Det ville vært hensiktsmessig å

sammenligne helsesøstrenes erfaringer med skolepersonalets, elevenes samt andre samarbeidspartneres erfaringer med implementeringen. Å intervju alle involverte parter ville gitt et mer helhetlig bilde av faktorer som hemmer og fremmer implementering av MEST. Det ville også bidratt til å validere svar på spørsmål som i stor grad også handler om andres oppfatninger, som *aksept* for eksempel. *Nytte* verdien av MEST vil kanskje også gitt andre svar ved å spørre elever og lærere enn ved å spørre helsesøstrene.

Det er utfordrende å finne metoder som følger gangen og endringene i helsefremmende prinsipper og praksis (Stewart, 2008). Rammen var å intervju i et tidsrom på 4 måneder, noe som gjorde det vanskelig å få intervjuet en og samme person ved prosjektstart og slutt. Intervjuer på ett tidspunkt gir ikke mulighet for å se tendensen i endringen i seg selv, men ut ifra det informantene selv tenker har endret seg. Samtidig kan noen endringer antydes med tanke på at de ulike skoler har kommet ulikt i implementeringen. Det må likevel utvises en forsiktighet i å tolke dette med tanke på de ulike kontekstuelle forhold ved hver enkelt skole som kan spille inn.

En styrke ved studien og metoden er at det er de som selv implementerer MEST som intervjues. Helsesøstrene har en nærhet til implementeringsprosessene og kjenner skolekonteksten. Gjennomførbarhet, samt hvilke strategier de opplever fungerer i arbeidet med MEST vil helsesøster ha de beste forutsetninger for å besvare.

8 Konklusjon

En skolebasert tilnærming til psykisk helsefremmende arbeid møter mange utfordringer assosiert med mangfoldet av interessenter, behov og ressurser (Askill-William et al, 2013). Implementeringsforskning som et ledd i å fastslå og rette innsats mot disse utfordringene er derfor av stor betydning for å kunne nå målet om bedre psykisk helse.

Implementeringsutfallene aksept, nytte, gjennomførbarhet, programintegritet og dekning utgjør deler av et konseptuelt rammeverk som kan tas utgangspunkt i for å undersøke implementering. I denne studien ser man at det er utfordringer relatert til implementering av helsefremmende initiativer i skolen som kontekst. Samtidig fremkommer det også tydelig mange faktorer som parallelt fungerer både som fasilitatorer og utfall for implementering av psykisk helsefremmende arbeid.

Flere dimensjoner gjennom de kvalitative intervjuene vurderes til å fungere som fasilitatorer for aksept; lokalt eierskap, elevmedvirkning, emosjonelt engasjement hos skolepersonell og forenkling av psykisk helsebegrepet som konkretiserer og gjør det enklere å forstå hva det jobbes mot. Konkretisering gjennom kartlegging og tema på seminarer kan vurderes til å være et bindeledd mellom skole og helse, som igjen bidrar til et mindre skille mellom skole- og helsefaglige mål. Andre faktorer som fungerer som fasilitatorer for aksept er; støtte hos både helsefaglig og skolefaglig ledelse, personlig interesse og engasjement hos helsesøster selv og fleksibilitet i arbeidsprosessen. Barrierer for aksept er at innovativt systemarbeid, der helsesøster sees på som «primus motor», kan være energikrevende og at passiv motstand fra lærere vil gi utfordringer med tanke på gjennomføring. Nettverket som er skapt både helsesøstrene imellom men også med andre faggrupper, gjør det lettere å inneha en «primus motor» funksjon, da man får en opplevelse av å være flere om arbeidet.

Strategier for økt aksept er å ha fokus på å markedsføre MEST, der kobling mellom basale behov, psykisk helse og læring tydeliggjøres. Når man er ny som helsesøster er det i tillegg spesielt viktig å jobbe bevisst med relasjonsbygging ved å være til stede i skolemiljøet.

MEST som arbeidsmetode, har en nytteverdi for flere av de involverte. Helsesøstrene får en indikator på hva de skal jobbe med fra år til år og helsesøstrene opplever at de når flere av ungdommene med en universell tilnærming. Sentralt og vurdert til å være et viktig funn er at systemarbeid har bidratt til større grad av nettverksjobbing som igjen bidrar til inspirasjon og økt trivsel på jobb. Dette er ikke bare nyttig for helsesøstrene, men også viktig for videreføring av initiativer som MEST.

For å øke grad av gjennomførbarhet har de som implementerer løst utfordringene ved å ha en felles plattform med deling av dokumenter, noe som effektiviserer arbeidsprosesser i stor grad. Samtidig er det logistiske utfordringer knyttet til gjennomføringsgrad og her er det kontekstuelle ulikheter mellom skolene.

Selv om MEST ikke beskrives som et program, kan det være en fordel å ha en bevissthet rundt hvordan intensjonen til MEST etterleves. Noen elementer peker seg ut som spesielt viktige; kartlegging blir et sentralt moment å ta med seg videre i arbeidet med MEST. Samtidig styres etterlevelse av både tilbakemelding og realisme i forhold til hva som er mulig å få til.

Foreslåtte strategier i det videre, som omhandler kvalitet, er å få til en enda tettere dialog med elevene, både på seminarer men også rundt utviklingen av seminarene, at helsesøstre hospiterer hos hverandre, samt lage en mal på et utgangspunkt for hva som minimum bør være med.

Dekning handler om strategier og mulighet for å nå frem hos elevene og skolen. Logistiske utfordringer er til stede og det er ikke alltid mulighet til å få promotert så godt som ønskelig. Egne tilganger til informasjonssystemer vil kunne fasilitere arbeidet ved at helsesøstre gjøres mer selvstendig i og får forsikret seg om at elevene vet når det er seminar. Det at helsesøstre møter i klassene, og med det blir et kjent fjes for alle elevene, er en strategi de ser har fungert i forhold til høy svarrespons etter kartlegging, og er noe de ønsker å fortsette med.

9 Litteraturliste

Aarons, G. A. & Palinkas, L. A. (2007). Implementation of evidence-based practice in child welfare: Service provider perspectives. *Mental Health Services Research*, 34, 411-419.

Adelman, H. S. & Taylor, L. (1999). Mental health in schools and system restructuring. *Clinical Psychology Review*, 19, 137-163.

Anwar-McHenry, J., Donovan, R. J., Nicholar, A., Kerrigan, S., Francas, S. & Phan, T. (2016). Implementing a Mentally Healthy Schools Framework based on the population wide Act-Belong-Commit mental health promotion campaign: a process evaluation. *Health Education*, 116, 561-579.

Askill-Williams, H., Dix, K.L, Lawson, M. J. & Slee, P. T. (2013). Quality of implementation of a school mental health initiative and changes over time in students' social and emotional competencies. *School Effectiveness and School Improvement*, 24, 357-381.
doi: 10.1080/09243453.2012.692697.

Barry, M.M., Clarke, A.M., Jenkins, R. & Patel, V (2013). A systematic review of the effectiveness of mental health promotion interventions of mental Health promotion interventions for young people in low and middle income countries. *BMC Public Health*, 13, 835.

Bruce, E., Klein, R. & Keleher, H. (2012). Parliamentary inquiry into Health Promoting Schools in Victoria: Analysis of stakeholder views. *Journal of School Health*, 82, 441-447.

Clancy, A. (2010). Perceptions of public health nursing practice. On boards and boundaries, visibility and voice. Doctoral thesis at the Nordic School of Public Health. Gothenburg. Sweden.

Comiskey, C. M., O'Sullivan, K., Quirke, M.B., Wynne, C., Hollywood, E. & McGilloway, S. (2015). An analysis of the first implementation and impact of the World Health Organisation's health promoting school model within disadvantaged city schools in Ireland.

Curran, G. M., Bauer, M., Mittman, B., Pyne, J. M. & Stetler, C. (2012). Effectiveness-implementation hybrid designs: combining elements of clinical effectiveness and implementation research to enhance public health impact. *Medical Care*, 50, 217-226.

Dahl, B.M. & Clancy, A. (2016). Meanings and identity in public health nursing in a time of transition: interpretations of public health nurses' narratives. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 29, 679-687. Doi: 10.1111/Scs.12196.

Davis, F. (1993). User acceptance of information technology: System characteristics, user perceptions and behavioral impacts. *International Journal of Man-Machine Studies*, 38, 475-487.

Dix, K. L., Slee, P. T., Lawson, M. J. & Keeves, J. P. (2012). Implementation quality of whole-school mental health promotion and students' academic performance. *Child and Adolescent Mental Health*, 17, 45-51.

Donovan, R.J., Henley, N., Jalleh, G., Silburn, S. R., Zubrick & Williams, A. (2007). People's beliefs about factors contributing to mental health: implications for mental health promotion. *Health Promotion Journal of Australia: Official Journal of Australian Association of Health Promotion Professionals*, 18, 50-6.

Donovan, R.J., Anwar-McHenry, J. (2014). «Act-belong-commit: lifestyle medicine for keeping mentally healthy». *American Journal of Lifestyle Medicine*, 8 (1), 33-42.

Durlak, J. A., Dupre, E. P.(2008). Implementation Matters: A Review of Research on the Influence on Program Outcomes and the Factors Affecting Implementation. *American Journal of Community Psychology*, 41, 327-350. doi:10.1007/s10464-008-9165-0

Dusenbury, L., Branningan, R., Falco, M. & Hansen, W.B. (2003). A review of Research on fidelity of implementation: Implications for drug abuse prevention in school settings. *Health Education Research*, 18, 237-256.

Eccles, M. P., Armstrong, D., Baker, R., Cleary, K., Davies, H. Davies, S., Gasziou, P., Ilott, I., Kinmonth A. L. L, Leng, G., Logan, S. Marteau, T., Michie, S. Rogers H., Rycroft-Malone, J. & Sibbald, B. (2009). An implementation Research Agenda. *Implementation Science*, 4, 1-7.

Evans, R., Murphy, S., Scourfield, J. (2015). Implementation of a School-Based and Emotional Learning Intervention: Understanding Diffusion Process Within Complex systems. *Prevention Science*, 16, 754-764. Doi: 10.1007/s11121-015-0552-0.

Folkehelseinstituttet (2011). *Bedre føre var - Psykisk helse: helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger* (Rapport: 2011:1). Hentet fra

<https://www.fhi.no/publ/2011/bedre-fore-var---psykisk-helse-hels/>

Folkehelseinstituttet (2015). *Helsetilstanden i Norge. Psykisk helse hos barn og unge* (Folkehelse rapporten 2014:4). Hentet fra

<https://www.fhi.no/nettpub/hin/helse-og-sykdom/psykisk-helse-hos-barn-og-unge---fo/>

Folkehelseinstituttet (2017). Faktaark: Faktaark om livskvalitet og trivsel hos barn og unge. Hentet fra

<https://www.fhi.no/fp/barn-og-unge/oppvekst/fakta-om-livskvalitet-og-trivsel-ho/>

Forman, S., Olin, S., Hoagwood, K., Crowe, M. & Saka, N. (2009). Evidence-Based Interventions in Schools: Developers' Views of Implementation Barriers and Facilitators. *School Mental Health*, 1, 26-36. doi: 10.1007/s12310-008-9002-5.

Graham, A., Phelps, R., Maddison, C., Fitzgerald, R. (2011). Supporting Children's mental health in schools: Teachers views. *Teachers and teaching*, 17, 479-496, doi: 10.1080/13540602.2011.580525

Hall, S. (2010). Supporting mental health and wellbeing at a whole school level: listening to and acting upon children's views. *Emotional and Behavioural Difficulties*, 15, 323-339. doi: 10.1080/13632752.2010.523234

Harz, I., Skurtveit, S., Hjellvik, V., Furu, K., Nesvåg, R. & Handal, M. (2016). Antidepressant drug use among adolescents during 2004-2013: a population-based register linkage study. *Acta Psychiatrica Scandinavia*. Doi: 10.1111/acps.12633.

Helsedirektoratet (2016). Prinsipper for tiltaksutforming. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/folkehelsearbeid-i-kommunen/veivisere-i-lokale-folkehelsetiltak/prinsipper-for-tiltaksutforming>

Helsedirektoratet (2017). *Nasjonal faglig retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten>

Helse- og omsorgsdepartementet (2015). *Folkehelsemeldingen – Mestring og muligheter* (Meld. St. Nr 19 2014-2015). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-19-2014-2015/id2402807/>

Helse- og omsorgsdepartementet (2015b). *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet* (Meld. St. Nr 26 2014-2015). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-26-2014-2015/id2409890/>

Helse- og omsorgstjenesteloven. Lov 24. juni 2011 nr 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30#KAPITTEL_3

Herrman, H. & Jané-Llopis, E. (2012). The status of Mental Health promotion. *Public Health Reviews*, 34, 1-21.

Humphrey, N., Lendrum, A., & Wigelsworth, M. (2010). Social and emotional aspects of learning (SEAL) programme in secondary Schools: National Evaluation. London: Department for Education. Hentet fra <https://www.gov.uk/government/publications/social-and-emotional-aspects-of-learning-seal-programme-in-secondary-schools-national-evaluation>

Koller, J. R. & Svoboda, S. K. (2002). The application of a Strengths-Based Mental Health Approach in Schools. *Childhood Education*, 78, 291-294. doi: 10.1080/00094056.2002.10522744.

Kvale, S., Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Law, B. M. F. og Shek, D. T. L. (2011). Process Evaluation of a Positive Youth Development Program: Project P.A.T.H.S. *Research on Social Work Practice*, 21, 539-548.

Lendrum, A, Humphrey, N., Wigelsworth, M. (2013). Social and emotional aspects of learning (SEAL) for secondary schools: implementation difficulties and their implications for school-based mental health promotion. *Child and Adolescent Mental Health, 18*, 158-164.

Macnab, A. J., Gagnon, F. A., Stewart, D. (2014). Health promoting schools: consensus, strategies and potential. *Health Education, 114*, 170-185.

Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. En innføring. Oslo: Universitetsforlaget.

Markussen, E. & Seland, I. (2012). *Å redusere bortvalg – bare skolens ansvar? En undersøkelse av bortvalg ved de videregående skolene i Akershus fylkeskommune skoleåret 2010-2011* (NIFU-rapport 2012:12). Hentet fra <https://brage.bibsys.no/xmlui/handle/11250/280856>

Menneskerettsloven. Lov 21. mai 1999 nr 30 om styrking av menneskerettighetenes stilling i norsk rett. Vedlegg 8. FNs konvensjon om barnets rettigheter med protokoller (norsk oversettelse). FNs konvensjon om barnets rettigheter av 20. november 1989. Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-05-21-30/*#*

Mukoma, M. & Flisher, A. J. (2004). Evaluations of health promoting schools: a review of nine studies. *Health promotion International, 19*, 357-368.

Nelausen, M., Meilstrup, C. & Nielsen, L. (2011). Proessevaluering 2010-2011: Indsats til fremme af elevers psykiske trivsel. Hentet fra <http://www.si.folkesundhed.dk/Udgivelser/B%C3%B8ger%20og%20rapporter/2011/Procesevaluering%202010-2011,-c-,%20Indsats%20til%20fremme%20af%20elevers%20psykiske%20trivsel.aspx>

Nielsen, L., Meilstrup, C., Kubstrup, Nelausen, M., Koushede, V. & Holstein, B. E. (2015). Promotion of social and emotional competence. Experiences from a mental health intervention applying a whole school approach. *Health Education, 115*, 339-356.

NTNU Senter for helsefremmende forskning (2016). Health Promotion Worthwhile? Hentet fra <https://www.ntnu.edu/chpr/health-promotion-worthwhile>

Nutbeam, D (1998). "Evaluating health promotion – progress, problems and solutions". *Health Promotion International, 13*, 27-44

Owens, J. S., Lyon, A. R., Brandt, N. E., Warner, C. M., Nadeem, E., Spiel, C. & Wagner, M. (2014). Implementation Science in School Mental Health: Key Constructs in a Developing Research Agenda. *School Mental Health, 6*, 99-111.

Paternite, C. E., & Johnston, T. C. (2004). Rationale and Strategies for Central Involvement of Educators in Effective School-Base Mental health Programs. *Journal of Youth and Adolescence, 34*, 41-49. Doi: 10.1007/s 10964-005-1335-X

Paulus, P. (2009). «Mental health – backbone of the soul? », *Health education, 109*, 289-298.

Peters, D., H., Tran, N., T. & Adam, T. (2013). Implementation Research in Health. A practical guide. Hentet fra who.int/alliance-hpsr/alliancehpsr_irpguide.pdf

Proctor, E., Silmere, H., Raghavan, R., Hovmand, P., Aarons, G., Bunger, A., Griffey, R. & Hensley, M. (2011). Outcomes for implementation research: conceptual distinctions, measurement challenges and research agenda. *Administration and Policy in Mental Health, 38*, 65-76.

Proctor, E. K., Powell, B. J. & McMillen, C. (2013). Implementation strategies: recommendations for specifying and reporting. *Implementation science*, 8, 139. doi: 10.1186/1748-5908-8-139.

Quirke, M. B. C. (2015). *An evaluation of the effect of a health promoting school approach, The Healthy Schools Programme, on the psychological health and well-being of primary school-aged children* (PhD Dissertation). National University of Ireland, Maynooth.

Reuterswärd, M. & Lagerström, M. (2010). The aspects school health nurses find important for successful health promotion. *Scandinavian Journal of Caring Science*. Doi: 10.1111/j.1471-6712.2009.00699.x.

Reuterswärd, M. & Hylander, I. (2017). Shared responsibility: school nurses' experience of collaborating in school-based interprofessional teams. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 31, 253-262. Doi: 10.1111/scs.12337.

Rowe, F., & Stewart, D. E. (2011). Promoting connectedness through whole-school approaches: key elements and pathways of influence. *Health Education*, 111, 49-65.

Rowling, L. (2008). Prevention Science and Implementation of School Mental Health Promotion: Another way. *Advances in School Mental Health Promotion*, 1, 29-37.

Rowling, L., & Mason, J. (2005). A case Study of Multimethod Evaluation of Complex School Mental Health Promotion and Prevention: The MindMatters Evaluation Suite. *Australian Journal of Guidance & Counselling*, 15, 125-136.

Rowling, L., & Samdal, O. (2011). Filling the black box of implementation for health-promoting schools. *Health Education*, 111, 347-362.

Senior, E. (2012). Becoming a health promoting school: key components of planning. *Global Health Promotion, 19*, 23-31.

Shek, D. T. L. & Yu, L. (2011). Prevention of Adolescent Problem Behavior: Longitudinal Impact of the Project P.A.T.H.S. in Hong Kong. *The Scientific World Journal, 11*, 546-567.

Stewart, D. (2008). Implementing mental health promotion in schools: a process evaluation. *International Journal of Mental Health Promotion, 10*, 32-41.

Stewart, D. (2014). "Resilience: an entry point for African health promoting schools?". *Health education, 114*, 197-207.

Stewart, D., Sun, J., Patterson, C., Lemerle, K. & Hardie, M. (2004). Promoting and Building Resilience in Primary School Communities: Evidence from a Comprehensive "Health Promoting School" Approach. *International Journal of Mental Health Promotion, 6*, 26-33.

Sun, J. & Stewart, D. (2007). Development of population based resilience measures in the primary school setting. *Health Education, 107*, 575-99.

Terre, L. (2008). Back-to-School Health Promotion. *American Journal of Lifestyle Medicine, 2*, 402-405.

Viig, N.G. & Wold, B. (2005). Facilitating Teacher's Participation in School-Based Health Promotion - A qualitative study. *Scandinavian Journal of Educational Research, 49*, 83-109

Viig, N. G., Tjomsland, H. E. & Wold, B. (2010). Program and School Characteristics Related to Teacher Participation in School Health Promotion. *The Open Education Journal, 3*, 10-20.

Viig, N. G., Fosse, E., Samdal, O. & Wold, B. (2012). Leading and supporting the Implementation of the Norwegian Network of Health Promoting Schools. *Scandinavian Journal of Educational Research*, 56, 671-684. Doi: 10.1080/00313831.2011.621139

Weare, K., & Markham, W. (2005). What do we know about promoting mental health through schools? *IUHPE- Promotion & Education*, 11, 3-4.

Weare, K., & Nind, M. (2011). Mental health promotion and problem prevention in Schools: What does the evidence say? *Health Promotion International*, 26, 1. Doi: 10.1093/heapro/dar075

Wells, J., Barlow & Stewart-Brown (2003). A systematic review of universal approaches to mental health promotion in schools. *Health Education*, 103, 197-220.

Whitehead D. (2006). The health promoting schools. What role of nursing? *Journal of Clinical nursing*, 15, 264–271.

WHO (2009). *Health Promoting Schools: A Framework for Action*. Hentet fra:

http://www.wpro.who.int/health_promotion/documents/docs/HPS_framework_for_action.pdf?ua=1

Whitman, C.V., Aldinger, C., Zhang, Xin-Wei & Magner, E. (2008). Strategies to address mental health through Schools with examples for China. *International Review of Psychiatry* 20, 237-249. Doi: 10.1080/09540260801994649.

WHO (2013). Mental Health Action Plan 2013-2020. Hentet fra

http://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/en/

WHO (2016a). Fact sheet. Adolescents` mental well-being. Hentet fra http://www.euro.who.int/en/pdf-search?q=mental+health+adolescence&site=euro_pdf&client=euro_pdf&proxystylesheet=euro_pdf&output=xml_no_dtd&filter=0

WHO (2016b). Global Health Observatory (GHO) data. World Health Statistics 2016: Monitoring health for the SDGs. Kapittel 6. Hentet fra http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2016/en/

WHO (2016c). Mental health. Maternal and child health. Hentet fra http://www.who.int/mental_health/maternal-child/en/

WHO (2016d). Mental health. Child and adolescent mental health. Hentet fra http://www.who.int/mental_health/maternal-child/child_adolescent/en/

WHO (2016e). Mental health: strengthening our response. Fact sheet. Hentet fra <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/>

WHO (2016f). Health promotion. The Ottawa Charter for Health Promotion. Hentet fra <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>

WHO (2016g). Health Promotion. Hentet fra http://www.who.int/topics/health_promotion/en/

WHO (2016h). School and youth health. Global school health initiative. Hentet fra http://www.who.int/school_youth_health/gshi/en/

WHO (2016i). School and youth health. What is a health promoting school? Hentet fra http://www.who.int/school_youth_health/gshi/hps/en/

WHO (2017). What is the WHO definition of health? Hentet fra <http://www.who.int/suggestions/faq/en/>

Vedlegg 1

Forespørsel om individuelt intervju

Bakgrunn

Jeg er masterstudent i Helsevitenskap på NTNU og henvender meg med dette for å spørre om du kunne tenke deg å stille til et individuelt intervju i tilknytningen til iverksettingen av MEST

I NTNU senter for helsefremmende forskning sitt prosjekt er målet å undersøke hvilke individuelle og kontekstuelle faktorer, i tilknytning til psykisk helse, som er viktig hos ungdom. Det skal også forskes på hvordan MEST erfarer av ungdom. I masterprosjektet er det ønskelig å undersøke helsesøstres perspektiv og erfaringer med implementeringen av MEST.

Formålet med studien

Det er ønskelig å se på de faktorene som er med på å påvirke implementeringen av MEST. Altså hvilke faktorer som er med på å drive arbeidet fremover og hvilke barrierer dere som helsesøstre har møtt. Ved å analysere informasjon fra intervjuer vil det kunne være et bidrag i det videre systematiske arbeidet med MEST. Reflektoriske prosesser i intervjusituasjonen, kan i seg selv være nyttige både for den som blir intervjuet og den som intervjuer.

Hva innebærer deltakelse.

Det innebærer ca 1 times individuelt intervju, ledet av masterstudent, og vil da omhandle prosessene med implementeringen av MEST. Sted og tid bestemmes av dere selv.

Prosjektet er meldt inn til Norsk Senter for forskningsdata og det foreligger godkjenning til å starte datainnhenting. Informasjonen vil bli behandlet konfidensielt. Det vil være jeg og veileder/e som har tilgang til materialet. Selve intervjuet tas opp på lydbånd. Etter intervjuene vil dataene transkriberes og lydfil vil slettes. I transkriberingen vil ikke navn skrives på dokumentet. Ved videre analysering holdes også data anonyme. Det transkriberte materialet vil slettes når prosjektet er ferdig.

Mulige fordeler og ulemper

Det er ingen kjente ulemper med intervju, men det vil ta litt av arbeidstiden din. Fordel vil kunne være at det setter i gang nye refleksjoner vedrørende egne arbeidsprosesser.

Frivillig deltakelse

Dersom du ønsker å delta signerer du samtykke nederst på arket. Dette tas med til et eventuelt intervju. Det er frivillig deltakelse i studien og du kan når som helst trekke deg uten å oppgi noen årsak til dette. Dersom du trekker deg fra studien slettes datamaterialet knyttet til deg.

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

Hege Riis Corneliusen, masterstudent

Tlf: 93208709/Mail: hcorneliusen@yahoo.com

Eller

Veileder;

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

Tlf: 90165153/mail: geirae@svt.ntnu.no

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt informasjon om studien og ønsker å delta på intervju

.....

Sted/dato

.....

Underskrift

Vedlegg 2

Intervjuguide

(muntlig intro om hensikt med intervjuene, krav om konfidensialitet, rom for spørsmål før vi begynner, underskrift på samtykke)

Innledende spørsmål:

Kan du begynne med å si litt om skolen du jobber på?

Kan du fortelle litt om hvordan arbeidet med MEST startet for deg? (Hva har vært og er viktig å tenke på i en startfase? Hvordan jobbet du for å fange interesse?)

Hvor er du i prosessen i forhold til mest nå?

Hva er MEST for deg?

Hovedspørsmål:

Dere startet ut med et sett med målsetninger og tanker om hvordan dere ville gjennomføre prosjektet.

Vil du si litt om disse målsetningene og om dere jobber etter de opprinnelige målsetningene?

Hvis det er gjort endringer hva er i tilfelle bakgrunnen for det?

Kan du si litt om hvordan du opplever at MEST passer inn i skolen som setting? Hvilke elementer gjør arbeidsmåten egnet og hva er vanskeligere å få gjennomført?

Samarbeid med skolen

Hva mener du har vært essensielt for at skolene har vært villig til å satse på MEST?

Hvem samarbeider du med på skolen og hvordan foregår dette samarbeidet?

Hva vil du si er viktige forutsetninger for å samarbeide med skolen om implementering av nye tiltak som MEST?

Hvilke arenaer deltar du på?

Kan du si noe om i hvilken grad skolen deltar på MEST?

Hva kan skape hindringer/barrierer i samarbeidet med skolen når det gjelder gjennomføring av MEST? Hvordan flyter informasjonen?

Dersom det er noe i samarbeidet med skolen som ikke har fungert - hva tror du kunne vært gjort annerledes?

Hva vil kreves for at MEST kan bli godt implementert i skolen på lang sikt?

Samarbeid med andre helsesøstre:

Hva vil du si er viktige aspekter for å skape et godt samarbeid mellom helsesøstrene når det gjelder kvalitet og gjennomføring av MEST?

Kan du fortelle litt om hvordan dere eventuelt samarbeider om utvikling av innholdet i MEST?

Hvilket kunnskapsgrunnlag /teoretisk rammeverk ligger til grunn for innhold?

Kan du fortelle litt om hvordan dere eventuelt samarbeider om gjennomføringen av MEST?

Hvordan løses planlegging når dere er ulike steder geografisk? Hva har fungert godt og hva har ikke fungert så godt? Treffes dere ofte nok? Hva vil være det ideelle her?

Hva kan skape hindringer/barrierer i samarbeidet mellom helsesøstrene når det gjelder gjennomføring av MEST?

Dersom det er noe i samarbeidet som ikke har fungert - hva tror du kunne vært gjort annerledes?

Samarbeid med elevene

Hvilken respons har dere fått fra ungdommene når det gjelder MEST?

Hvordan har denne responsen eventuelt påvirket arbeidet med MEST? Legges det til rette for tilbakemeldinger?

Hvordan opplever du at det legges til rette for elevenes delaktighet?

Hva tenker du om rekruttering av elever? Når dere klarte å rekruttere mange, hva tror du var de utslagsgivende faktorene her?

Hvordan markedsfører dere MEST? Plattformer?

Andre samarbeidspartnere

Har det vært andre samarbeidspartnere som har vært viktig og i tilfelle hvilken rolle har dette spilt for prosjektet?

Om helsesøster (fagrolle, kompetanse, gjennomførbarhet)

Hvilken rolle opplever du at du har i gjennomføring av MEST?

Hvordan opplever du at du klarer å prioritere MEST i forhold til andre arbeidsoppgaver? Hva er viktige forutsetninger for at du skal kunne prioritere det? Går det an å si noe om hvor mye av tiden som går til MEST?

Hvilken kompetanse tenker du trengs for å gjennomføre MEST?

Vil du si litt mer om hvordan du som fagperson opplever at arbeidet med MEST er nyttig for å oppnå målene dere har satt dere?

Til slutt:

Er det noen tema i forbindelse med iverksettingen og gjennomføringen av MEST som vi ikke har snakket om til nå? Noe du mener er viktig å ta med?

Vedlegg 3

Godkjenning NSD



Geir Arild Espnes
Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap NTNU

7491 TRONDHEIM

Vår dato: 09.12.2016

Vår ref: 50995 / 3 / STM

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 07.11.2016. Meldingen gjelder prosjektet:

50995	<i>En kvalitativ studie av implementeringen av det helsefremmende programmet MEST - helsesøsters erfaringer</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>NTNU, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Geir Arild Espnes</i>
<i>Student</i>	<i>Hege Riis Corneliussen</i>

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

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

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

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 28.02.2017, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Kjersti Haugstvedt

Siri Tenden Myklebust

Kontaktperson: Siri Tenden Myklebust tlf: 55 58 22 68

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

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Hege Riis Corneliusen hcorneliusen@yahoo.com

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 50995

Utvalget informeres skriftlig og muntlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Informasjonsskrivet er godt utformet.

Vi minner om at informantene har taushetsplikt, og at de ikke kan gi opplysninger som kan identifisere en enkeltelev direkte eller indirekte, med mindre det blir innhentet samtykke fra den eleven til dette. Det er svært viktig at intervjuet gjennomføres på en slik måte at taushetsplikten overholdes. Intervjuer og informant har sammen ansvar for dette, og bør drøfte innledningsvis i intervjuet hvordan dette skal håndteres.

Personvernombudet legger til grunn at student etterfølger NTNU sine interne rutiner for datasikkerhet. Dersom personopplysninger skal lagres på mobile enheter, bør opplysningene krypteres tilstrekkelig.

Forventet prosjektslutt er 28.02.2017. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:

- slette direkte personopplysninger (som navn/koblingsnøkkel)
- slette/omskrive indirekte personopplysninger (identifiserende sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. bosted/arbeidssted, alder og kjønn)
- slette digitale lydopptak