

Josefine Frisk og Denise Sanchez Olsen

Skolepsykologens rolle i skolehelsetjenesten

En kvalitativ studie av ungdommers perspektiver
i videregående skole

Hovedoppgave i psykologi

Veileder: Berit Overå Johannesen

Desember 2020

Josefine Frisk og Denise Sanchez Olsen

Skolepsykologens rolle i skolehelsetjenesten

En kvalitativ studie av ungdommers perspektiver i
videregående skole

Hovedoppgave i psykologi
Veileder: Berit Overå Johannesen
Desember 2020

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for samfunns- og utdanningsvitenskap
Institutt for psykologi



Kunnskap for en bedre verden

Forord

Oppgaven du har foran deg nå, er et resultat av faglig interesse og et tett Zoom-samarbeid. Pandemi og bosetting i to ulike byer gjorde Zoom til vår faste og uvurderlige følgesvenn. Takk til Zoom for en fantastisk kommunikasjonsplattform og spesielt kudos for skjermdelingsverktøyet.

Når prosjektet nå ser sin slutt, er det mest gode stunder som står fram – ny kunnskap, et fabelaktig samarbeid, mye latter og faglig vekst. Vår interesse for lavterskel og forebyggende arbeid med ungdom var grobunnen for oppgaven. Denne interessen har vokst ytterligere, men samtidig blitt mer nyansert. Tiltakene man implementerer for å forebygge, må gjøres under visse betingelser for at de skal kunne ha ønsket utfall.

Vi vil gjerne takke skolene som lot oss gjennomføre studien vår hos dem. Spesielt takk til ungdommene som deltok, og som delte sine refleksjoner med oss. Dere bidrar til en bedre forståelse av hva ungdom mener og ønsker! Takk til vår veileder Berit for viktige innspill, støtte og nye perspektiver. Vi har satt stor pris på hvor mye tid du har lagt i prosjektet vårt. Takk til Tom Georg for korrekturlesing. Takk til Jon og Matthew for engelsk korrektur. Takk til Maria for nyttige innspill.

Takk til våre kjæresten som har gitt oss trygghet og støtte, samt gitt oss en verden utenfor arbeidet. Dere har beriket prosessen! Takk til venner og familie for oppmuntring og engasjement underveis.

Vi har begge bidratt like mye i studiens utforming og gjennomføring, samt i det skriftlige arbeidet. Samarbeidet har vært tett, og det er således utfordrende å redegjøre for hvem som har medvirket mest på de ulike delene av oppgaven.

Da gjenstår det kun å si god lesing! Oppgaven følger APA-stil 7.versjon, med unntak av sitater fra fokusgruppesamtalene som tidvis står i eget avsnitt. Dette er gjort for å gi en bedre leseropplevelse.

Trondheim og Oslo, desember 2020

Josefine Hokland Frisk og Denise Sanchez Olsen

Sammendrag

Det rapporteres om en stadig forverring av ungdommers psykiske helse (Bakken, 2019), og som følge av kommunepsykologsatsningen har psykologers rolle i videregående skole blitt ytterligere aktualisert (Meld. St. 26 (2014-2015)). Denne hovedoppgaven har som formål å undersøke ungdommer i videregående skole sine perspektiver på skolepsykologen i skolehelsetjenesten. Det er få studier i Norge som har undersøkt dette. Oppgaven vil forsøke å besvare følgende problemstillinger: Hvilke oppfatninger om og ønsker til skolepsykologen har ungdommer i videregående skole? Hvordan kan kunnskap om ungdommenes oppfatninger og ønsker bidra i utformingen av skolepsykologens rolle? Vi gjennomførte 6 fokusgruppeintervjuer ved to ulike, norske videregående skoler. Det deltok totalt 32 ungdommer fra VG1 til VG3. Vi analyserte dataene ved å ta i bruk tematisk analyse. I studien fant vi tre hovedtemaer: «*Skolepsykologens ettertraktede kompetanse*», «*Oppfatninger som påvirker oppsøking av skolepsykolog*» og «*Tilgjengelighet som forutsetning for skolepsykologens arbeid*». Funnene belyser at ungdommene har et ønske om psykologkompetanse i skolen, både i form av undervisning om ungdomsrelevante temaer og i form av individuelle samtaler ved behov. Det ble samtidig identifisert barrierer for ungdommenes oppsøking av skolepsykologen. De viktigste barrierene var stigma knyttet til psykiske helseplager og hjelpesøking, samt opplevelsen av skolepsykologens utilgjengelighet. I oppgaven gir vi forslag til hvordan skolepsykologens rolle kan utformes for å overkomme og bryte ned disse barrierene. Skolepsykologens rolle bør bestå av både undervisning og behandling. Undervisningen bør være rettet mot å fremme psykisk helsefremmende kompetanse, med et særskilt fokus på sosial fungering. Behandlingen bør være en mulighet for ungdommer med psykiske helseplager og betydelig redusert livskvalitet. Behandling av psykiske lidelser virker ikke forenelig med skolehelsetjenestens nåværende ressurser og ungdommenes sentrale ønske om tilgjengelighet. I oppgaven har vi også belyst hvordan skolepsykologen må ta høyde for potensielle negative konsekvenser, som rollen kan medføre i møte med ungdommene. Vi argumenterer for at skolepsykologen bør fremstille psykologisk kompetanse på en slik måte at psykologen som en «ekspertsjikkelse» avmystifiseres. Dette kan videre gjøre at implementeringen av skolepsykologen i skolehelsetjenesten ikke fører til en økt sykelligjøring av livets utfordringer eller avhengighet til profesjonell hjelp.

Nøkkelord: *Skolepsykolog, skolepsykologens rolle, videregående skole, skolehelsetjenesten, ungdom*

Abstract

There has been reported a steady deterioration in adolescents' mental health (Bakken, 2019), and as a result of the municipal psychologist initiative, the role of psychologists in upper secondary school has become increasingly relevant (Meld. St. 26 (2014-2015)). The purpose of this thesis is to examine adolescents in upper secondary school and their perspectives on the school psychologist in the school health service. There are few studies in Norway that have examined adolescents' perspectives on the school health service. The thesis will seek to answer the following questions: How do adolescents in upper secondary school perceive the school psychologist, and what wishes do they have? How can knowledge about adolescents' perceptions and wishes contribute to the shaping of the role of the school psychologist? We conducted 6 focus group interviews at two different Norwegian upper secondary schools. A total of 32 adolescents from each grade of upper secondary school participated. We analyzed the data using thematic analysis. Through the analysis, three main themes were identified, each with associated sub-themes. The main themes are defined as «The school psychologist's desired competence», «Perceptions that influenced help-seeking from the school psychologist» and «Accessibility as a prerequisite for the school psychologist's work». The findings shed light on the fact that the adolescents have a desire for psychological competence in school, both in the form of teaching about youth-relevant topics and in the form of individual consultations when needed. However, barriers were identified to the adolescents' help-seeking. The most important barriers were the stigma associated with mental health problems and seeking help, as well as the experience of the school psychologist's inaccessibility. In this thesis, suggestions are made for how the school psychologist's role can be designed to overcome and break down these barriers. The role of the school psychologist should consist of both teaching and treatment. The teaching should be aimed at promoting mental health literacy, with a special focus on social functioning. The treatment should be an opportunity for adolescents with mental health problems and significantly reduced quality of life. Treatment of mental disorders does not seem compatible with the school health service's current resources and adolescents' fundamental desire for accessibility. In the thesis, we have also highlighted how the school psychologist must take into account potential negative consequences, which the role may entail in encounters with the adolescents. We argue that the school psychologist should present psychological competence in such a way that the psychologist as an "expert figure" is demystified. Taking this into account the implementation of the school psychologist in the school health service can avoid an increased understanding

of life's challenges as signs of mental illness and the adolescents' dependence on professional help.

Key words: *School psychologist, the role of the school psychologist, school health service, upper secondary school, adolescents*

Innholdsfortegnelse

Introduksjon	7
Bakgrunn og aktualitet.....	7
Studiens hensikt og problemstilling.....	7
Oppgavens oppbygging	8
Ungdommers psykiske helse	9
Hva er psykisk helse?.....	9
Ungdommers psykiske helse.....	10
Betydningen av sosial fungering for ungdommers psykiske helse	11
Forekomsten av psykiske lidelser blant ungdom	12
Hva kan forklare den økende rapporteringen av psykiske plager?	12
Skolehelsetjenesten som forebyggende og helsefremmende instans.....	13
Forebyggende helsearbeid.....	13
Skolehelsetjenestens formål og profil.....	14
Tverrfaglig samarbeid	14
Utvidelse av skolehelsetjenesten som etisk dilemma?.....	15
Tidligere forskning på ungdommers perspektiver på skolehelsetjenesten.....	15
Skolepsykologen og dennes plass i skolehelsetjenesten.....	17
Skolepsykologens innmarsj i skolehelsetjenesten.....	17
Manglende rammer og føringer for skolepsykologens rolle.....	17
Skolepsykologens rolle på individnivå	18
Skolepsykologens rolle på gruppenivå	19
Viktigheten av at skolepsykologen er tilgjengelig.....	21
Kritiske perspektiver på psykologenes frammarsj i samfunnet	21
Ungdommers hjelpsøking	22
Hjelpsøking og bruk av skolehelsetjenesten	22
De viktigste barrierene for hjelpsøking.....	23
Hvorfor er stigma en av de viktigste barrierene for hjelpsøking?.....	23
Fasilitatorer for hjelpsøking	25
Oppsummering	25
Metode	26
Informanter	26
Ethiske refleksjoner	27
Datainnsamlingen	28
Analyseprosessen - Tematisk analyse	30
Epistemologisk ståsted.....	32
Reliabilitet og validitet	33
Begrensninger ved kvalitative metoder	34
Resultater	34
Tema 1: Skolepsykologens ettertraktede kompetanse.....	35

1.1 Kompetent på psykisk helse.....	35
1.2 Ungdommers ønske om kunnskap for å møte livets utfordringer.....	37
1.3 Jo flere skolepsykologer, jo bedre.....	39
Tema 2: Oppfatninger som påvirker oppsøking av skolepsykolog	41
2.1 Stigma knyttet til psykiske helseplager og hjelpsøking	41
2.2 En hjelper for store problemer	44
Tema 3: Tilgjengelighet som forutsetning for skolepsykologens arbeid.....	46
3.1. Informasjon øker opplevelsen av tilgjengelighet	46
3.2. Å kjenne skolepsykologen kan senke terskelen for å ta kontakt.....	48
3.3. Behov for daglig tilbud	49
3.4. Utilgjengelige skolepsykologer hever terskelen for å ta kontakt	50
Diskusjon.....	51
Vet ungdommene best hva de trenger?.....	52
Ungdommenes ønske om psykologkompetanse i skolehelsetjenesten	52
Ungdommene belyser skolepsykologens uavklarte rolle	52
Oppfatningen «jo flere skolepsykologer, jo bedre» - i tråd med samtiden.....	53
«En hjelper for store problemer» – en adaptiv oppfatning?	54
Stigma som en av de viktigste barrierene for oppsøking av skolepsykologen.....	54
Behandling som en del av skolepsykologens rolle	55
Undervisning som en del av skolepsykologens rolle.....	57
Undervisning kan øke psykisk helsefremmende kompetanse.....	58
Undervisning kan redusere stigma.....	59
Skolepsykologens åpningstider, plassering og tilbud.....	60
Skolepsykologen må være fysisk og relasjonelt tilgjengelig for ungdommene	60
Den fysiske tilgjengeligheten.....	61
Den relasjonelle tilgjengeligheten.....	61
Etiske dilemma relatert til skolepsykologens rolle.....	62
Implementering av skolepsykologen og risiko for sykeliggjøring.....	62
Implementeringen av skolepsykologen og risiko for avhengighet	62
Utforming og fremstilling av skolepsykologens rolle i lys av de etiske dilemmaene	63
Styrker og begrensninger ved oppgaven.....	64
Implikasjoner og videre forskning.....	65
Konklusjon	65
Litteraturliste.....	67

Appendiks

Vedlegg A: Informasjonsskriv til ungdommer

Vedlegg B: Intervjuguide

Vedlegg C: Godkjenning fra NSD

Vedlegg D: Tankekart fra analyseprosessen

Introduksjon

Bakgrunn og aktualitet

Det rapporteres om en stadig forverring av ungdommers psykiske helse (Bakken, 2019), og det har vært et økt fokus på hvordan psykologer kan bidra til å bedre ungdommers psykiske helse (Heggland et al., 2013). Ungdom i videregående skole er i en fase av livet som er sentral i deres fysiske-, kognitive-, emosjonelle- og sosiale utvikling (Patton et al., 2016). De forsøker å skape sin egen identitet og finne ut hvem de er (Erikson, 1963, hentet fra Keenan et al., 2016, s. 26-28; Marcia, 2002). Denne identitetsutviklingen fasiliteres og begrenses av deres sosiale og interpersonlige kontekst (Marcia, 2002). Utviklingen av psykiske plager kan oppleves som spesielt problematisk i denne livsfasen (DeLuca, 2020), og kan påvirke ungdommers opplevelse av selvstendighet og følelse av normalitet (Hinshaw, 2005). Ungdom som har psykiske plager, har også økt risiko for dårligere psykisk helse senere i voksenlivet (Colman et al., 2007; Fryers & Brugha, 2013). Dette gjør ungdomstiden til en ekstra viktig periode for helsefremming (Skogen et al., 2018).

Tradisjonelt sett har spesialisthelsetjenesten vært den primære arenaen hvor ungdom har kunnet møte psykologer (Rodal & Frank, 2008). Dette har derimot endret seg i takt med de to helsepolitiske satsingene «*Opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2006/2008*» og «*Samhandlingsreformen 2008-2009*». Satsningene har medført økt ansettelse av psykologer i kommunen og økt fokus på lavterskel og forebyggende behandling i kommunale helsetjenester. Fra 1. januar 2020 ble psykologer i kommunen lovfestet for å sikre psykologisk kompetanse i de kommunale helse- og omsorgstjenestene (Meld. St. 26 (2014-2015)). Hva som skal være psykologenes plass i de kommunale skole- og helsetjenestene har derimot vært en problemstilling siden 1980-tallet (Christiansen et al., 1983), og det har nå blitt aktualisert på ny med kommunepsykologsatsingen. Psykologenes tilstedeværelse i kommunen har utvidet psykologrollen til arbeid på samfunnsnivå, samt sykdomsforebyggende og helsefremmende arbeid (Hamstad, 2019). Helsefremmende arbeid innebærer å fremme helse og dens positive sider, mens sykdomsforebyggende arbeid omhandler å forebygge skade, sykdom og tidlig død (Mæland, 2016, s. 15). Skolehelsetjenesten er eksempel på en arena som «utvider» psykologens arbeidsoppgaver og gjør skolepsykologer til et høyst aktuelt tema (Hamstad, 2019).

Studiens hensikt og problemstilling

Studiens hensikt er å undersøke hvordan ungdommene mener at psykologressursene bør tas i bruk i skolehelsetjenesten i videregående skole. Det er få studier i Norge som har undersøkt ungdommers perspektiver på skolehelsetjenesten, og kun én studie som har

gjennomført en slik studie med fokus på skolepsykologen (Mikalsen, 2016). Økt implementering av psykologer i videregående skoler over hele landet, fordrer mer forskning på hvordan rollen skal utformes. Helsedirektoratet (2020, Brukermedvirkning) påpeker at barn og unge skal sikres muligheten til å bli «hørt, involvert og få innflytelse» i tjenestetilbudene. I utformingen av helsetilbud for barn og unge vil integrering av deres erfaringer og perspektiver kunne føre til tjenester av høyere kvalitet, relevans og gjennomførbarhet (Skogen et al., 2018). Utgangspunktet for å gjennomføre vår studie var et ønske om å bidra til forskning som belyser ungdommers perspektiver på skolehelsetjenesten og skolepsykologer. Vi håper at studien vår muligens kan bidra til å fylle et kunnskapshull.

Oppgaven fokuserer på hvordan skolepsykologens rolle og arbeidsoppgaver kan utformes, i tråd med ungdommenes fokus. I fokusgruppeintervjuene var ungdommene mest opptatt av hvilken rolle skolepsykologen skal ha i direkte kontakt med dem. Øvrige aspekter ved skolepsykologens rolle, slik som systemarbeid og tverrfaglig samarbeid, blir dermed ikke gjort nærmere rede for. Definisjonen for rollen som brukes i denne oppgaven, er definisjonen for formell rolle, som omhandler hvilke oppgaver som tilhører en stillingsbeskrivelse (O. S. Larsen et al., 2016, s. 145).

Problemstillingen som oppgaven vil forsøke å besvare, er todelt og er som følger:

- Hvilke oppfatninger om og ønsker til skolepsykologen har ungdommer i videregående skole?
- Hvordan kan kunnskap om ungdommenes oppfatninger og ønsker bidra i utformingen av skolepsykologens rolle?

Den første delen av problemstillingen besvares fortrinnsvis gjennom resultatdelen. Svar på den andre delen av problemstillingen utvikles i diskusjonsdelen. Forsøk på å besvare problemstillingene tar utgangspunkt i psykisk helse og forebyggende helsearbeid som to sentrale begreper, da dette er grunnleggende begreper i rammeverket for skolehelsetjenestens arbeid.

Oppgavens oppbygging

Den første delen av oppgaven tar for seg teori og litteratur som vurderes som relevant for problemstillingen og oppgavens fokus. I denne delen presenterer vi først hvordan ungdommers psykiske helse er i dag og hvilke faktorer som påvirker deres psykiske helse. Videre tar vi for oss hvordan skolehelsetjenesten har som mål å være en helsefremmende instans. I den forbindelse gjør vi også rede for litteratur om hvordan skolepsykologen implementeres i tjenesten. Siste del av teoridelen tar for seg ungdommers hjelpesøking. I den

andre delen av oppgaven vil vi gjøre rede for utformingen og gjennomføringen av studien vår, samt dens metodiske grunnlag. I den tredje delen presenterer vi resultatene fra den tematiske analysen. I den siste hoveddelen av oppgaven vil vi diskutere resultatene og hvordan man kan utforme skolepsykologens rolle i lys av ungdommenes oppfatninger og ønsker. Diskusjonen tar også for seg styrker og begrensninger ved studien. Avslutningsvis oppsummerer vi funnene og gir implikasjoner for veien videre.

Ungdommers psykiske helse

Hva er psykisk helse?

Ungdommers psykiske helse er et sentralt tema i denne oppgaven. Verdens helseorganisasjon (WHO) har siden 1948 definert helse som en tilstand, hvor man er i fullstendig fysisk, psykisk og sosialt velvære (Andrade et al., 2014). Helsedefinisjonen til WHO har imidlertid blitt kritisert for at det å leve i «fullstendig» velvære, fremstår som uopnåelig for mange, samt at den er lite tilpasset dagens sykdomsbilde hvor en stor del av verdens befolkning lever med kroniske lidelser (Huber et al., 2011). Videre påpeker Hofgaard (2010) at definisjonen fremstår mer som en definisjon på lykke enn helse.

Inkluderingen av psykisk helse i WHO sin helsedefinisjon medfører tre sentrale ideer: at psykisk helse er en del av helse, at psykisk helse er mer enn bare fravær av psykiske lidelser og at psykisk helse avhenger av fysisk helse og sosial fungering. WHO definerer psykisk helse som en tilstand av velvære, hvor man får realisert sine talenter, klarer å mestre vanlige utfordringer i hverdagen, kan arbeide produktivt og kan bidra til samfunnet. Dette er en positiv definisjon som ser på psykisk helse, som grunnlaget for velvære og effektiv fungering for individet og for samfunnet (World Health Organization, 2005).

Helse- og omsorgsdepartementet (2017) legger vekt på at psykisk helse inkluderer alt fra når man er ved god psykisk helse og opplever å ha høy livskvalitet, til når man har psykiske plager og lidelser. Videre definerer de god psykisk helse som opplevelse av trivsel og god livskvalitet, at man opplever mening med tilværelsen, mestrer hverdagens utfordringer og er uten alvorlige psykiske plager og lidelser (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017). Livskvalitet har betydning for vår fysiske og psykiske helse og omfatter det som gir livet verdi og mening (Skogen et al., 2018).

Hva som skiller god og dårlig psykisk helse for den enkelte er individuelt. Det er likevel vanlig å skille mellom psykiske plager og psykiske lidelser. I denne oppgaven brukes *psykiske lidelser* for å betegne tilstander eller diagnoser som medfører nedsatt funksjonsnivå i hverdagen, redusert livskvalitet og som oppfyller de diagnostiske kriteriene i Den

Internasjonale Sykdomsklassifikasjon (ICD) utviklet av WHO, eller Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) fra den Amerikanske psykiaterforening (Aslaksen & Malt, 2018).

Psykiske plager eller *psykiske helseplager* vil i oppgaven bli brukt om plager eller symptomer som iblant forekommer hos de fleste, uten at disse blir tilstrekkelig omfattende til å oppfylle diagnosekrav for en psykisk lidelse (Mykletun et al., 2009). Eksempler på slike symptomer er vanlige symptomer på angst og depresjon som nervøsitet, at man opplever frykt uten grunn eller mangler interesse for ting (Folkehelseinstituttet, 2015). Psykiske plager hos ungdom kjennetegnes gjerne ved at symptomene går betydelig utover trivsel og læring, samt daglig og sosial fungering, uten at en diagnose kan stilles (Mathiesen, 2009).

Ungdommers psykiske helse

Folkehelse rapporten legger frem at norsk ungdom generelt sett er ved god psykisk helse, og at over 90 % av barn og unge i Norge er fornøyd eller svært fornøyd med livet (Skogen et al., 2018). Den landsomfattende spørreundersøkelsen for elever fra ungdomsskolen og videregående skole, Ungdata-undersøkelsen, har stilt spørsmål regelmessig siden 2010 om hvordan ungdommene har det med seg selv, hjemme, på skolen og på fritiden. Til tross for at et stort flertall norske ungdommer rapporterer om god psykisk helse, viser Ungdatas resultater en gradvis økning i selvrapporterte psykiske helseplager hos ungdommer i løpet av ungdomsskolen og videregående skole. På videregående trinn sier mer enn én av fire jenter at de har vært «ganske mye plaget» eller «veldig mye plaget» av psykiske plager den siste uken (Bakken, 2019). Disse plagene innebærer symptomer på depresjon og angst, målt gjennom spørsmål hentet fra Hopkins Symptom Checklist (Skogen et al., 2018). Det anslås at mellom 15-20 % av barn og unge under 18 år opplever å ha nedsatt funksjon på grunn av psykiske plager (Mathiesen, 2009).

Ungdatas formulering av spørsmålene knyttet til psykisk helse har blitt kritisert for å være negativt ladede, og det har blitt rettet kritikk mot at spørsmål som skal brukes på normalbefolkningen, er hentet fra utredningsverktøy for angst og depresjon (Solberg, 2018). Undersøkelsen kritiseres for å sidestille normale følelser og diagnoserelaterte begreper i enkelte av spørsmålene (Schille-Rognmo, 2017). Det negative fokuset har ført til at Trondheim kommune valgte å trekke seg fra undersøkelsen i 2020 (Nyvoll, 2020).

Skolestress og press påvirker ungdommenes psykiske helse

Ungdommers helse og livstilfredshet avhenger i stor grad av hvordan de trives på skolen (Haug et al., 2020). Ungdata-spørsmålene angående trivsel på skolen fant at omtrentlig 90 % av ungdommene sa seg “helt enige” eller “litt enige” i at de trives på skolen. Samtidig

har man siden 2012 sett en nedgang i skoletrivsel, samt en økning i andelen ungdommer som gruer seg til skolen (Bakken, 2019).

Skolearbeidet er en kilde til stress for mange ungdommer og peker seg ut som området der de opplever mest prestasjonspress (Bakken, 2018; Lillejord et al., 2017). Stress defineres av Lillejord et al. (2017, s. 7) som «*krav og forventninger knyttet til vanlige forhold i menneskers liv som kan gi fysiske eller psykiske reaksjoner*». De legger også vekt på at stress over lang tid assosieres med negative helsekonsekvenser, men at stress også kan være positivt i den grad det bidrar til å prestere. Skolerelatert stress virker ifølge Lillejord et al. (2017) å komme av at elever opplever en ubalanse mellom krav og forventninger fra seg selv, foreldre og skolen, sammenlignet med det ungdommen faktisk presterer på skolen.

Ungdata fant store kjønnsforskjeller i rapporteringen av skolerelatert stress; seks av ti jenter, sammenlignet med tre av ti gutter, sier de ofte eller svært ofte blir stresset av skolearbeid (Bakken, 2019). Denne kjønnsforskjellen finner man også i helsevaneundersøkelsen HEVAS (Haug et al., 2020). Videre presenterer Ungdata de samme kjønnsforskjellene i rapporteringen av skolepress, hvor omtrent halvparten av alle jenter opplever mye eller svært mye press på å gjøre det bra på skolen, mens kun én av fire gutter rapporterer det samme. Når det gjelder andre former for press (for eksempel det å ha mange følgere på sosiale medier, gjøre det bra i idrett eller ha fin kropp), rapporterer omtrentlig 17-19 % jenter på videregående at de har opplevd så mye press at de har hatt vansker med å håndtere det, mens kun omtrent 6-8 % gutter forteller det samme (Bakken, 2019).

Betydningen av sosial fungering for ungdommers psykiske helse

WHO vektlegger sosial fungering i sin definisjon av psykisk helse (World Health Organization, 2005). God sosial fungering kan sees i sammenheng med sosial kompetanse. Sosial kompetanse omhandler hvor godt man fungerer i relasjon til andre, om man kommer overens med andre og om man klarer å danne nære relasjoner (Burt et al., 2008). Andre definerer sosial kompetanse som oppnåelsen av relevante sosiale mål i en spesifikk sosial kontekst, ved at man bruker riktige ferdigheter (Ford, 1982). God sosial kompetanse krever at man regulerer tenkning, følelser og atferd (Ogden, 2011). Ungdom i videregående skole er i økende grad avhengige av denne kompetansen for å mestre komplekse sosiale relasjoner (Bandura, 2006, s. 20). God sosial kompetanse gir utslag i vennskap og sosial aksept blant jevnaldrende, samt at man får positive relasjoner til voksne (Ogden, 2011). Det er også assosiert med mindre sannsynlighet for å bli deprimert, ensom eller sosialt engstelig, sammenlignet med dem med lavere sosial kompetanse (Segrin & Flora, 2000).

Ungdommer beskriver venner og foreldre som sine viktigste sosiale relasjoner (Helseth & Misvær, 2009). Ifølge Ungdata, er de fleste norske ungdommer fornøyde med sine nære sosiale relasjoner (Bakken, 2019). En kunnskapsoversikt utført av Lillejord et al. (2017) fant at dårlige sosiale relasjoner med jevnaldrende, lærere eller familien assosieres med stress og psykiske problemer. Forskning viser at dårlige sosiale forhold, for eksempel utfordrende oppvekst eller mobbing, er betydelige risikofaktorer for utvikling av psykiske lidelser hos barn og unge (Myklestad et al., 2012; Skogen et al., 2018). Samtidig kan gode sosiale relasjoner fungere som en helsefremmende faktor og redusere skolerelatert stress (Lillejord et al., 2017). Det er kjent at sosial støtte gir økt velvære både når man ikke opplever stress, og når man opplever mye stress. I det siste tilfellet fungerer den sosiale støtten som en «buffer», som gjør at man håndterer stresset bedre (Cohen & Wills, 1985).

Forekomsten av psykiske lidelser blant ungdom

Psykiske lidelser utgjør den største årsaken til helsetap for ungdom. Dette skyldes i stor grad at psykiske lidelse ofte debuterer tidligere enn fysiske sykdommer (Skogen et al., 2018). Vi har ingen sikre tall på forekomsten av psykiske lidelser hos barn og unge i Norge. Basert på forskning antas det imidlertid at blant barn og unge mellom 3 og 17 år, har 15-20 % betydelige psykiske plager og 8 % en psykisk lidelse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017). I spesialisthelsetjenesten er depresjon og angstlidelser de to psykiske lidelsene som hyppigst settes som diagnose for ungdom mellom 15 og 17 år (Skogen et al., 2018). En rapport fra Helsedirektoratet fant at ungdom i aldersgruppen 16-18 år utgjorde nesten 30 % av pasientene i norsk psykisk helsevern for barn og unge i 2019 (Indergård & Krogh, 2020). Det er observert en kjønnsfordeling mellom gutter og jenter som får hjelp i psykisk helsevern for barn og unge, som skifter i løpet av ungdomsårene; guttene utgjorde et flertall av pasientene før puberteten, mens etter puberteten er flertallet jenter (Andersson, 2009; Indergård & Krogh, 2020).

Hva kan forklare den økende rapporteringen av psykiske plager?

Oppsummert ser man at norske ungdommers psykiske helse generelt sett er god, men at en andel unge har rapportert økt grad av psykiske plager de siste årene. Hva kan forklare denne økende trenden? Aglen et al. (2018) trekker frem den påfallende diskrepansen mellom økningen i psykiske helsetilbud og økningen i rapporterte psykiske helseplager. Dette er i tråd med det Barsky (1988) kaller for helsens paradoks. Dette innebærer nettopp det paradoksale ved at helsen vår objektivt sett aldri har vært bedre, samtidig som vi i økende grad selvrappporterer helsen vår negativt. Frances (2013, s. 81-82) legger frem ulike mulige årsaksforklaringer: 1) vi lever i et samfunn med ekstremt tidspress og stress, 2) økt fysisk

stress som følge av miljøet vi lever i, 3) vi er blitt flinkere til å oppdage sykdom, 4) vi har fått en videre definisjon av hva som defineres som sykdom eller 5) samfunnstrender som promoterer opplevelsen av at vi blir sykere (eks: mindre tolerante for individuelle forskjeller eller mer opptatte av perfeksjonisme).

I lys av helsens paradoks kan man spørre seg om rapporteringen fra Ungdata om økende psykiske helseproblemer, faktisk gir et riktig bilde av den psykiske helsen til ungdommer i dag, slik det ble påpekt tidligere i oppgaven (Schille-Rognmo, 2017; Solberg, 2018). Madsen (2018, s. 14) hevder det store spørsmålet er om vi har fått et språk og en åpenhet for å snakke om vår sykdom, eller om befolkningen faktisk har blitt sykere. Denne åpenheten og språket kan ha ført til et økt fokus på kroppslige fornemmelser, men også nye rammeverk for å forstå disse fornemmelsene som tegn på sykdom (s. 19). Dette kan også sees i sammenheng med hypotesen om at den økte rapporteringen skyldes en innsnevring av hva som ansees som normalt. I en kronikk i Aftenposten hevder fastlege og spesialist i allmenn- og samfunnsmedisin Gisle Roksund (2015) at normale reaksjoner på utfordrende livshendelser blir diagnostisert som psykiske lidelser. Han hevder videre at utvidelsene av diagnosesystemene og bruken av dem fører til at vinduet for hva som anses som normalt snevres mer og mer inn. Psykiateren Allen Frances (2013) gjør også opprør mot det han mener er utviklingsmessig normalvariasjon omgjort til sykdomstegn med behov for profesjonell behandling. I et intervju hevder Gisle Roksund at enkelte psykiske plager er en naturlig del av livet og bør aksepteres uten behandling. Et eksempel han trekker frem er vanskeligheter i ungdomstiden (Johansen, 2015). Madsen (2017, s. 33) hevder at en bedre beskrivelse er at det forekommer en «utvidelse av normaliteten», da psykiske helseplager normaliseres i takt med at normale tilstander potensielt sykeliggjøres.

Skolehelsetjenesten som forebyggende og helsefremmende instans

Forebyggende helsearbeid

Forebyggende helsearbeid er underordnet folkehelsearbeid, som har som fokus å «legge til rette samfunnet slik at befolkningen skal kan ivareta og forbedre sin helse og trivsel» (Aglen et al., 2018). Forebyggende helsearbeid, eller kun forebyggende arbeid som det ofte kalles, omhandler både helsefremmende arbeid og sykdomsforebyggende arbeid (Mæland, 2016, s. 15). Helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid kan både ansees som komplementære, men også som to uavhengige fenomener. Av enkelte teoretikere beskrives det helsefremmende arbeidet som orientert mot et mestrings- og ressursfokus, mens det sykdomsforebyggende arbeidet derimot er karakterisert som mer problemfokuseret (Spjelkavik, 2008). Aglen et al. (2018) hevder at dette gjør at helsefremming kan føre til økt

mestring og ressursutvikling hos individet, mens sykdomsforebygging heller kan føre til lært hjelpeløshet og passivitet. De blir dog brukt synonymt i Helsedirektoratet (2020) sin *nasjonal faglige retningslinje for helsestasjons- og skolehelsetjenesten*. Skillet har dermed trolig større teoretisk verdi enn praktisk verdi per dags dato (Aglen et al., 2018).

Skolehelsetjenestens formål og profil

Skolehelsetjenesten gjelder for både grunnskolen og videregående skole, altså for barn og unge 0-20 år (Bergen kommune, 2009). Hver kommune i Norge er lovpålagt å tilby helsestasjons- og skolehelsetjeneste (Nordhuus & Ree, 2002, s. 7). Dette er lovfestet i Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) § 3-1 – 3-10, hvor det fremgår at kommunens helsetjeneste skal innebefatte blant annet helsetjenester i skoler. Formålet til skolehelsetjenesten og helsestasjoner er å bidra til å: *a) fremme psykisk og fysisk helse, b) fremme gode sosiale og miljømessige forhold, c) forebygge sykdom og skader, d) utjevne sosiale helseforskjeller, og e) forebygge, avdekke og avverge vold, overgrep og omsorgssvikt* (Forskrift om helsestasjons – og skolehelsetjenesten, 2018, §1).

Det trekkes frem av regjeringen som et betydningsfullt tilbud fordi det når ut til mesteparten av barn og unge. Dette gjør at tjenestene kan spille en viktig rolle i forebygging og tidlig intervensjon (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017). Skolehelsetjenesten karakteriseres ved lett tilgjengelighet, da den befinner seg på skolen, er kostnadsfri for elevene og ikke stiller krav til henvisning fra andre instanser. Skolehelsetjenesten sin profil som forebyggende og helsefremmende, kan også oppleves som mindre stigmatiserende enn å ta i bruk spesialisthelsetjenesten (Langaard, 2006). Langaard (2011) trekker frem skolehelsetjenesten sin doble posisjon som en unik styrke for å nå ungdom som ikke nødvendigvis ville oppsøkt helsetjenester på egenhånd. Denne doble posisjonen innebærer at skolehelsetjenesten både er en del av det norske helsevesenet og en del av skolens miljø.

Tverrfaglig samarbeid

Skolehelsetjenesten skal innebefatte tverrfaglig samarbeid, noe som innebærer at helsepersonell arbeider sammen på tvers av faggrupper for å oppnå et felles mål (Forskrift om helsestasjons – og skolehelsetjenesten, 2018, §3). Det er opp til hver enkelt kommune hvilke fagpersoner som inngår i kommunens skolehelsetilbud (M. H. Larsen et al., 2016). Ifølge M. H. Larsen et al. (2016), er det mange skoler hvor helsesykepleieren står for det faglige ansvaret. Andre fagpersoner som også kan inngå i tjenesten er lege, logoped, ergoterapeut, tannpleier, barnevernspedagog og psykolog (Nordhuus & Ree, 2002).

Utvidelse av skolehelsetjenesten som etisk dilemma?

Skolehelsetjenesten har en lovpålagt forpliktelse til å drive forebyggende og helsefremmende arbeid. Dette kan også ansees som en yrkesetisk forpliktelse. Det finnes dog ingen klare, etiske retningslinjer for slikt arbeid (Statens helsetilsyn, 1998, s. 14). Økt fokus på å forebygge psykisk uhelse og drive helseopplysning i videregående skole bunner i et ønske om bedre helse blant ungdom. I et intervju for *Tidsskrift for Norsk psykologforening* beskriver psykologen Ole Jacob Madsen at dette i utgangspunktet ikke fremstår som en etisk problemstilling (Halvorsen, 2020). Det man derimot kan spørre seg, er om dette fokuset fører til en økt sykeliggjøring og eventuell økt avhengighet av helsevesenet (Statens helsetilsyn, 1998, s. 14-15). Det kan dermed argumenteres for at en utvidelse av skolehelsetjenesten (eksempelvis ansettelse av skolepsykolog), bør bli vurdert som en etisk problemstilling, til tross for gode intensjoner. Ole Jacob Madsen argumenterer også for at et økt fokus på psykisk helse i skolen fører til en individualisering av elevens ansvar for eget liv, heller enn å ta tak i de potensielle samfunnsstrukturene som skaper elevenes problemer (Halvorsen, 2020). I regjeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse fra 2003 ble det påpekt at hjelpen som gis av skolehelsetjenesten må forhindre sykeliggjøring gjennom å styrke ungdommenes ressurser. Det fremgår at dette innebærer et mestrings- og normaliseringsfokus, heller enn et problemfokus (Helsedepartementet, 2003).

Tidligere forskning på ungdommers perspektiver på skolehelsetjenesten

Forebyggende helsearbeid kan argumenteres for ved at det er etisk riktig å forhindre sykdom og skade hos andre (Mæland, 2016, s. 83). Samtidig bør det også kunne argumenteres for ut ifra et evidensbasert ståsted (Holte, 2012). Det er få studier som har evaluert tiltakene som tas i bruk i skolehelsetjenesten (Dalgard et al., 2011). Samtidig rapporteres det om et behov for mer evaluering av og forskning på skolehelsetjenesten (Dahm et al., 2010; Helse- og omsorgsdepartementet, 2017; Nypan, 2015; Skogen et al., 2018), samt brukermedvirkning i forskningen (Dahm et al., 2010).

Det finnes også få studier som forsker på elever i videregående skole sitt perspektiv på skolehelsetjenesten i Norge. Vi gjennomgikk forskning på skolepsykologens rolle i videregående skole ved å bruke søkemotoren *Oria*, som inkluderer databasene *PsychNet*, *Idunn*, *PsychINFO*, *PubMed*, *Web of Science*, med flere. Vi fant kun én studie på dette temaet. Man kan dermed undre seg over hva slags kunnskapsgrunnlag utformingen av skolepsykologrollen baserer seg på. I det følgende vil vi presentere funn fra studier om ungdommers perspektiver på skolehelsetjenesten i Norge, hvorav den første er den eneste som omhandler psykologens rolle i skolehelsetjenesten. Studiene vi vil presentere er

masteroppgaver, da dette er de eneste studiene vi har funnet som har undersøkt skolehelsetjenesten fra ungdommenes perspektiv. Dette viser til nødvendigheten for fremtidige, fagfelleverderte studier på dette temaet.

I Mikalsen (2016) sin masteroppgave «*Det er fint at du kommer på skolen – det er innenfor trygghetssonen min*» ble elever i videregående skole intervjuet vedrørende deres erfaringer i møte med psykologer ved deres skole. Studien fant blant annet at ungdommene hadde en implisitt oppfatning om psykologen som ekspert på psykisk helse, og som den som sitter med løsningen på deres psykiske helseplager. Dette var av stor betydning for relasjonsbyggingen med psykologen. Mikalsen (2016) påpeker at denne ekspertrollen er noe psykologen bør være bevisst på i møte med ungdommer, da det psykologen gjør og sier utføres i et skjevt maktforhold. Studien rapporterte også om betydningen av psykologens tilgjengelighet (både med tanke på kontoret og informasjon om tilbudet).

I Nordal (2009) sin masteroppgave «*Skolehelsetjenestens betydning for ungdoms helse – en kvalitativ studie av ungdoms ønsker og behov for skolehelsetjenesten*» deltok elever fra VG3. Oppgaven fokuserte på skolehelsetjenesten og helsesykepleierens rolle fra et brukerperspektiv. Studiens resultater viste at elevene etterspør: 1) mer tilgjengelighet, 2) flere ansatte som har kompetanse til å hjelpe med psykiske helseutfordringer, og som overholder taushetsplikten, 3) et ønske om større anonymitet når man søker hjelp, og 4) en nettjeneste som kan senke terskelen for hjelpsøking.

I Hansen (2013) sin masteroppgave «*En brukerorientert skolehelsetjeneste? En kvalitativ studie av ungdommers opplevelse av tilgjengelighet i tilbudet*» deltok ungdomsskoleelever. Studien fant at ungdommene opplevde skolehelsetjenesten og helsesøster som lite synlig og lite tilgjengelig, og at dette førte til en svekket tillit til at tilbudet faktisk kunne hjelpe. Ungdommene savnet informasjon om tilbudet, samt mer undervisning om ungdomsrelevante temaer. Et ønske om å være anonym og ikke bli sett når man søker hjelp ble også trukket frem som hindringer mot å oppsøke hjelp.

I Høifødt (2015) sin masteroppgave «*Skolehelsetjenesten i et brukerperspektiv – En kvalitativ studie av ungdoms erfaringer og behov i møte med skolehelsetjenesten*» deltok elever fra videregående skole. I studien ble det funnet ulike barrierer for å ta kontakt: 1) lite tilgjengelighet, 2) lite synlighet, 3) lite informasjon om tilbudet, 4) frykt for å ikke bli tatt på alvor, 5) frykt for at utfordringen ikke var viktig nok og 5) opplevelse av skam ved oppsøking av hjelp for psykiske helseproblemer.

Skolepsykologen og dennes plass i skolehelsetjenesten

Skolepsykologens innmarsj i skolehelsetjenesten

Skolehelsetjenesten har inntil de siste årene vært en arena hvor i hovedsak kun helsesykepleiere har arbeidet. Hvordan fungerer det da i praksis når enda en profesjon kommer på banen? Skolehelsetjenestens arena som instans for blant annet tidlig avdekking av psykiske problemer og iverksetting av tiltak for barn og unge, gjør det til en relevant arena for psykologers kompetanse (Rodal & Frank, 2008). Psykologene har gjennom utdanningen sin tilegnet seg en faglig kunnskap om psykisk helse som er bredere enn helsesykepleieren sin (Aasvik, 2017). Samtidig vil enkelte argumentere for at helsesykepleierne har større erfaringskompetanse når det kommer til å bistå elever i skolen (Olaisen et al., 2014). Helsesykepleierenes spesialkompetanse innen helsefremming og forebygging brukes også som argument for at helsesykepleierne er riktig profesjon til for eksempel å fremme ungdommers psykisk helse (Bjørnsen et al., 2018). Det er derimot flere studier som rapporterer at helsesykepleiere opplever å ha behov for økt kompetanse vedrørende psykisk helse (Andersson et al., 2006; Glavin & Helseth, 2005). Psykologkompetansen kan således bidra til en kompetanseheving i skolehelsetjenesten ved å sikre kvaliteten på det diagnostiske ved behandlingsarbeidet (Rodal & Frank, 2008). Dette kan både gjøres indirekte gjennom rådgivning av helsesykepleiere og direkte ved å ta i bruk differensialdiagnostisk kompetanse i møte med elever (Ajo & Vik, 2008; Bagstevold, 2013). Ansatte i kommunen trekker frem psykologenes faglige kompetanse som en faktor som kan styrke kommunens stemme i samarbeid med spesialisthelsetjenesten (Fossestøl & Skarpaas, 2013).

Ved noen videregående skoler i Norge er skolepsykologen kun ansatt i skolehelsetjenesten. Det finnes derimot videregående skoler som organiserer skolehelsetjenesten etter PLIS-modellen (Aasvik, 2017), hvilket står for «Psykisk helse: Lavterskel i skolehelsetjenesten» (Olaisen, 2012, s. 15). I PLIS-modellen er psykologene ikke ansatt i skolehelsetjenesten, men ved barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP) i spesialisthelsetjenesten. De arbeider således en begrenset andel av arbeidstiden sin i skolehelsetjenesten (Olaisen et al., 2014). Det finnes lignende organiseringer hvor psykologer fra PPT er utplassert ved videregående skoler (Iversen, 2018).

Manglende rammer og føringer for skolepsykologens rolle

I evalueringer av hvordan det er for psykologer å jobbe i kommunen, rapporteres det at de trives godt, men at det mangler gode rammer for folkehelse- og systemrettet arbeid (Heggland et al., 2013). Det er ingen forskrifter eller lover for psykologenes arbeidsoppgaver

i kommunen, annet enn reguleringene fra helsepersonelloven (Heggland et al., 2013). Som skolepsykolog styres arbeidet av forskriftene for skolehelsetjenesten (Innset, 2012).

Skolepsykologer etterlyser tydeligere mål og prioriteringer for deres rolle i skolehelsetjenesten (Iversen, 2018), og Ajo og Vik (2008) poengterer viktigheten av å definere hvordan psykologrollen i førstelinjetjenesten skiller seg fra andre instanser.

Tydeliggjøring av skolepsykologens rolle etterspørres også av rektorer og ansatte i elev- og skolehelsetjenesten (Iversen, 2018).

Et kjent dilemma for psykologer i kommunen er at de må prioritere mellom brukernes behov for samtaler og lavterskeltilbud, og behovet for utvikling av universelle tiltak, som på sikt kan virke forebyggende og bidra til bedre folkehelse. Forebyggende arbeid nedprioriteres ofte av kommunepsykologer grunnet manglende ressurser og pågang fra brukerne om å få kliniske tjenester (Heggland et al., 2013). Å finne balansen mellom forebyggende arbeid på gruppenivå og individrettet arbeid, vil dermed også kunne være krevende for skolepsykologen.

Skolepsykologens rolle på individnivå

Som en del av det individorienterte arbeidet, har psykologer i skolehelsetjenesten mulighet til å hjelpe ungdommer med utviklingsmessige utfordringer som er over gjennomsnittet, men som ikke oppfyller kriteriene for en psykisk lidelse (Innset, 2012). Den tidligere skolepsykologen Bagstevold (2013) hevder at ungdom oppsøker skolehelsetjenesten når de opplever at de er i krise og trenger akutt og rask hjelp. Dette behovet for kortvarig og øyeblikkelig hjelp kan forklares i lys av ungdommenes «her-og-nå»-fokus (Bagstevold, 2013; Hvesser & Haugland-Johansen, 2012). Henvendelser til skolehelsetjenesten angående psykisk helse dreier seg primært om lettere psykiske og sosiale vansker (Bagstevold, 2013) og vanlig problematikk er gjerne stress, angst, depressive symptomer og depresjon (Iversen, 2018).

I noen tilfeller vil skolepsykologen møte elever med alvorlige vansker som krever behandling og mer omfattende oppfølging. Behandling brukes i denne oppgaven som en betegnelse på bruk av psykologiske metoder i samtale, i den hensikt å oppnå bedret psykisk helse eller økt livskvalitet. Dette innbefatter både behandling av psykiske lidelser og helseplager (Skre, 2019). Slik Forskrift om helsestasjons – og skolehelsetjenesten (2018, §1) er nå, er ikke skolehelsetjenesten et behandlingstilbud. I 2019 sendte Regjeringen imidlertid inn et forslag om å inkludere «*nødvendig behandling og oppfølging for lettere psykiske og somatiske tilstander*», som en del av formålet for tjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019). Forslaget er i skrivende stund ikke vedtatt. Holte og Talseth (2005) argumenterer for at psykologisk behandling i skolen vil kunne redusere behandlingstrykket i

spesialisthelsetjenesten. Innset (2012) hevder at henvisning og utredning hos spesialisthelsetjenesten kan ha en negativ innvirkning på ungdommers selvbilde og deres mestringstro. Således vil psykologisk behandling gjennomført av skolepsykologen kunne oppleves som mindre stigmatiserende for ungdommene (Innset, 2012).

Til tross for at skolehelsetjenestens forskrift foreløpig ikke innbefatter behandling, argumenterer Imenes (2013) for at psykologer som jobber i kommunen, har et spesifikt ansvar for å gi behandling når det er nødvendig. Hun sikter til en rapport fra Helsedirektoratet (2008a) som påpeker at loven om kommunale helse- og omsorgstjenester pålegger psykologer i kommunen dette. Imenes (2013) hevder at et fravær av psykologisk behandling i skolehelsetjenesten neglisjerer psykologenes profesjonsspesifikke kompetanse og at det transformerer psykologen inn i helsesykepleiernes rolle. Det er nettopp kompetansen innen differensialdiagnostikk, psykiske lidelser og behandling som skiller psykologer fra annet helsepersonell, som også kan gi lavterskelsamtaler for lettere psykiske plager. Det argumenteres også for at psykologenes kompetanse på normalpsykologi gjør dem bedre rustet enn helsesykepleiere til å oppdage avvik på et tidlig tidspunkt og dermed kunne gripe inn tidlig i et potensielt sykdomsforløp (Imenes, 2011).

Skolepsykologens rolle på gruppenivå

Fremme et godt psykososialt miljø. Som en del av arbeidet på gruppenivå, vil skolepsykologen få mulighet til å nå ut til flere elever. Det er kjent at arbeid med å fremme et godt klasse- og skolemiljø er et betydningsfullt tiltak for ungdommers psykiske helse og trivsel (Sandlie & Ystgaard, 2010). Dette er også en del av skolehelsetjenestens formål (Forskrift om helsestasjons – og skolehelsetjenesten, 2018, §1). Ved å ha fokus på ungdommenes sosiale omgivelser, kan skolepsykologen bruke kompetansen sin til blant annet å forebygge deres opplevelse av stress og press (Lillejord et al., 2017). Et slikt tiltak på gruppenivå støttes av en evaluering av et pilotprosjekt hvor man implementerte skolepsykologer i videregående skole. Evalueringen konkluderte blant annet med at arbeid med klassemiljøsaker ble vurdert som ett av de mest nyttige tilbudene rettet mot elever (Iversen, 2018).

Undervisning om psykisk helse i skolen. Skolepsykologer kan også anvende kompetansen sin i rollen som underviser. Moberg (2016) argumenterer for at undervisning er en nyttig måte å fordele psykologressursene på, slik at alle elever kan dra fordel av psykologens kompetanse. Undervisning fra skolepsykologen om psykisk helse kan være et viktig helsefremmende og forebyggende tiltak, da videregåendeelevers kunnskap om hva som gir god psykisk helse er positivt assosiert med opplevd psykisk velvære (Bjørnsen et al.,

2018). Slik undervisning kalles gjerne *helseopplysning* (Statens helsetilsyn, 1998, s. 35), men vil videre bli referert til som undervisning om psykisk helse. Undervisningen kan øke elevenes *mental health literacy*. Kutcher et al. (2016) konseptualiserer mental health literacy som bestående av fire faktorer; 1) en forståelse av hvordan man kan opprettholde en god psykisk helse, 2) kunnskap om psykiske lidelser og hvordan de kan behandles, 3) en reduksjon av stigma relatert til psykiske lidelser og 4) god hjelpsøkingssatferd. Mental health literacy oversettes til *psykisk helsefremmende kompetanse*, og dette er begrepet vi vil bruke videre i oppgaven.

Det finnes en rekke undervisningsprogrammer om psykisk helse som har blitt utprøvd og gjennomført i skolen. Eksempler på slike programmer er «VIP-prosjektet» (Larsen, 2011), «UPS!» (Klomsten, 2018), «STEP – ungdom møter ungdom» og «Venn1.no» (Andersson et al., 2009). Disse undervisningsprogrammene har alle som mål at elevene skal lære å ta vare på egen psykisk helse, vite hvordan søke hjelp for psykiske helseplager og bli mer støttende overfor jevnaldrende. Evalueringer av disse programmene har vist at elevene jevnt over rapporterer en opplevelse av økt kunnskap som samsvarer med læremålene (Andersen, 2011; Klomsten, 2018; Klomsten & Uthus, 2020). Klomsten og Uthus (2020) rapporterte at ungdommene fikk en økt forståelse for seg selv og andre, og lærte hvilken rolle og betydning de har i samspillet med medelever. MOT-programmet «Robust Ungdom» er et undervisningsprogram i videregående skole som spesielt fokuserer på å fremme både individets robusthet i møte med livets utfordringer, og på å fremme et godt klasse- og skolemiljø (MOT, u.å.). Oppgaven har allerede belyst betydningen av sosial fungering for ungdommers psykiske helse. Skolen fremstår som en egnet arena for å lære om sosial fungering, da det er en kontekst som gir ungdommen mulighet til å utvikle gode relasjoner til venner og voksenpersoner (Oberle et al., 2011).

I tillegg til slike undervisningsprogrammer, har ønsket om psykisk helse som emne i skolen ledet til at *Livsmestring i skolen* innføres i grunnskolen og videregående skole. Dette er et tiltak, som i likhet med skolehelsetjenesten, skal fremme god psykisk helse hos elevene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017). *Livsmestring i skolen* er en del av Kunnskapsløftet 2020 og de nye læreplanene som ble innført fra 1. august 2020 (Utdanningsdirektoratet, 2020). Temaer som vil bli sentrale å lære om, er eksempelvis personlig økonomi, seksualitet og kjønn, psykisk og fysisk helse og bruk av sosiale medier. Livsmestringsemnet har dog blitt kritisert av Madsen (2018, s. 200-201) for potensielt å kunne føre til en økt sykeliggjøring og individualisering av de ressurssterke elevene og samtidig ikke nå ut til de ressursvake elevene.

Viktigheten av at skolepsykologen er tilgjengelig

I Helsedirektoratets definisjon av lavterskeltjenester i psykisk helsearbeid aksentueres det at tjenestene skal «gi direkte hjelp uten henvisning, venting og lang saksbehandlingstid» (Rodal & Frank, 2008, s. 11). Helse- og omsorgsdepartementet (2017) slår fast at et lavterskeltilbud vil kunne sikre at man tidligere får tilbud om hjelp, samt vil løse menneskers utfordringer og helseproblemer før de blir omfattende og livsbegrensende. En slik tilgjengelighet er altså en grunnleggende verdi for skolehelsetjenesten. Tjenesten skal være tilgjengelighet for alle og ha åpningstider tilpasset målgruppen og formål (Rodal & Frank, 2008). Enkelte hevder det er spesielt viktig å tilby ungdommer samtaler raskt, da motivasjonen deres kan svinge, og at det derfor er viktig å være tilgjengelig for dem når de ønsker hjelp (Ajo & Vik, 2008).

Langaard og Olaisen (2005) vektlegger viktigheten av relasjonell tilgjengelighet som en del av skolehelsetjenestens tilgjengelighet. Videregåendelever de har snakket med, forteller om hvor viktig det er for dem å kjenne helsepersonellet de skal søke hjelp hos, og at dette kan oppnås ved at skolehelsetjenesten presenterer seg på skolen og gir informasjon om hjelpen de tilbyr (Langaard & Olaisen, 2005). Noen brukere av psykologtjenester opplever det som mindre stigmatiserende å oppsøke en psykolog som er lokalisert ved instanser som brukerne allerede har kontakt med, som for eksempel skolen, helsestasjon og fastlege (Fossestøl & Skarpaas, 2013). Skolepsykologer forteller at deres tilstedeværelse på skolen gjør at de kommer i kontakt med elever med behov for omfattende tiltak og hjelp, og som ellers ikke ville blitt fanget opp (Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid, 2016).

En utfordring for lavterskel psykologtilbud i kommunen er å ha et lett tilgjengelig og synlig tilbud som gir behandling raskt, uten at tjenesten blir så tilgjengelig at psykologene får en for stor pasientgruppe og brukerne for lang ventetid (Fossestøl & Skarpaas, 2013). En annen potensiell fallgrube er at økt tilgjengelighet og rask hjelp kan undergrave unges tro på egne evner til å håndtere livets utfordringer (Moberg, 2016).

Kritiske perspektiver på psykologenes frammarsj i samfunnet

Madsen (2010, s. 160-162) hevder at psykologprofesjonen er fylt med en framtidsoptimisme, hvor psykologien står i sentrum av samfunnets avvikling og er svaret på alle problemer. Psykologifaget preges av tanken om at psykologi ikke bør være forbeholdt de syke. Psykologi skal ikke kun komme i form av psykologisk behandling for individet, men bidra til en normalisering for hele befolkningen. Dette henger sammen med tanken om at jo mer psykologi, jo bedre vil befolkningen ha det (Madsen, 2020, s. 44-46). Enkelte hevder at

psykologiens plass i dagens samfunn er som et symbol på et «knapphetsgode», som vi rett og slett ikke kan få nok av (Flor & Kennair, 2019, s. 117). Tanken om at psykologien står i sentrum, kaller Madsen (2018, s. 208) for «den terapeutiske vending» og innebærer økt fokus på både fysisk og psykisk helse. Videre hevder han at det i dagens samfunn er tabu å stille kritiske spørsmål ved eller problematisere psykologisk behandling, fordi man da problematiserer psykologiens fremadstormende rolle i samfunnet (Madsen, 2020, s. 46). Psykologer brukes sitt terapeutisk-kliniske blikk til å forstå alt psykologisk og på denne måten legitimere sin egen tilstedeværelse på flere og flere områder (Madsen, 2010, s. 160). Madsen (2018, s. 178) uttrykker at norske psykologer virker å mangle en «sterkt utviklet etisk bevissthet eller ydmykhet om profesjonens begrensninger».

Ungdommers hjelpsøking

Hjelpsøking og bruk av skolehelsetjenesten

Hjelpsøking for et helseproblem defineres av Cornally og McCarthy (2011) som en problemfokuseret, planlagt handling som involverer samhandling med helsepersonell. Det fordrer at man selv opplever å ha et problem, at man har tatt et valg om å handle og at man har valgt ut hvilken hjelpeinstans man skal kontakte (Cornally & McCarthy, 2011). Hjelpsøking kan forstås som en prosess der man beveger seg fra den personlige sfære til den interpersonlige sfære (Rickwood et al., 2005). Omtrent halvparten av ungdom med psykiske lidelser eller psykiske plager oppgir at de ikke har mottatt psykisk helsehjelp (Costello et al., 2014; Green et al., 2013; Sund et al., 2011). Ungdata-undersøkelsen for 2019 rapporterer at 35 % av elever på videregående sier de har vært hos en helsesykepleier på skolen og at 21 % har benyttet seg av tjenestene hos helsestasjon for ungdom (Bakken, 2019). Man ser at jenter benytter seg av skolehelsetjenesten i større grad enn gutter (Finpå, 2016; Sommerseth, 2017). Videre sier omtrent én av ti ungdommer at de har vært hos psykolog (Bakken, 2019).

Zachrisson et al. (2006) fant at jo mer alvorlige symptomene er, jo større sjanse er det for at norske ungdommer søker helsehjelp. Resultatene fra studien deres viste imidlertid at over halvparten av ungdommene med alvorlige symptomer på angst og depresjon, ikke søkte hjelp for vanskene sine. Tatt i betraktning at helsehjelp er relativt tilgjengelig og gratis i Norge, fremstår dette å være en høy andel (Zachrisson et al., 2006).

Det er kjent at noen ungdommer foretrekker å henvende seg til venner og familier når de har vansker (Andersen, 2011; Engehagen, 2014; Gulliver et al., 2010; Sandlie & Ystgaard, 2010). Foreldre ser ut til å være viktigst for de yngste ungdommene og etterhvert i ungdomstiden blir venner og kjærester viktigere (Rickwood et al., 2007; Sandlie & Ystgaard, 2010). En mulig årsaksforklaring for preferanse for uformelle hjelpere er at hjelpsøking hos

personell som har ekspertise på psykisk helse, er forbundet med manglende evne til å håndtere egne utfordringer (Barney et al., 2009). En annen årsaksforklaring er at ungdommer assosierer psykologer med alvorlig sykdom, og at det å oppsøke psykolog dermed blir «et tegn på at man er alvorlig syk» (Engehagen, 2014, s. 37). Ungdommene i studien til Sollesnes (2010) beskrev hvordan de først henvender seg til venner eller foreldre for hjelp og deretter eventuelt en psykolog. De oppsøker profesjonell hjelp når det gjelder temaer som de opplever som vanskelige å diskutere med foreldre.

De viktigste barrierene for hjelpsøking

Det er en rekke faktorer som kan forklare manglende hjelpsøking hos ungdom. Noen av de viktigste barrierene for ungdoms hjelpsøking er 1) at man foretrekker å håndtere vanskene sine på egenhånd (Andrade et al., 2014; Farrand et al., 2006), 2) vansker med å gjenkjenne symptomer hos seg selv (også kjent som psykisk helsefremmende kompetanse) og 3) stigma og flauhet (Gulliver et al., 2010). Det er en rekke studier som presiserer stigma eller flauhet som en essensiell barriere for hjelpsøking (Barker et al., 2005; Barney et al., 2006; Jorm et al., 2007; Sandlie & Ystgaard, 2010; Sollesnes, 2010). Manglende psykisk helsefremmende kompetanse kan sees i sammenheng med stigma knyttet til psykiske lidelser. At temaet er tabubelagt, fører til en opprettholdelse av feilaktige fordommer som hindrer hjelpsøking (Andrade et al., 2014; Zachrisson et al., 2006).

I Norge rapporteres det også om de nevnte barrierene for hjelpesøking. En norsk kvalitativ studie av Tharaldsen et al. (2017) i videregående skole fant at redsel for at andre skulle få vite om problemene deres var en betydelig barriere for ungdommenes hjelpsøking. Ungdommene beskrev psykiske helseproblemer som tabubelagte og hjelpsøking for psykiske helseproblemer som et tegn på svakhet. Studien konkluderte med at stigma kan føre til at ungdommer unngår hjelpsøking for psykiske helseplager.

Terskelen for å søke hjelp for psykiske helseplager beskrives som enda høyere for gutter, som også opplever å ha en høyere terskel for å innrømme psykiske helseplager (Hetland et al., 2002; Sollesnes, 2010). Dette kan potensielt sees i sammenheng med kjønnsforskjellene i rapporteringene av psykiske helseplager (Bakken, 2019; Haug et al., 2020). Denne kjønnsforskjellen kan forklares ved at sosiale normer i mindre grad aksepterer at menn snakker om psykiske helseplager, sammenlignet med jenter, hvor aksepten er større (Hetland et al., 2002; Sollesnes, 2010).

Hvorfor er stigma en av de viktigste barrierene for hjelpsøking?

For å kunne forstå hvorfor stigma er en av de viktigste barrierene for hjelpsøking, forutsetter det en redegjørelse av hvordan stigma defineres. Goffman (1963, s. 3) refererer til

stigma som «et attributt som er dypt diskrediterende». Dette attributtet knytter personen til en uønsket stereotype, noe som leder til at den stigmatiserte personen reduseres til en svertet person (Stuber et al., 2008). En videreutvikling av Goffmans definisjon omformulerer forståelsen av stigma fra et attributt til en «merkelapp», som knytter individet til stereotypier. Stereotypier er ansett som uønskede karakteristikk. Denne omformuleringen anser dermed stigma som noe påført av andre (i form av en merkelapp), heller enn noe som er iboende hos den stigmatiserte (i form av et attributt) (Jones et al., 1984, hentet fra Link & Phelan, 2001). Corrigan (2004) skiller også mellom offentlig stigma og selvstigma. Offentlig stigma innebærer at offentligheten, altså majoriteten i samfunnet, støtter fordommer rettet mot en gruppe (Corrigan, 2004). Selvstigma oppstår derimot når offentlig stigma blir internalisert hos det stigmatiserte individet (Tharaldsen et al., 2017).

Selvstigma kan ha alvorlige konsekvenser for individet. De mest rapporterte konsekvenser for selvet er redusert selvtillit, framtidstro og tro på egen mestring. Individer som opplever selvstigma knyttet til psykiske lidelser, kjenner ofte på følelse av skam og verdiløshet (Corrigan, 2004). Dette er igjen forbundet med redusert livskvalitet, samt å unnlate å forsøke å bedre livssituasjonen grunnet manglende mestringstro og framtidshåp (Tucker et al., 2013).

De potensielle konsekvensene av selvstigma gjør at mennesker med psykiske lidelser forsøker å unngå offentlig stigma og dermed ikke oppsøker hjelp (Andrade et al., 2014; Corrigan, 2004; Jacobsen et al., 2010). Dette gjør at man holder den psykiske lidelsen hemmelig så langt man klarer (Corrigan et al., 2009). I en dansk studie av Jacobsen et al. (2010) ble det rapportert at fire av ti deltakere i studien deres ville holdt det skjult dersom de fikk en psykisk lidelse. En studie av Barney et al. (2006) støtter dette funnet og rapporterte at en stor andel av deltakerne ville følt seg flau over å søke profesjonell hjelp for depresjon, og at de ville forventet negative reaksjoner fra andre dersom de oppsøkte hjelp. Dette gjaldt særlig ungdommer. Stigma er således beskrevet som et betydelig folkehelseproblem (Corrigan, 2004) og en essensiell faktor i hjelpsøking og behandling av psykiske helseplager (Barney et al., 2006; Tucker et al., 2013).

En pågående debatt om hensiktsmessigheten ved å diagnostisere psykiske lidelser belyser også de potensielle konsekvensene av stigma og selvstigma (Frances, 2013, s. 109). Diagnoser er blitt en nødvendighet for å gi riktig behandling, for å få tilgang til ressurser og for å kunne si noe om prognose (Jutel, 2009). Det å få en diagnose og behandling som følge av dette, kan dog få konsekvenser for individets identitet (Lian, 2014; Madsen, 2017). Ved å diagnostiseres som syk, uavhengig av om du er det eller ikke, kan det fungere som en

selvoppfyllende profeti. Det kan få en til å føle seg syk og oppføre seg som syk (Frances, 2013, s. 109). Dette kan dermed ha store konsekvenser for individets selvbylde og framtidsutsikter (Madsen, 2017). Da diagnoser kan beskrives som «merkelapp» for avvik (Jutel, 2014, s. 3), vil det også kunne påvirke hvordan andre ser på og behandler den diagnostiserte. Diagnosen kan dermed gjøre noe med den sosiale identiteten. Diagnostisering kan således medføre en rekke konsekvenser, og makten til å utløse disse konsekvensene ligger hos dem som diagnostiserer (Lian, 2014). I skolehelsetjenesten vil denne makten og autoriteten ligge hos skolepsykologen dersom skolepsykologen inntar rollen som behandler.

Fasilitatorer for hjelpsøking

Studier på hjelpsøking har funnet følgende faktorer som fasiliterer hjelpsøking: 1) tidligere positive erfaringer med hjelpeapparatet (Wilson & Deane, 2001), 2) å etablere trygge relasjoner til potensielle hjelpere, 3) følelsen av å være kompetent til å uttrykke ens egne følelser, 4) kunnskap om psykiske helseplager (Rickwood et al., 2007, s. 35; Rickwood et al., 2005) og 5) sosial støtte og oppmuntring fra andre (Gulliver et al., 2010).

Å øke ungdommers psykisk helsefremmende kompetanse er ansett som et viktig tiltak for å bryte ned barrierer knyttet til hjelpsøking (Andrade et al., 2014; Kelly et al., 2007; Rickwood et al., 2005). Tidligere erfaringer med helsehjelp kan gi økt helsekompetanse, samt redusere redselen og stresset som er relatert til å søke hjelp hos profesjonelle hjelpere (Gulliver et al., 2010). Økt helsefremmende kompetanse kan også øke bruken av (og kvaliteten på) sosial støtte (Rickwood et al., 2005). I tillegg vil det kunne øke individenes ferdigheter i å gjenkjenne egne behov for hjelp og redusere stigma knyttet til psykiske helseplager og hjelpsøking (Green et al., 2013; Gulliver et al., 2010). Undervisning i skolen for å fremme psykisk helsefremmende kompetanse kan skape en skolekultur hvor man normaliserer snakk om psykiske helseplager og reduserer stigma (Green et al., 2013).

Oppsummering

Oppsummert er skolehelsetjenestens formål å både være helsefremmende og sykdomsforebyggende for ungdommers psykiske og fysiske helse. Som vi har sett, kan ungdommers psykiske helse sees i sammenheng med faktorer som stress, press og sosial fungering. Det er rapportert en gradvis økning i selvrapporterte psykiske helseplager blant ungdom. Noen psykiske helseplager fordrer hjelp, samtidig som en rekke barrierer hindrer ungdom fra å oppsøke hjelp. Innføring av skolepsykolog blir vurdert som et tiltak som kan heve kompetansen ved skolehelsetjenesten, senke terskelen for ungdommers hjelpsøking og fremme ungdommer psykiske helse. Det er derimot manglende føringer for, og lite forskning på, hvordan skolepsykologens rolle skal utformes. Dette gjør at man kan spørre seg om

utvidelsen av skolehelsetjenesten kan bli et potensielt etisk dilemma. Kritiske røster hevder at økt fokus på psykisk helse i skolen kan føre til sykeliggjøring, og at innføring av skolepsykologer kan føre til økt hjelpeløshet og avhengighet til profesjonell hjelp. I vår studie ønsker vi å besvare følgende problemstillinger: Hvilke oppfatninger om og ønsker til skolepsykologen har ungdommer i videregående skole? Hvordan kan kunnskap om ungdommenes oppfatninger og ønsker bidra i utformingen av skolepsykologens rolle?

Metode

Informanter

Utvalget i studien vår bestod av 33 elever i videregående skole, sammensatt av 20 jenter og 13 gutter. Alle informantene var mellom 16 og 19 år. Vi ønsket at informantene skulle representere ungdommer flest ved skolen sin og definerte derfor ikke noen kriterier for deltakelse utover det å være elev ved den aktuelle videregående skolen. I tillegg hadde vi et mål om en omtrentlig lik kjønns- og klassetrinnfordeling blant deltakerne. Videre bestod utvalget av elever fra to ulike videregående skoler fra ulike fylkeskommuner: Vestland Fylkeskommune og Trøndelag Fylkeskommune.

Vi gjennomførte totalt 6 fokusgruppeintervjuer, med 5-7 deltakere per gruppe. Det var én gruppe per videregående trinn fra de to skolene. Deltakerne var både fra studiespesialisering og yrkesfaglige linjer. Intervjuene vil videre bli referert til som samtaler, da vi opplever at dette er en riktigere benevnelse av dynamikken under fokusgruppeintervjuene. Ved den ene skolen gjennomførte vi samtalene våren 2020. Vi gjennomførte samtalene ved den andre skolen høsten 2020. De sistnevnte samtalene ble utsatt til høsten grunnet Covid-19 og midlertidig stenging av skolen. Dette medfører at elevene fra de ulike trinnene ikke er fra samme årskull. I tillegg innebærer det at VG1-elevene ved den ene skolen hadde gått et halvt år lenger ved skolen, noe som kan virke inn på hvor mye de kunne om skolehelsetjenesten ved skolen, og hvor mye erfaring de hadde med den. At elevene ved den andre skolen kun hadde gått i klasse sammen i om lag én måned kan også virke inn på hvor komfortable de var med de andre deltakerne, samt at det kan ha påvirket mengden og innholdet i hva de valgte å dele.

Rekruttering

Rekrutteringen startet med at vi tok kontakt med rektor på de to respektive videregående skolene. Dette ble gjort både på e-post og telefon. Rektor fikk tilsendt et informasjonsskriv om studien, og videreformidlet dette til kontaktlærere på VG1, VG2 og VG3. Deretter presenterte lærerne informasjonen både muntlig og gjennom

informasjonsskrivet til elevene (se vedlegg A). Lærerne rekrutterte elever som ønsket å delta i studien, ved at elevene meldte sin interesse til lærerne. Lærerne ga beskjed til oss da de hadde rekruttert ønsket antall elever. Elevenes identitet ble ikke gjort kjent for oss før vi møtte dem til samtalene.

Vi hadde ønsker om et gitt antall deltakere fra de ulike klassetrinnene og omtrentlig lik fordeling mellom kjønnene. Utvalget kan samtidig beskrives som et bekvemmelighetsutvalg, ved at deltakere ble valgt ut ifra hvem som meldte seg frivillig til å delta. Frivillige deltakere har en tendens til å være mer sosiale, ha et større behov for anerkjennelse og ha høyere sosioøkonomisk status (Cozby & Bates, 2018, s. 298). Flere av deltakerne i studien uttrykte eksplisitt i begynnelsen av samtalene at de deltok fordi de syntes det var «interessant», «viktig» og ønsket å «uttrykke sin mening». Vi så på det som en fordel å ha sosiale deltagere, som ønsket å bidra i fokusgruppesamtalen, slik at vi kunne få innsikt i hvilke perspektiver som sirkulerer i miljøet ungdommene tar del i.

Valget av omtrentlig 30 informanter baserte vi på en avveining mellom ønsket om tilstrekkelig analysemateriale, og begrensinger relatert til oppgavens omfang og den tiden vi hadde til rådighet. Antallet møtte også kriteriene skissert av Braun og Clarke (2013) for hvor mange informanter som er nødvendig i en kvalitativ studie på masternivå. Antall fokusgruppesamtaler fulgte også tommelfingerregelen om tre til fire grupper per kategori som studeres (Howitt, 2019, s. 89).

Etiske refleksjoner

Etiske refleksjoner knyttet til innsamling og håndtering av datamaterialet er en essensiell del av forskningsarbeidet. Prosjektbeskrivelse, intervjuguide og informasjonsskriv ble sendt inn til Norsk senter for forskningsdata AS (NSD), som godkjente prosjektet (se appendiks 3). Det ble vurdert at behandlingen av personopplysninger samsvarte med personvernsregelverket.

Informert samtykke

Ingen personer skal delta i et forskningsprosjekt uten å ha gitt informert samtykke (Svartdal, 2009, s. 91). I informasjonsskrivet som ble delt ut til informantene på forhånd, ble det informert om at de måtte gi muntlig samtykke i begynnelsen av samtalen slik at det ble registrert på lydopptaket. Det ble også informert om at det var frivillig å delta i samtalene. Videre ble det informert om at samtykke kunne trekkes tilbake når som helst uten å oppgi årsak, og at dette ikke vil ha negative konsekvenser for vedkommende.

Potensielle emosjonelle belastninger

Innledningsvis i samtalene informerte vi om at deltakernes innspill helst skulle handle om det «generelle» og ikke det «personlige». Deltakerne ble oppfordret til å svare med tanke på hva de mente ungdom generelt hadde behov for. Vi ønsket deltakernes egne meninger om skolehelsetjenesten, men oppfordret ikke til personlige erfaringer av utleverende art. Dette ønsket var begrunnet i vårt forskningsfokus på skolehelsetjenesten som tilbud og *ikke* på deltakernes egne utfordringer. Både i planleggingen og gjennomføringen av prosjektet var vi opptatte av at deltakelsen i forskningsprosjektet ikke skulle være emosjonelt belastende. Selv om vi ikke ba om det var det likevel noen deltakere som delte personlige utfordringer og erfaringer. Dette fremstod ikke emosjonelt belastende for deltakerne under samtalene. Mot slutten av samtalene fikk deltakerne informasjon om hvordan de kunne ta kontakt med oss eller en talsperson i skoleledelsen dersom de hadde innspill vedrørende gjennomføring av samtalene. Vi har ikke blitt kontaktet av verken deltakere eller skolen i ettertid.

Anonymitet og konfidensialitet

I starten av samtalene informerte vi om vår pålagte taushetsplikt. Samtidig ble det anmodet om at informantene skulle forholde seg til det som ble sagt, som om de selv også var underlagt taushetsplikt. Vi tydeliggjorde at dette ikke var pålagt, men en oppfordring, slik at deltakerne fikk muligheten til selv å vurdere mengden og typen informasjon de var villige til å dele under samtalene. I redegjøring av resultatene er skolene blitt anonymiserte. Dette er for å bevare konfidensialiteten til både deltakerne og skolene. At skolene skulle anonymiseres i oppgaven var også uttrykt som et eksplisitt ønske fra ledelsen ved den ene skolen.

I den første kontakten med rektor informerte vi om at det ville bli tatt lydopptak under samtalene. Videre informerte vi om at vi senere ville transkribere disse lydopptakene, og at datamaterialet ville bli anonymisert. Lydopptakene har blitt oppbevart på krypterte minnepinner og i skap med lås på NTNU. Det er kun veileder og intervjuere som har hatt tilgang til lydopptakene. Lydopptakene er nå slettet. Utdrag fra samtalene som er gjengitt i oppgaven er anonymisert ved å fjerne blant annet navn, kjennetegn på dialekt, skole og annen personidentifiserende informasjon (eks: sted, spesifikke interesser).

Datainnsamlingen

Valg av fokusgruppe som metode

Vi valgte fokusgruppeintervju som datainnsamlingsmetode, ettersom dette er en metode som har som mål å få frem ulike perspektiver og fasilitere at ulike meninger uttrykkes (Vaughn et al., 1996, s. 5-6). Andre fordeler var metodens fleksibilitet, muligheten til å samle

mye data over kort tid og at deltagerne kunne stimulere refleksjoner hos hverandre (Wilkinson, 2015). I tillegg har vi hatt praktisk erfaring med denne metoden i løpet av utdannelsen vår slik at vi hadde nødvendige ferdigheter til å fasilitere samtalene.

Intervjuguiden

Vi utviklet intervjuguiden for å gjennomføre fokusgruppesamtalene (se vedlegg B). Fokusgruppesamtalene var semi-strukturerte, hvilket er den vanligste metoden for datainnsamling innen kvalitativ forskning på psykologifeltet. I semi-strukturerte intervjuer brukes åpne spørsmål for å stimulere snakk fra deltakerne (Willig, 2008, s. 23). Dette hadde vi som utgangspunkt da vi utformet intervjuguiden. Semi-strukturerte intervjuer har også et forskningsspørsmål som driver samtalene, og som brukes i utforming av intervjuguiden (Willig, 2008, s. 24). Ved utforming av intervjuguiden tok vi utgangspunkt i forskningsspørsmålet «*hvilke perspektiver har ungdommer vedrørende psykiske helsetilbud i videregående skole?*», med fokus på skolepsykologens rolle i dette tilbudet.

I utviklingen av intervjuguiden gjennomførte vi samtaler med to ungdommer fra ulike deler av landet. I disse samtalene forsøkte vi å kartlegge hvilke tema og utfordringer som er livsnære for dagens ungdom. Med utgangspunkt i disse samtalene, samt kartlegging av hvilke temaer som er aktuelle i populærkulturen og media, ble intervjuguiden utviklet i samråd med veileder. Den ble også godkjent av NSD (se vedlegg C).

Vi utviklet en intervjuguide bestående av to deler. I den første delen ønsket vi å undersøke hvilke hjelpere ungdom opplever at de har i og utenfor skolen, samt hvilke utfordringer de går til ulike hjelpere med. For å gjøre dette konkret og livsnært laget vi en liste over ulike utfordringer som dagens ungdom kan stå overfor. Utfordringene var rangert fra hverdagslige (eks: «en jente som er trøtt hele tiden fordi hun ser på Netflix til altfor sent hver kveld») til mer alvorlige (eks: «en jente som kuttet seg i går og tror hun kommer til å gjøre det igjen»). Denne delen har vi gitt betegnelsen «*Utfordringsdelen*» av samtalen.

I den andre delen av samtalen ønsket vi å undersøke hvilke forventninger og holdninger deltakerne hadde til utformingen av skolepsykologens arbeidsoppgaver og rolle. Her presenterte vi et fiktivt kasus for ungdommene, hvor psykologen «Hilde» skulle bli ansatt som skolepsykolog ved skolen deres. Videre ga vi forslag til ulike arbeidsoppgaver som «Hilde» kunne ha. Eksempler på disse var «innkallingssamtaler», «individuelle samtaler ved behov», «undervisning», «gruppetilbud», «samarbeid med lærer», «chattefunksjon» og «kontakt med foreldre». I sitater fra datamaterialet hvor skolepsykologen refereres til som «hun/henne» er det med referanse til «Hilde» som fiktiv skolepsykolog. Denne delen av samtalen har vi gitt betegnelsen «*Kasusdelen*».

Intervjuguiden fungerte ikke som et manus, men heller som et hjelpemiddel som ga både retning og fleksibilitet i fokusgruppesettingen. Mot slutten av samtalen var det også lagt inn tid til å høre om deltakerne hadde noen andre innspill vedrørende tema, som ennå ikke var blitt belyst i løpet av samtalen.

Intervjusituasjonen

Hver fokusgruppesamtale varte i omtrentlig 60 minutter, og det ble tatt lydopptak. Begge forfatterne av denne oppgaven var til stede under samtalen. Den ene av oss hadde en aktiv intervjuerrolle og ledet samtalen. Den andre hadde en mer passiv rolle og tok feltnotater og stilte oppfølgings spørsmål mot slutten av samtalen. Vi byttet på å innta den aktive og den passive rollen.

Under samtalen fokuserte vi på at deltakerne selv var eksperter på sine egne erfaringer og meninger. Som intervjuere tok vi en «naiv» posisjon, da dette ifølge litteraturen kunne fasilitere deltakernes implisitte antagelser eller forventninger (Willig, 2008, s. 25). Vi formidlet at vi ikke hadde noe kunnskap om den gitte skolen sitt psykiske helsetilbud/skolehelsetjeneste.

Vi fulgte ikke intervjuguiden slavisk, noe som gjorde at ikke alle de samme ungdomsutfordringene ble diskutert i alle samtalen. Den av oss som hadde rollen som aktiv intervjuer tilpasset aktivt samtalen underveis for å gi deltakerne rom til å utbrodere de tema som de var særlig interessert i. Samtidig passet vi på å holde samtalen varighet på omtrentlig én klokke time.

Deltakerne ble tilbudt saft og bakervarer som takk for deltakelsen, og som forsøk på å skape en mer avslappet atmosfære. Dette opplevde vi hadde ønsket effekt. En av gruppene var dog mindre aktive enn de andre, og ungdommene fremstod mindre komfortable i settingen. Denne samtalen var dermed ikke like dynamisk som de andre samtalen, men ga likevel viktige bidrag til datamaterialet.

Analyseprosessen - Tematisk analyse

Tematisk analyse er en analysemetode som er mye brukt innen kvalitativ forskning (Braun & Clarke, 2006). Det er denne analysemetoden vi har tatt i bruk i dette prosjektet. Metoden ble valgt ettersom den er fleksibel, anvendbar for uerfarne forskere, ikke har sterk teoretisk forankring og er opptatt av å undersøke innholdet i det som blir sagt, fremfor hvordan det blir sagt. Analysen består av å avdekke temaer på tvers av datamaterialet (Howitt, 2019, s. 149). De mest kjente retningslinjene for tematisk analyse er utviklet av Braun og Clarke (2006) og består av seks steg.

Steg 1: Å bli kjent med datamaterialet

Ettersom vi samlet inn data selv, så var vi allerede noe kjent med datamaterialet da vi startet analyseprosessen. I denne første fasen transkriberte vi datamaterialet. Transkribering innebærer å omgjøre tale til skriftlig form (Landridge, 2006, s. 257) og er nødvendig for å kunne gjennomføre en full analyse av datamaterialet. Transkriberingen skal gjøres ordrett eller nær til ordrett (Willig, 2008, s. 27), men kan gjøres med ulikt deltajenivå (Howitt, 2019, s. 125). Samtalene i studien ble transkribert kun dager etter at de ble gjennomført. Vi transkriberte selv og ble på denne måten enda bedre kjent med datamaterialet. Ikke-lingvistiske egenskaper (eks: pauser, talevolum, intonasjon) ble ikke transkribert, da vi skulle analysere innholdet i samtalene. Det var dermed i hovedsak kun det som ble sagt, som ble transkribert, inkludert fyllord og gjentakelser. Det ble ikke gjort noen korrigeringer på det som ble sagt. Ved enkelte tilfeller transkriberte vi latter og avbrytelser, hvor vi vurderte at dette bidro til sammenheng og innholdet i talen. Vi tok feltnotater under og etter samtalene for å bevare noe kontekstuell informasjon, som potensielt kunne brukes som et supplement til transkripsjonene. Det ble omtrentlig 180 sider med transkripsjon. Etter endt transkribering lyttet vi til lydopptakene igjen, og eventuelle feil i transkripsjonene ble rettet opp. Vi forventet med å kode, men gjorde oss noen tanker om potensiell koding.

Steg 2: Initial koding

Etter gjennomført transkribering og gjentatte gjennomlyttinger var vi blitt godt nok kjent med datamaterialet for å kunne starte den initiale kodingen. Koder refererer til *«det mest elementære elementet eller segmentet av rådata som kan bli vurdert som meningsfylt, med tanke på fenomenet»* (Boyatzis, 1998, hentet fra Braun & Clarke, 2006, s. 18). Vi jobbet oss systematisk gjennom transkripsjonene og kodet datamaterialet. Vi kodet enkelte koder flere ganger i datamaterialet.

Steg 3: Avdekke temaer basert på initial koding

Neste steg var å avdekke temaer basert på den initiale kodingen. Temaer skal representere og oppsummere data. De skal representere mønstre av mening på tvers av datamaterialet. Det er dog verdt å merke seg at antall ganger et tema går igjen i datamaterialet ikke trenger å være ekvivalent med hvor viktig eller essensielt temaet er (Braun & Clarke, 2006). Vi begynte med å analysere kodene og vurdere hvorvidt ulike koder kunne grupperes under større, overordnede temaer. Vi lagde tankekart for å få en oversikt over kodene og potensielle temaer. Dette ga oss en visuell måte å vurdere relasjon mellom koder og temaer. Det ble dermed laget både hovedtemaer og undertemaer som vi vurderte kunne oppsummere kodene.

Steg 4: Evaluere temaer

I denne fasen evaluerte vi temaene gjennom igjen å gå gjennom datamaterialet. Dette er en essensiell del av analysen, da man kan avdekke om temaene faktisk oppsummerer dataen eller om man har nok data for å beholde et tema (Howitt, 2019, s. 157). Ny gjennomlesing av data kan også føre til endring av koder eller utvikling av nye koder (Braun & Clarke, 2006). I denne fasen ble dermed enkelte temaer forkastet, redefinert, slått sammen eller delt opp i flere temaer. Her tok vi igjen bruk et tankekart for å visualisere temaene og relasjonene mellom dem. I vedlegg D kan man se tankekart som visualiserer utviklingen av temaene.

Steg 5: Definerings og merking av temaer

I denne fasen definerer og raffinerer man de temaene som man ønsker å presentere. Dette handler om å identifisere hva temaene virkelig handler om og hvilken del av data som de oppsummerer. Her skal man gjøre mer enn bare å parafrasere deler av data, men heller trekke ut essensen av og peke til hvorfor temaet er interessant å presentere (Braun & Clarke, 2006). Vi ga temaene dermed endelige navn og skrev korte definisjoner av temaene. I denne fasen utviklet virkelig analysen sitt narrativ seg, og det ble klart hvilken historie vi kunne fortelle basert på datamaterialet.

Steg 6: Rapportskrivning

I den siste fasen av analysen skal analysen ferdigstilles og rapporten skrives (Braun & Clarke, 2006). I denne fasen hadde vi den utfordrende oppgaven med å fortelle historien til datamaterialet, samtidig som det skulle settes i sammenheng med teori, tidligere studier og videre praksis. Dette krevde både valg av relevante eksempler fra data, samt diskusjon av temaene som gikk utover å kun gjengi data.

Epistemologisk ståsted

Tematisk analyse kan bli gjennomført både fra et konstruktivistisk perspektiv og et realistisk/essensialistisk ståsted, samtidig som det finnes ulike grader av de ulike ståstedene (Braun & Clarke, 2006). En konstruktivist tenker at det ikke finnes en ekstern virkelighet som venter på å bli oppdaget, men heller at ulike versjoner av virkeligheten skapes i og gjennom sosial praksis som forskningen også er en del av. En realist eller essensialist tenker derimot at virkeligheten finnes uavhengig av forskningen og er noe som forskning kan avdekke. Ved å ta det sistnevnte ståstedet er antakelsen dermed at man får tilgang til menneskers virkelighet gjennom å analysere hva de forteller (Clarke et al., 2015, s. 224). Det er det sistnevnte ståsted vi heller mot i gjennomføringen av denne studien. Vi er dog bevisste på at det vi spør om, samt måten vi spør på, er med på å forme svarene til deltakerne.

Reliabilitet og validitet

For å kunne vurdere om funnene i studien har en reell verdi, kan man se til reliabilitet og validitet (Landridge, 2006, s. 41). Validitet omhandler om et mål faktisk måler det man forsøker å måle. Ved høy validitet kan man med større sikkerhet trekke en presis slutning basert på funnene (Svartdal, 2009, s. 121). Reliabilitet handler derimot om hvor stabilt eller konsist et mål er. Ved høy reliabilitet skal målet gi tilsvarende resultat ved hver måling (Landridge, 2006, s. 41). Både reliabilitet og validitet skal dermed sikre sannhetsverdien ved forskning. Disse måtene å evaluere forskning på har sin opprinnelse i kvantitativ forskning og er dermed ikke alltid like meningsfulle i evaluering av forskning som forholder seg til kvaliteter (Willig, 2013, s. 169). En bredere forståelse av begrepet validitet har å gjøre med i hvilken grad observasjonene som blir gjort reflekterer fenomenet man undersøker og er et oppnåelig mål for kvalitativ forskning (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 251-252).

Thagaard (1998) anvender begrepene troverdighet, bekreftbarhet og overførbarhet som kvalitative alternativer for å betegne henholdsvis reliabilitet, validitet og generaliserbarhet. Tjora (2017, s. 231) ser liten hensikt i å ta i bruk slike alternative begreper og argumenterer for at de tradisjonelle kvalitetskriteriene fra kvantitativ metode fungerer godt som kriterier for kvalitativ forskning. Derav vil begrepene validitet og reliabilitet tas i bruk videre i denne oppgaven.

Validitet

Validitet defineres noe ulikt blant kvalitative forskere. Noen vektlegger validiteten ved analysen, som vurderer hvor godt analysen samsvarer med datamaterialet. Dette kan for eksempel undersøkes ved at deltakerne i studien får verifisere om forskeren har forstått dem riktig. En forståelse som er nær forståelsen til deltakeren krever ofte refleksivitet, som innebærer forskerens bevissthet rundt egne påvirkninger, forutinntattheter og biaser (Howitt, 2019, s. 392-396). Vi har forsøkt å inneha en refleksiv objektivitet i arbeidet med studien, ved å forsøke å være sensitive til våre fordommer og subjektivitet (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 344). Som psykologstudenter var vi svært bevisste på våre forutinntattheter om at psykologer kan være en positiv faggruppe å implementere i skolen. Dersom vi ikke hadde vært bevisst dette og lagt igjen denne holdningen «i døra» på vei inn i intervjurommet, kunne vi endt opp med å påvirke deltakerne i stor grad. Det skal dog sies at deltakerne visste at vi var psykologstudenter, som også kan ha påvirket hva de formidlet under samtalene.

Andre måter å øke validiteten i kvalitativ forskning på er å gi en klar beskrivelse av hvordan man har gått frem i forskningsprosessen, drive datatriangulering og at funnene

samsvarer med tidligere forskning på samme fenomen (Howitt, 2019, s. 393-397). Som vi har nevnt før i oppgaven, har det tidligere blitt gjort noen få studier på elevenes egne oppfatninger og forventninger til skolehelsetjenesten i videregående skole.

Reliabilitet

Vurdering av reliabilitet innen kvalitativ forskning er også noe annerledes enn ved kvantitativ forskning. Howitt (2019, s. 401-402) hevder at kvalitative forskere ofte anser datamaterialet sitt som situasjonsbetinget. Dette innebærer forventningen om at en studie av samme fenomen i en annen kontekst og med en annen forsker vil kunne gi andre resultater. Likevel kan en deling av intervjuguide, samt en klar og tydelig gjengivelse av datainnsamling og analyse potensielt øke muligheten for tilsvarende funn.

Begrensninger ved kvalitative metoder

Kvalitativ forskning blir av enkelte kritisert for manglende validitet og reliabilitet, men som vi har presentert ovenfor kan ikke en kvantitativ definering av begrepene brukes ved evaluering av kvalitativ forskning. En annen kritikk er at funn fra kvalitative studier har redusert generaliserbarhet (Howitt, 2019, s. 26). Generaliserbarhet innebærer å bruke funn fra ett utvalg for å si noe om populasjonen (Landridge, 2006). Dette er som sagt ikke alltid målet i kvalitativ forskning. Målet om generaliserbarhet til flere ulike kontekster avhenger av forskningsspørsmålet. Dersom studien dreier seg om å studere en spesifikk og unik kontekst, vil ikke generaliserbarhet være et nødvendig eller ønskelig mål (Yardley, 2015, s. 266-267). Man ønsker derfor i stedet å oppnå det som kalles *teoretisk-, vertikal- eller logisk generaliserbarhet* i kvalitative studier (Yardley, 2015, s. 260). Kvale og Brinkmann (2009, s. 266) kaller dette for analytisk generalisering. Dette betyr at innsikten man får fra en kontekst kan være nyttig og ha overføringsverdi til liknende kontekster og gjør den kvalitative generaliserbarheten bred og fleksibel (Yardley, 2015, s. 260). Det er også sentralt å huske på at kvalitative studier interesserer seg for deltakernes subjektive opplevelser (Eatough, 2012, s. 323). Evnen til fange opp deltakernes faktiske levde opplevelser er noe som ofte trekkes frem som en styrke ved kvalitativ forskning (Howitt, 2019, s. 26).

Resultater

Ved vår anvendelse av tematisk analyse har vi kategorisert data ved tre hovedtemaer, med tilhørende undertemaer. Hovedtemaene er definert som «*Skolepsykologens ettertraktede kompetanse*», «*Oppfatninger som påvirker oppsøking av skolepsykolog*» og «*Tilgjengelighet som forutsetning for skolepsykologens arbeid*». Temaene representerer tendenser i datamaterialet. De er forskjellige fra hverandre og relevante for å forsøke å besvare

problemstillingene: Hvilke oppfatninger og ønsker har ungdommer i videregående skole til skolepsykologen? Hvordan kan kunnskap om ungdommenes oppfatninger og ønsker bidra i utformingen av skolepsykologens rolle?

For å belyse temaene vil vi presentere sitater fra det transkriberte datamaterialet. Deltakerne er anonymiserte, men representeres ved kjønn (J/G) og skoletrinn (1/2/3). De vil videre også bli omtalt som ungdommer, heller enn deltakere. I sitater hvor flere ungdommer snakker har vi valgt å representere hver ungdom alfabetisk (a/b/c/d), slik at man klarer å skille mellom hvem som sier hva.

Tema 1: Skolepsykologens ettertraktede kompetanse

Gjennomgående fremstår det som om ungdommene i studien har interesse for psykisk helse. En jente påpeker at det har «*blitt lagt mer fokus på det (psykiske helseplager) nå de siste årene*» (J3). Ungdommene fremstiller skolepsykologen som en som kan lære dem om psykisk helse, samt hjelpe dem når de opplever psykiske helseplager. Videre fremstilles skolepsykologen som en hjelper som det er nesten utelukkende positive sider ved (jo flere, jo bedre), så lenge man har ressursene til det. Undertemaene som ble konstruert fra den tematiske analysen som sammenfatter ungdommenes syn på skolepsykologens kompetanse som ettertraktet er følgende: 1.1) «Kompetent på psykisk helse», 1.2) «Ungdommenes ønske om kunnskap for å møte livets utfordringer» og 1.3) «Jo flere skolepsykologer, jo bedre».

1.1 Kompetent på psykisk helse

Det er tydelig at ungdommene i studien har en overordnet forståelse av skolepsykologen som en hjelper for psykiske plager og lidelser. I alle samtalene knyttes skolepsykologens kompetanseområde til psykisk helse. «*Stress*» (J1), «*depresjon*» (J1) og de «*psykiske eller mentale tingene*» (J2) er eksempler på ting som de mener skolepsykologen kan hjelpe med. Når psykiske lidelser nevnes av ungdommene under «*Utfordringsdelen*» av samtalene, blir psykolog foreslått som den relevante hjelperen. Det fremstår som at ungdommene har tro på at man får adekvat, psykisk helsehjelp hos psykologen, slik en gutt beskriver her:

G2.a: «Men hvis du har noe problemer mentalt, så får du jo hjelp. Da blir du henvist»

J2: «Ja»

G2.b: «Ja, hvis du bare går til helsesøster, så kan jo du bli henvist til psykolog. Da skal du få den hjelpen du trenger»

Guttene beskriver av psykologens hjelp fremstår imidlertid noe uklare da de gir lite beskrivelser av hva den innebærer. Dette kan skyldes at de mangler kunnskap om hva som faktisk inngår i psykologens kompetanse. Kompetansen knyttet til psykisk helse kommer til syne når skolepsykologen sammenlignes med helsesøster i følgende sitat:

G2: «Skolepsykolog er mer spesialisert mot mental helse, mens en helsesøster er mer spesialisert mot alt og dermed så vet de ikke helt hva de skal gjøre når det kommer til situasjoner der det er noe de ikke er utdannet på – som for eksempel klinisk depresjon – jeg tror ikke de fleste helsesøstre er utdannet på hvordan man skal ta å behandle det»

Her ser man hvordan skolepsykolog blir ansett som en mer spesialisert hjelper, hvor behandling inngår som en del av kompetansen. Videre beskrives skolepsykologen som en som kan hjelpe med «å håndtere hvordan du føler det» (J2) og en annen jente setter ord på at psykologens fagkunnskap er knyttet til selvbilde:

J1: «Gjerne hvis man har veldig dårlig bilde på seg selv og så kan det gå utover veldig mye annet da og at man føler at man gjerne ikke er god nok til mye mer enn bare liksom utseende og sånn – så kanskje det lureste er å snakke med noen som for eksempel da en psykolog, som vet veldig sånn – ja, de har mye fagkunnskap rundt det»

Noen andre jenter fra samme samtale reflekterer rundt skolepsykologens kompetanse i forbindelse med utfordringen «En jente som fikk et anfall for noen dager siden hvor hun trodde at hun holdt på å dø, og nå er hun livredd for at hun holder på å bli gal» (se vedlegg B for intervjuguiden). Jentene beskriver hvordan de ser på skolepsykologen som en som både kan berolige og gi teknikker, slik at man kan klare å håndtere for eksempel et angstanfall:

J1.a: «Jeg har hørt hvert fall at hvis man har angstanfall, så føler man liksom at man kommer til å dø og sånn og det er jo gjerne – da bør man gjerne i hvert fall kontakte sånn – jeg vet ikke hvem man skal kontakte – sånn psykologen, som kan hjelpe deg med å berolige deg med at du kommer ikke til å dø og at – ja»

J1.b: «At de kanskje kan hjelpe deg med sånn – hvis du plutselig får sånn veldig sterk følelse av at 'nå kommer jeg til å dø' eller noe sånt – at de da har liksom en liksom en teknikk eller en måte som du kan liksom gjøre på egenhånd»

Forslaget om at man kan ha behov for verktøy fra psykologen for å selv håndtere følelsen av at man kommer til å dø, gir inntrykk av en individualisering av ungdommens utfordringer.

Hva skiller skolepsykologen fra venner og familie slik ungdommene ser det? Det kan virke som at det særegne ved skolepsykologen er nettopp kunnskapen og erfaringen knyttet til psykisk helse. Når ungdommene diskuterte en av utfordringene, beskriver en gutt (G1) at “*større erfaring*” og “*vet litt mer (om spiseforstyrrelser) enn en venn*” er eksempler på hva som kan skille skolepsykolog og venner. I to samtaler trekkes det frem at foreldre kan reagere uheldig hvis man forteller dem om alvorlige vansker som for eksempel selvsykdom:

J2: «Ja, jeg tror akkurat psykologer de er jo litt sånn vant til det kanskje. Altså de er der jo for å hjelpe tenåringer, så de er jo litt mer sånn god på det kanskje (...))»

G2: «Jeg tror med mindre du har veldig støttende foreldre, så kan det være bensin på bålet – det kan gjøre vondt verre hvis du forteller, for de kan overreagere og de kan også underreagere.»

Skolepsykologen beskrives dermed som en mer rasjonell hjelper, som i større grad klarer å beholde roen, og som kan være til hjelp for ungdommer som ikke opplever å ha støttende foreldre. Ungdommene trekker altså frem at psykologen har mer erfaring, fagkunnskap og generelt «*vet litt mer*» (G1) om temaet psykisk helse, samtidig som ungdommene i noen tilfeller synes å mangle kunnskap om hva en psykolog faktisk gjør. Skolepsykologen som kompetent på psykisk helse er en av grunnene til hvorfor skolepsykologen er ønsket i skolehelsetjenesten. Det vil imidlertid bli presentert en nyansering av dette synet på skolepsykologen som kompetent hjelper i undertemaet “Jo flere skolepsykologer, jo bedre”.

1.2 Ungdommers ønske om kunnskap for å møte livets utfordringer

Noen av ungdommene i studien ønsker også at skolepsykologen skal undervise. I datamaterialet ble det identifisert at ungdommene ønsker å lære mer om temaer som er relevante for deres livssituasjon. Dette kan forstås med bakgrunn i utviklingsoppgavene ungdommene står overfor i ungdomstiden (Erikson, 1963, hentet fra Keenan et al., 2016). Det kan virke som at de savner fokus på dette i skolen.

J3: «Litt mer sånn hva er det vi ungdommer faktisk opplever?»

J1: «Gjerne, gjerne noe som er veldig fokusert på ungdomstiden, i og med at vi er midt i det. (...) Nå når man begynner å ja, nesten bli voksen og begynner å utforske mer og da er det viktig å at man er sikker på ting og ja»

Det er en rekke temaer som blir trukket frem når ungdommene blir spurt om hva de kunne tenkt seg å lære mer om hvis en skolepsykolog skulle undervist på skolen deres. Som en del av intervjuguiden foreslo vi temaer vi anså som relevante for ungdom i dag (se vedlegg B for intervjuguide). I fire samtaler ble spesielt temaene “stress” og “søvn” trukket frem som temaer de ønsker å lære mer om. Noen jenter etterlyser mer informasjon om “grensesetting - sånn i forhold til din egen kropp” og “bedre seksualundervisning” om temaer som “abort” og “porno”. Videre etterspørres det også mer undervisning om “kroppspress” (J1), “tegn på at man har psykiske problemer” (G2), “språk for følelser” (J1) og “forskjellige psykiske lidelser” (J3).

Det trekkes frem at undervisning kan være en relevant oppgave for skolepsykologen ettersom hen har spesialisert kunnskap om psykisk helse, slik det ble tematisert i undertemaet «Kompetent på psykisk helse»:

J1.a: «Det med undervisning kunne ha vært bra det også, for det er noen som er utdypt i det en skal lære om, sånn som kommer i hverdagen da. (...) Som ikke kanskje er lærerne»

J1.b: «Og da får man tatt opp mer i klasserommet også, sånn som det vi snakket om før og»

Det virker også som at ungdommene ønsker mer dialog om ungdomsrelaterte temaer i klassen og at de har et behov for å reflektere mer sammen rundt problemstillinger som er relevante for dem. Bruken av uttrykkene “psykisk helse for oss ungdommer” (J1), “livets utfordringer” (J1), “om livet generelt” (J1) og “felles problemer” (G2) setter fokus på at ungdommene etterlyser kunnskap som er aktuell for deres aldersgruppe, og som kan hjelpe dem med å håndtere hverdagens utfordringer.

En gutt problematiserer imidlertid at slik undervisning kan føre til at ungdommene opplever å få enda flere krav om og forventninger til hvordan de skal håndtere utfordringene de står overfor. For eksempel undervisning om søvn og stress:

G3.a: «Det er alltid på en måte – når vi ikke sover nok, så er det alltid på en måte vår mangel på selvdisciplin» (...)

G3.b: «En ting jeg i hvert fall tenker da, er at når vi får – de gangene vi har fått undervisning om stress, så får vi jo sånn tips om ja, nei 'gå og tren. Sov bedre. Ta vare på deg selv' og det – jeg tenker at det underbygger jo egentlig bare problemet til at du stresser i utgangspunktet enda mer. Så nå har du to måter å takle problemene dine på, nå har du både det å stresse også det å trene masse. Og det – løser egentlig ikke problemene, det bare flytter det over på noe annet»

Guttens utsagn vitner også om at undervisning kan gi ungdommene en opplevelse av at de må tilegne seg kunnskap for å håndtere utfordringer på egenhånd.

1.3 Jo flere skolepsykologer, jo bedre

En tendens på tvers av de fleste samtalene var at ungdommene uttrykte et behov for skolepsykologer i videregående skole, da «det er viktig å ha det tilbudet» (J3). Det fremkommer også at de gjerne ønsker flere skolepsykologer enn det som finnes nå.

G3.a: «Men det som ligger litt i alle løsningene her er jo 'jaja, vi må ha mer helsesøstre og mer skolepsykologer'»

G3.b: «Ja, egentlig»

En jente uttrykker at det bør være nok skolepsykologer «sånn at det er alltid noen som er tilgjengelig når du trenger det» (J1). Dersom det er for få skolepsykologer, vil ikke tilgjengeligheten være tilstrekkelig, og som en følge vil kvaliteten ved tilbudet ikke møte ungdommenes forventninger. Skolepsykologenes tilgjengelighet er et tema som gikk igjen på tvers av samtalene, og som vil utdypes nærmere i hovedtema 3 «Tilgjengelighet som forutsetning for skolepsykologens arbeid». Flere skolepsykologer er en forutsetning for «god kvalitet», ifølge en jente (J3). I diskusjon om mulige ulemper med å ansette flere skolepsykologer, er det først og fremst praktiske begrensninger som belyses. Ungdommene påpeker at implementering av skolepsykologer kan være krevende å organisere for skolen og fylkeskommunen, eller at det blir feil ressursbruk dersom få ungdommer oppsøker skolepsykologen. Samtidig understreker en gutt at «Det er jo bare en sjanse man må ta. (...) For oss kan jeg ikke se noe ulempe egentlig» (G2).

Flere ungdommer påpeker også at skolehelsetjenestens ressursbegrensninger er en faktor som hindrer tjenesten i å dekke ungdommenes behov, men at årsaken til problemet «er

systemet, det er ikke de personene» (J3.a). Psykologene blir således fraskrevet ansvaret for utilgjengeligheten. To ungdommer belyser dette poenget ytterligere:

J3.b: «Det er jo ikke det at vi tviler på at de gjør så godt de kan med de midlene de har og den tiden de har, det er bare det at tiden er for liten. Og det er jo ikke opp til de»

(...)

J3.c: «Jada, de er jo flinke når du først får muligheten til å komme»

Utover de praktiske begrensningene mente ungdommene at de ikke kunne se noen ulemper ved å ha flere tilgjengelige skolepsykologer på skolen. Dette støtter Ole Jacob Madsen sin påstand om psykologiens plass i dagens samfunn som et symbol på et «knapphetsgode», noe som vi rett og slett ikke kan få nok av (Flor & Kennair, 2019, s. 117). Mangelen på ulemper ved ansettelse av skolepsykologer kommer tydelig til uttrykk i følgende sitat:

J1c: «(..) Det er egentlig bare et positivt tilbud som ligger der»

J1a: (...) «Ja, men jeg tror det er noe å virkelig liksom satse på da og at man har – for det er veldig mange som sliter psykisk (...) så det at man har tilbudet på skolen tror jeg er veldig viktig da»

I motsetning til det de fleste ga uttrykk for, var det imidlertid to ungdommer i én av samtalen som påpekte ulemper med psykologer. Disse to ungdommene fortalte tidligere i samtalen at de selv hadde personlig erfaring med psykologer. Deres uttalelser bygger dermed trolig på disse erfaringene. Kritikken deres mot psykologer handlet både om de terapeutiske ferdighetene, men også om ulempene med psykologenes bruk av diagnostisering for å forstå utfordringene til pasientene. Dette er i tråd med tidligere presentert diagnosekritikk.

J2.a: «Problemet er at psykolog suger på det meste, så det er ikke noe hjelp i det»

(...)

J2.a: «Så er det jo, altså, det er vanskelig å finne en psykolog man stoler på – det er vanskelig å finne en psykolog du kan faktisk snakke med»

G2.a: «Og vanskelig å finne en psykolog som du kan snakke med, stole på og som er kompetent på det området som du har problemer i»

(...)

J2.a: «De setter deg i sånn forskjellige bokser»

Tema 2: Oppfatninger som påvirker oppsøking av skolepsykolog

Ett av hovedtemaene som stod fram i analysen av datamaterialet var ungdommenes oppfatninger om psykisk helse, noe som så ut til å ha en påvirkning på hvordan de betraktet det å oppsøke skolepsykolog. Samtidig som flere av ungdommene foreslo oppsøking av skolepsykolog ved «store og små problemer», viste uttalelsene deres også hvordan dette ikke nødvendigvis etterfølges fordi det er stigma knyttet til å ha psykiske helseplager og å oppsøke skolepsykolog. Det ble identifisert to undertemaer: «Stigma knyttet til psykiske helseplager og hjelpsøking» og «En hjelper for store problemer».

2.1 Stigma knyttet til psykiske helseplager og hjelpsøking

Det går igjen i samtalene at ungdommene beskriver at psykiske helseplager er noe de kan være flau over, samt redd for at andre skal snakke om. Ungdommene beskrev i samtlige samtaler at de ikke ønsker at andre skal vite eller anta at de har psykiske helseplager. Dette tyder på at det er stigma knyttet til det å ha psykiske helseplager.

J1: «(...) alle opplever jo på en måte ulike problemer – men hvis – kanskje hvis ting hoper seg opp da – at det blir veldig mye på engang (...) - kanskje man kan være litt flau over det eller gjerne vil ikke si det til alle da – gjerne vil holde det litt selv og prøve å skjule det».

En gutt (G2) beskriver at dette er spesielt gjeldende ved depresjon og at man unnlater å oppsøke skolepsykologen fordi man «*blir redd for at folk antar at du har depresjon*». Redselen virker å bunne i at psykiske helseplager fortsatt er ansett som «*tabubelagt*» (J3.a), altså noe man ikke snakker om og dermed heller ikke hører så mye om. Dette kan føre til spekulering rundt hva psykiske helseplagene innebærer samt medføre at en person blir ansett som annerledes. Ungdommene virker spesielt å frykte at jevnaldrende skal snakke om hvorfor de går til skolepsykolog og «*begynne og lure*» (J3.b).

Ungdommene i studien ser også ut til å frykte at man kan bli plaget eller mobbet dersom man har psykiske helseplager. En gutt (G2.a) forklarer dette nettopp ved at psykiske helseplager er et «*veldig stor tabu*» og derfor blir «*veldig mange ungdommer direkte mobbet eller plaget over det*». En annen gutt (G2.b) beskriver hvordan det er alvorlighetsgraden som avgjør om man får denne reaksjonen:

G2.b: *«Helsesøster kan du dra til hvis du har et kutt – det er ikke noe alvorlig, ingen kommer til å dømme deg for et kutt – men folk kan plage deg for å ha aspergers eller for å ha depresjon eller ADHD – jeg vet da faen – hva er noen andre denne typen ting? ADD. Folk kan dømme og mobbe deg for det – ehm – det er hvert fall det man er redd for»*

Det kom også til uttrykk gjennom enkelte av utsagnene til ungdommene at de også har internalisert stigma mot personer med psykiske helseplager. Ved flere anledninger knyttet de psykiske helseplager, og det å oppsøke hjelp for slike plager, til svakhet eller mangel på selvkontroll. En gutt (G2.a) beskriver også hvordan en person med psykiske helseplager trenger *«noe form for vett i hodet»* dersom man *«går rundt (...) resten av livet uten noen spesiell grunn til å være trist»*. Denne forståelsen av psykiske helseplager støttes av teori om stigma, samt Madsen (2020) sitt standpunkt om at utfordringer i økende grad forstås på bakgrunn av individet heller enn samfunnet. En gutt (G2.b) sine uttalelser belyser dette individualiserte synet: *«Du kan ikke hjelpe – du kan ikke be andre utenfra hjelpe deg med private problemer – det er en uvane»*. Denne gutten beskriver senere i samtalen hvordan man kan selv kan *«fikse»* spiseforstyrrelser dersom man har *«god selvkontroll»*.

Det ble også påpekt i to ulike samtaler at det er enda mer stigma knyttet til psykiske helseplager for gutter. En gutt (G1) beskriver at det er spesielt vanskelig for gutter å bli sett når de søker hjelp for psykiske helseplager: *«gutter (...) skal ikke fremstå som svak»*. Dette kan henge sammen med at det i mindre grad er allment akseptert at gutter skal vise alle typer følelser.

J3: *«Ja, det er et ganske stort problem i dag, at det sitter igjen litt det der at guttene ikke skal vise følelser»*.

2.1.1 Stigma gjenspeiles i ønsket åpningstid og plassering. Kombinasjonen av at hjelpen psykologer kan gi er attraktiv og at det er stigma knyttet til å ha psykiske helseplager, gjenspeiles i at ungdommene ønsker at skolepsykologen skal være tilgjengelig på 1) tidspunkter hvor det er mindre sjanse for å bli sett av andre og 2) ha kontorer som er plassert slik at det er mindre sjanse for at andre forstår at du skal til skolepsykologen.

Tendensen på tvers av samtalene er at de foretrukne åpningstidene er i lunsjpausen og etter skoletid.

J2: «Også er det veldig viktig at de er der på kontoret i elevene sin spisetime, (...) fordi det er jo veldig dumt hvis en elev må gå ut av klasserommet i hvert fall hvis man må gjøre sånn sak ut av at 'Hei, kan jeg gå ut? Jeg skal til psykologen' liksom»

J3: «Noen ville jo kanskje tenkt seg å dra dit når alle elevene er borte – kanskje de er litt, kanskje de skjemmer seg litt over å gå dit, at det er litt lettere når man (har åpent etter skolen)».

Den ønskede plasseringen er et sted som er nokså sentralt, samtidig som det er lite synlig for andre enn den som søker hjelp. Det viktigste er å ikke bli «oppdaget» som en hjelpesøker. Dette innebærer dermed at området ikke er folksomt, men heller ikke folketomt slik at andre begynner å lure på hvor man skal.

G2.a: «Lett å komme seg – lett å komme til, men fortsatt relativt litt ut av synet, sånn at ikke alle ser at du går inn»

G2.b: «For det er sånn der – man ønsker jo ikke å bli sett når man har et problem»

Flere av ungdommene i studien beskrev at en god løsning hadde vært å samlokalisere kontorene til rådgivere, helsesykepleier og skolepsykolog. Dette er en ønsket løsning fordi det da ikke blir åpenlyst at man oppsøker skolepsykologen, som det er mer stigma knyttet til enn helsesykepleier eller rådgiver. Dette samsvarer med funnene til Fossetøl og Skarpaas (2013). Årsaker til dette virker å være at ungdommene har mindre kjennskap til psykologer, samt at oppsøking av psykolog er assosiert med psykiske helseplager. To jenter (J1.a og J1.b) beskriver at dersom kontorene er samlokaliserte har man muligheten til å si at man skal til helsesykepleieren selv om man skal til skolepsykologen, da det «*hvert fall ikke er noe skam å gå til helsesøster*». Noen andre ungdommer diskuterer også hvordan samlokaliseringen reduserer sjansen for at folk forstår at man har psykiske helseplager:

G3.a: «Det at det er på en måte alle rådgiverne og alle helsesøstre og skolepsykologene er samlet, det er egentlig veldig greit. Det er altså – hvis jeg ser noen som sitter der så er det ikke sånn - »

J3.a: «Det er ikke sånn»

G3.a: « - 'Han har psykologiske problemer'. Det er liksom – 'kanskje han bare' - »

J3.b: «Man kan sitte der for flere grunner, så det er faktisk bra.»

2.1.2 Stigma gjenspeiles i ønsket tilbud. Stigma knyttet til psykiske helseplager og hjelpsøking gjenspeiles også i hvilke tilbud ungdommene ønsker at skolepsykologen skal tilby. De to tilbudene hvor dette er spesielt fremtredende er: 1) innkallingssamtaler, hvor alle elever ville fått tilbud om en samtale med skolepsykologen, og 2) en meldingstjeneste på nett. Det er igjen verdt å nevne at tilbudene som diskuteres var noen av flere som ble foreslått av oss under samtalen. Ungdommene legger vekt på at både innkallingssamtaler og meldingstjenesten vil «fange opp» ungdommer som trenger hjelp, men som ikke søker hjelp i frykt for å bli sett og stigmatisert av andre.

J1.b: «Da er det ingen som ser om du snakker til henne heller (i en nettbasert meldingstjeneste), da har du – da er det privat om du snakker med henne. For for eksempel her, hvis de ser at du går til henne, så vet de at du skal snakke med henne»

J1.a: «Litt sånn som med punkt to, det der at alle sammen får en individuell samtale. Det er kanskje litt bedre også, for det er sikkert mange som kunne tenkt seg å dra opp dit, men er redd for at folk skal se at de går dit eller begynner og snakk da, så hvis alle får minst én da per skoleår, så er det litt sånn, hvis du ser at han går opp så 'åja, han har sikkert ikke hatt samtalen enda, det er sikkert det han må'»

Det påpekes også at det å skrive problemet i en nettchat kan være lettere enn å fortelle det ansikt-til-ansikt til skolepsykologen, fordi man kanskje frykter hvilke reaksjoner man kommer til å få. En jente (J3) beskriver at over melding «*slipper du å få de der reaksjonene presset opp i fjeset på deg*». Dette kan også sees i sammenheng med stigma knyttet til psykiske helseplager, da man forventer å få negative reaksjoner.

2.2 En hjelper for store problemer

Ungdommene beskriver i «Utfordringsdelen» av samtalen at de ofte søker støtte hos venner for hverdagslige problemer. Dette kan være spesielt hjelpsomt dersom vennene har erfaring med lignende utfordringer. Tidvis blir også foreldre nevnt som aktuelle hjelpere, men dette avhenger av relasjonen den gitte ungdommen har til sine foreldre. Ved utfordringer som venner eller foreldre ikke har kompetanse til å løse, uttrykker ungdommene at man bør søke hjelp hos psykolog, helsesøster eller lege. Disse funnene samsvarer med Sollesnes (2010).

På direkte spørsmål blir det ved flere anledninger påpekt at man skal kunne gå til psykologen med både store og små utfordringer.

I: «Hvem skal kunne bruke en skolepsykolog?»

J3.a: «Alle»

J3.b: «Alle»

I: «Alle?»

J3.c: «Ja, både små og store problemer – eller ikke-problemer i det hele tatt»

G2a: «Det er jo mange som tror at de er – at psykologer de trenger bare – de er sånn skikkelig, skikkelig tunge problemer. Men de kan jo hjelpe til med alt. Det er jo det som er – det er jo derfor de er her»

Samtidig virker det å være en diskrepans mellom tanken om at «alle skal kunne ta i bruk psykologen» og hvordan de sammenligner bruk av skolepsykolog og helsesykepleier. Når helsesøster blir satt opp mot skolepsykologen, blir sistnevnte heller en hjelper for store problemer. Dette vises både i at de beskriver at man drar til psykologens dersom problemene er «*ordentlig ille*» (J1), og at man kanskje unnlater å gå til psykologen fordi man tenker at problemet ikke er alvorlig nok for psykologisk hjelp. Samtidig som at helsesøster, som en kjent og tilgjengelig hjelper, øker skolepsykologens anseelse som ukjent, fremmed og muligens skremmende. På spørsmål om det er en forskjell i terskel for å oppsøke helsesykepleier og skolepsykolog, svarte ungdommene at oppsøking av skolepsykolog forutsetter at man «*må innrømme mye mer for seg selv om at man har et større problem*» (G2). Helsesøster beskrives som en man lettere kan henvende seg til uten å ha avklart hva som er problemet på forhånd. En jente (J2) beskriver også at et besøk hos skolepsykologen krever mer av ungdommene, da man opplever at man må «*snakke om alle problemene i hele livet sitt liksom*». Psykologen har konnotasjoner, «*psykolog er et litt sånn stort og tungt ord*» (J2), som påvirker hva ungdommene legger i å oppsøke psykolog.

Et par av jentene snakket også om at en samtale med skolepsykologen kan gjøre at man finner ut at problemene man har er større enn antatt. Psykologen fremstår dermed ikke kun som en hjelper man går til med store problemer, men også en hjelper som kan avdekke ukjente problemer hos ungdommene.

J1.a: «(...) hvis man har noen problemer da – så gjerne at man føler ikke at de er like stor nok, men hvis man får den samtalen da – at man gjerne får snakket ut om det og

kanskje det er mer alvorlig enn det man tror selv. Og at det kan forårsake ganske mye egentlig, føler jeg. Hvis man får sånn en time (med skolepsykologen) da»

J1.b: «Det er sant, at man på en måte blir litt sånn tvunget til å si hvordan man har det. Sånn for eksempel, hvis man føler at man har det sykt bra og sånn, så hvis man plutselig snakker man med de også finner man ut at man egentlig ikke har det så bra som man liksom tenkte i utgangspunktet»

Tema 3: Tilgjengelighet som forutsetning for skolepsykologens arbeid

Det siste temaet som ble identifisert i samtalene, beskriver hvor viktig det er for ungdommene at skolepsykologen er fysisk tilgjengelig for dem samt oppleves relasjonelt tilgjengelig for dem. Behovet for tilgjengelighet kan sees i sammenheng med oppfatningene sammenfattet av tema nummer 2 fra den tematiske analysen. Økt tilgjengelighet kan forstås som ungdommenes løsning på hvordan man kan overkomme oppfatningene knyttet til stigma, og at skolepsykologen er en hjelper for alvorlige problemer. Det ble identifisert fire undertemaer, som på ulike måter tar for seg hvordan ungdommene omtaler tilgjengelighet som en forutsetning for at skolepsykologen skal kunne hjelpe ungdommene: 1) Informasjon øker opplevelsen av tilgjengelighet, 2) Å kjenne skolepsykologen kan senke terskelen for å ta kontakt, 3) Behov for daglig tilbud og 4) Utilgjengelige skolepsykologer hever terskelen for å ta kontakt.

3.1. Informasjon øker opplevelsen av tilgjengelighet

En tydelig tendens i samtalene er at ungdommene ønsker mer informasjon om skolepsykologens tilbud. Dette synes å være viktig for at de skal oppleve tilbudet som tilgjengelig for dem, og for at de skal kunne ta kontakt med skolepsykologen. En grunnleggende forutsetning for at skolepsykologen skal bli brukt, er at elevene kjenner til at det finnes skolepsykolog ved deres skole. I flere samtaler kommer det frem at flere ungdommer mangler kjennskap til sin egen skolehelsetjeneste og om de har skolepsykolog.

G1: «For akkurat nå så ser jeg litt vanskelig med å finne ut hvordan man skal komme seg – jeg visste ikke vi hadde psykolog en gang»

J1: «Vi vet ikke helt hvor de er på bygget og liksom hvor man kan få tak i de»

En løsning på hvordan man kan bli bedre kjent med skolepsykologen, foreslås av en jente:

J2: «Men det som er viktig når du er skolepsykolog er jo å gå rundt i klasser, sånn at folk vet at du er der (...). For det er ikke alle som vet at det er et tilbud»

Å få tydelig informasjon virker kanskje spesielt viktig for elevene på første trinn, da disse er nye på skolen og kjenner mindre til skolehelsetjenestens organisering. Ungdommene etterspør mer informasjon om åpningstider og plassering av skolepsykologens kontor på skolen og trekker frem ulike måter psykologen kan gi informasjon på: «*henge opp plakater*» (G1.a), «*sende ut melding*» (G1.b) og «*gå rundt i klasser*» (J2).

Når ungdommene har det vanskelig kan det virke som at de trenger en påminnelse om skolepsykologen. Følelsen av at man er alene om vanskene, kan gjøre at man glemmer hvilke muligheter for hjelp man har. Én ungdom (J2) beskriver viktigheten av å ha flere påminnelser rundt på skolen:

J2: «Også er det litt viktig å ha sånn påminnelser om at de er her (...) det er veldig lett å liksom glemme at det er et tilbud eller liksom ikke tenke på at man kan gå dit.»

Skolepsykologen er som tidligere presentert, en hjelper som er mindre kjent for elevene enn for eksempel helsesykepleieren. Til tross for at ungdommene synes å ha en overordnet forståelse av at psykologer kan hjelpe dem med psykiske plager (jfr. Undertemaet “Kompetent på psykisk helse”), virker det som om de likevel trenger mer informasjon om hva skolepsykologen faktisk kan hjelpe dem med. Dette kan sees på som en viktig del av løsningen, for å øke opplevelsen av skolepsykologen som en tilgjengelig hjelper.

J1: «Og gjerne ja, vite hva man snakker med de om – for jeg vet liksom ikke hva snakker man med en psykolog om? Er det sånn – man vet gjerne ganske lite om det fra før av liksom, sant? Så gjerne få litt informasjon om hva psykologer gjør og hvordan de kan hjelpe og hvordan de hjelper og sånn. For det vet man veldig lite om liksom»

Undertemaet «En hjelper for store problemer» har allerede blitt presentert som noe som kan gjøre det vanskeligere for ungdommene å ta kontakt. Flere ungdommer trekker frem viktigheten av at skolepsykologen presenteres som en lavterskel hjelper, for at de skal føle at de kan benytte seg av tilbudet. Det fremstår som at det er viktig for dem å oppleve at de er en del av målgruppen til psykologen, selv om de ikke har alvorlige plager. Dette beskriver to jenter:

J2.a: «Det er kanskje bra for de å understreke at det – ‘ja, vi er ikke her for å forholde oss til psykose, vi er her for stress og angst og litt sånn forskjellig’».

J2.b: «Det er veldig viktig at (...) psykologen sier at alle kan komme uansett liksom hvor alvorlig eller liksom ualvorlig det er»

Det oppleves også som viktig at skolepsykologen selv går rundt og informerer om tilbudet, og at dette kan få flere til å tørre å oppsøke skolepsykologen.

J3: «At de er mer inni timene og blir mer synlige og får liksom vist frem at det er ikke så høy terskel og du må på en måte ikke ha selvmordstanker for å komme og snakke med meg. Det er liksom nok at du bare har en dårlig dag eller trenger litt råd»

God informasjon om skolepsykologens plassering på skolen, åpningstider og hva man kan søke hjelp for, synes å være faktorer som ungdommene opplever kan hjelpe dem å overkomme hindrene for å oppsøke hjelp.

3.2. Å kjenne skolepsykologen kan senke terskelen for å ta kontakt

I tillegg til praktisk informasjon om skolepsykologens tilbud beskriver ungdommene et behov for relasjonell tilgjengelighet til skolepsykologen. Det er viktig for dem at de har et «inntrykk av hvem de er og får vite hvordan de er» (J1). Jentene i den ene tredjeklassen legger ekstra vekt på dette behovet for relasjonell tilgjengelighet og beskriver det på ulike måter: «Kjenne til», «forhold til», «tilliten med at du ser de i person» og «personlig forhold».

Det kan virke som det er utfordrende for dem å skulle kontakte en skolepsykolog uten å kjenne personen i forkant. Dette kan sees i sammenheng med at ungdommene, som tidligere nevnt, er i en sårbar posisjon under hjelpsøking, og at en fremmed hjelper blir enda en faktor som øker terskelen for å søke hjelp.

J1.a: «Jeg tror hvis hun presenterer seg og får liksom veldig sånn, ja, åpen og sier at ”alle er velkommen liksom” – at alle liksom skal føle at de kan snakke med hun»

J1.b: «At man føler man kjenner hun litt og før man går inn der og snakker med en helt fremmed person liksom, ja»

J1.c: «Ja, at hun faktisk er kjent»

Det fremstår som at en skolepsykolog, som klarer å etablere en relasjon til elevene ved å være synlig på skolen, kan endre noen av oppfatningene ungdommene har til skolepsykologer og dermed gjøre det lettere å søke hjelp. En gutt oppsummerer hvordan økt synlighet og å kjenne skolepsykologen kan gjøre hjelpsøking lettere slik:

G2: «Det blir en helt annen innstilling på det hvis du faktisk vet hvem de er og kjenner til de»

3.3. Behov for daglig tilbud

En tydelig tendens som ble identifisert i fire samtaler, er at ungdommene beskriver et behov for å ha en hjelper som kan være tilgjengelige for dem «hver dag». Det kan virke som om ønsket om et tilbud hver dag handler om en forventning om at det er slik skolehelsetjenesten skal være; et daglig tilbud tilgjengelig for elevene hvis de får behov for hjelp.

G3: «Psykolog og helsesøster skal være en av de tingene som alltid er der»

G2: «Det er viktig at hun er det hele uken da, at du har et skoletilbud»

Dette behovet for å ha hjelp tilgjengelig til enhver tid kan henge sammen med et behov for rask hjelp. Dette kan forstås ut ifra ungdommenes her-og-nå perspektiv. Det er viktig for dem å få hjelp mens problemene står på, og det oppleves for lenge å måtte vente i for eksempel én måned før de kan få en samtale med skolepsykologen:

J3: «At man ikke får en melding der det står 'nei, jeg har ikke tid før om en måned liksom'. For da er på en måte ikke tilbudet så mye vits lengre»

Dette uttrykte behovet for å ha en skolepsykolog tilgjengelig til enhver tid illustreres av denne jenten:

J1: «Man vet aldri når man trenger hjelp på en måte».

3.4. Utilgjengelige skolepsykologer hever terskelen for å ta kontakt

Hvilke konsekvenser har det når skolepsykologen ikke er tilgjengelig for ungdommene? Vi har identifisert at ungdommene har et ønske om at skolehelsetjenesten skal være et lavterskeltilbud, som ideelt sett skal være tilgjengelig for dem når de har behov for det. Flere av ungdommene beskriver hvilke konsekvenser som inntreffer når helsepersonell ikke er der for dem når de har det vanskelig. En følge av lang ventetid for å komme til skolepsykolog er at ungdommene kan oppleve problemene sine som mindre viktige. Det kan virke som om avvisningen gir dem en følelse av å være mindre verdt:

J1: «Så hvis det er sånn med skolepsykolog òg, at det er veldig lang tid å vente, så føler man gjerne sånn 'åja, det er ikke så' - Da tenker man gjerne sånn 'nei, det er ikke så viktig likevel'»

Lang ventetid synes også å påvirke hvilke problemer ungdommene anser som alvorlige nok for hjelpesøking. Hvis mange er i kø, kan det føre til at man ikke vil bruke lavterskeltilbudet i tilfelle andre har det vanskeligere. Slik beskriver en gutt mulige følger av utilgjengelighet:

G3: «(...) så heves den terskelen veldig. For det at da er du med en gang på det der 'okei, det er andre enn meg som har større problemer, så jeg tar det' (...）」

Videre beskriver to informanter i to ulike samtaler (G2 og J3) at det kreves mot for å ta kontakt med skolepsykologen, og at man kan miste dette motet hvis skolepsykologen ikke er tilgjengelig. Den ene gutten sier følgende:

G2: «Når du har bygget opp motet til å snakke med hun (skolepsykologen), så er hun ikke der, da er det ikke sikkert du hadde samme motet andre dagen»

Videre beskriver en annen gutt (G2) hvordan det at hjelpen er utilgjengelig kan føre til at «du bare holder det inne og ikke tør lenger».

Denne formidlingen om at man trenger mot for å søke hjelp hos skolepsykolog, kan sees i sammenheng med det tidligere nevnte temaet som omhandler stigma rundt psykiske plager og hjelpesøking hos skolepsykolog. Det fremstår som at ungdommene må overkomme en rekke hindre før de kan få hjelp hos skolepsykologen; de må overkomme

selvstigmatisering, stigmatisering fra andre, samt praktiske hindre som for eksempel lange ventetider. Det kreves altså mye ressurser av ungdommene når de søker hjelp, og hvis hjelpen da ikke er tilgjengelig, kan det dette føre til at noen av ungdommene gir opp. Slik beskriver en jente det:

J3: «Fordi for mange da så kan det være at man bare trengte å snakke med henne akkurat i det tidsrommet fordi man føler noe som er veldig vondt der og da. Og når man da kommer dit, sånn som (jente) sier, at døren bare er stengt. Du står der og du hadde virkelig trengt å snakke med noen da, så er det veldig kjipt – og kanskje gjør at du ikke har lyst – hvis du føler det sånn en gang til – å gå dit, for du tenker ‘nei, men døren er jo bare stengt’»

En annen ulempe ved utilgjengeligheten er at møtet med en stengt dør hos skolehelsetjenesten, medfører at ungdommene mister tillit til at skolehelsetjenesten er et lavterskeltilbud.

J3: «Det at det er så veldig varierende hvilke dager de er der og ikke, og om de svarer eller ikke, så mister du den tilliten til at du bare kan gå til helsesøster og få det gjort og bare få hjelp.»

Diskusjon

Større fokus på psykisk helse i samfunnet, psykologenes fremmarsj i kommunen og ungdommers økte rapportering om psykiske plager og lidelser, har ført til at psykologens rolle i skolehelsetjenesten er et aktuelt tema å studere. Imidlertid er det gjort lite forskning på skolepsykologens rolle i skolehelsetjenesten i Norge sett fra ungdommers perspektiv. Målet med denne studien har vært å besvare følgende problemstillinger: Hvilke oppfatninger og ønsker har ungdommer i videregående skole til skolepsykologen? Hvordan kan kunnskap om ungdommenes oppfatninger og ønsker bidra i utformingen av skolepsykologens rolle?

For å oppnå dette gjennomførte vi fokusgruppesamtaler med ungdom i videregående skole, som videre ble analysert med tematisk analyse etter Braun og Clarke (2006). Hovedtemaene vi formulerte var: «*Skolepsykologens ettertraktete kompetanse*», «*Oppfatninger som påvirker oppsøking av skolepsykolog*» og «*Tilgjengelighet som forutsetning for skolepsykologens arbeid*». I lys av WHO sin definisjon av psykisk helse og Helsedirektoratets retningslinjer for skolehelsetjenestens helsefremmende og forebyggende arbeid, vil studiens hovedtema og undertemaer bli diskutert opp mot eksisterende litteratur og

empiri. Vi vil i tillegg til å diskutere ulike perspektiver på inkluderingen av psykologer i videregående skole og hvordan disse kan tas i betraktning ved utformingen av skolepsykologens rolle. Disse perspektivene innebærer blant annet sykeliggjøring av hverdagslige utfordringer, individualisering, opprettholdelse av stigma og avhengighet til profesjonell hjelp. Til slutt vil vi presentere styrker og begrensninger ved studien, samt implikasjoner og videre forskning.

Vet ungdommene best hva de trenger?

Flor og Kennair (2019, s. 113) hevder at implementering av lavterskeltilbud ofte baserer seg på at «folk liker det». Det at man liker et tiltak er ikke nødvendigvis synonymt med at det har en positiv effekt. Ett argument for å innføre skolepsykologer er nettopp at ungdommene uttrykker at de ønsker og trenger det. Madsen (2020, s. 146-147) hevder derimot at verken ungdommer eller voksne alltid vet hva som er best for dem. Samtidig beskrives det i Helsedirektoratet (2020) sin *nasjonal faglige retningslinje for helsestasjons- og skolehelsetjenesten* at barn og unge skal sikres muligheten for brukermedvirkning både på systemnivå og på individnivå. Barneombudet (2018, s. 5) trekker også frem viktigheten av at barn og unge medvirker ettersom «barn og unge er eksperter på barn og unge». Det er også dette tankegodset vi har tatt utgangspunkt i ved utformingen av denne studien. Likevel vurderes det som nødvendig at vi som fagpersoner diskuterer hvordan tilbudet kan legges opp, og hvorvidt forslagene som legges frem, potensielt kan ha uønskede utfall.

Ungdommenes ønske om psykologkompetanse i skolehelsetjenesten

Ønsket om psykologkompetanse i skolen er et sentralt funn i studien. Ungdommene vektlegger at psykologen har mer erfaring og fagkunnskap om psykisk helse og behandling av psykiske lidelser, enn helsesykepleiere, foreldre og venner. Denne kompetansen kan forklare noe av årsaken til hvorfor ungdommene anser skolepsykologen som en ettertraktet hjelper i skolehelsetjenesten. Ungdommenes oppfatninger om psykologer som kompetente på psykisk helse, er i tråd med tidligere presentert litteratur (Mikalsen, 2016), hvor psykologenes kompetanse brukes som argument for økt ansettelse av psykologer i kommunen (Ajo & Vik, 2008; Fossetøl & Skarpaas, 2013; Iversen, 2018; Rodal & Frank, 2008).

Ungdommene belyser skolepsykologens uavklarte rolle

Ungdommene i studien etterlyser mer informasjon om hva skolepsykologen tilbyr og i hvilke tilfeller man skal oppsøke skolepsykologen. Mangelen på informasjon fører til at skolepsykologens rolle fremstår som utydelig for ungdommene i studien vår. Det synes uklart for ungdommene om skolepsykologen skal brukes som en lavterskel hjelper for små vansker, eller en hjelper kun for store problemer. Den utydelige rollen problematiseres også av

psykologer og andre kommunale ansatte (Ajo & Vik, 2008; Heggland et al., 2013; Iversen, 2018). I Cornally og McCarthy (2011) sin definisjon av hjelpesøking, forutsetter hjelpesøking at man har valgt hvilken hjelpeinstans man skal kontakte. For at ungdommene skal velge skolepsykologen som hjelpeinstans, trenger de i så måte informasjon om skolepsykologens tilbud. I analysene våre fremkommer det at spesielt VG1-elevne kan ha behov for slik informasjon. Manglende informasjon om hjelpere og tilbudet deres beskrives også i litteraturen som en mulig barriere for ungdommers hjelpesøking (Gulliver et al., 2010; Høifødt, 2015; Sandlie & Ystgaard, 2010). Ungdommene foreslår at informasjonen kan distribueres gjennom plakater, informasjonsskjermer og muntlig presentasjon i klasserommet. De etterlyser også påminnelser om tilbudet i løpet av året. Uavhengig av hva skolepsykologen faktisk tilbyr, ser det ut til at det er essensielt for ungdommene å få tilstrekkelig informasjon om hva de kan forvente.

Oppfatningen «jo flere skolepsykologer, jo bedre» - i tråd med samtiden

Flertallet av ungdommene i studien vår ønsker flere skolepsykologer og uttrykker at en slik økning ville vært nesten utelukkende positivt. På direkte spørsmål kunne majoriteten av ungdommene ikke se noen ulemper ved å ha skolepsykologer ved skolen, bortsett fra ressursmessige begrensninger. Dette er i tråd med presentert litteratur om psykologien og psykologer som et «knapphetsgode» i samfunnet, da stadig flere områder av samfunnet forstås gjennom psykologiske briller. Ungdommenes noe «ukritiske» syn på ansettelse av flere skolepsykologer, kan være et resultat av den offentlige opinionen vedrørende samme tematikk. Ungdommenes oppfatninger kan sees på som et eksempel på det Madsen (2018, s. 208) kaller for «den terapeutiske vending», som omhandler psykologiens stadig mer sentrale rolle i dagens samfunn. I studien vår var det flere av ungdommene som anvendte diagnostiske begreper som «klinisk depresjon», «angstanfall» og «psykose». En slik ordbruk kan minne om det diagnostiske sykdomsspråket og den terapeutiske kulturen som Madsen (2018) stiller spørsmålsteget ved. Ungdommenes positive innstilling til implementering av psykologer i skolen kan således sees i lys av at ungdommene vokser opp i en kultur og samtidig hvor psykologien står sterkt, og at de følgelig har internalisert offentlighetens opinion om at «jo flere psykologer og jo mer psykologi, jo bedre». Det finnes som nevnt kritiske røster, slik som blant annet Madsen (2010, 2017, 2018, 2020), Frances (2013) og Flor og Kennair (2019), men tilsynelatende har disse foreløpig ikke veltet offentlighetens positive syn på psykologenes frammarsj. Samtidig vil vi senere i diskusjonen redegjøre for enkelte kritiske røster i vår egen studie. Disse kritiske perspektivene er knyttet til sykeliggjøring og individualisering av ungdommenes vansker.

«En hjelper for store problemer» – en adaptiv oppfatning?

I analysen oppdaget vi en diskrepans mellom tanken om at alle skal kunne ta i bruk psykologen for både store og små problemer, og hvordan ungdommene sammenligner bruk av skolepsykolog og helsesykepleier. Når helsesykepleieren blir satt opp mot skolepsykologen, blir sistnevnte heller en hjelper for store problemer. Dette synet på psykologer er i tråd med funnene i Engehagen (2014) sin kvalitative masteroppgave. Diskrepansen mellom å beskrive skolepsykologen som en hjelper for «store og små problemer», og som en hjelper for «store problemer», kan potensielt forklares på flere måter. Én potensiell årsaksforklaring er at å sammenligne skolepsykologen med helsesykepleieren, som ungdommene kjenner godt som en hjelper for alle slags utfordringer, fører til at skolepsykologen blir ansett som en hjelper for store problemer. I et forsøk på å sammenligne fremstår dermed forskjellene større. En annen forklaring kan være at medias økte fokus på normalisering av psykiske helseplager, samt bruk av psykolog, ikke nødvendigvis er internalisert hos deltakerne i studien. Den internaliserte forståelsen er dermed fortsatt at psykologen er en hjelper for alvorlige, psykiske lidelser. Dette er naturlig da dette har vært psykologens primære arbeidsområde i en årrekke. Disse funnene strider dermed mot Frances (2013) sin fremstilling av at samfunnets individer har internalisert sykkeliggjøringsperspektivet, hvor enhver plage potensielt ansees som sykdom med behov for behandling. Samtidig betviler ikke dette forståelsen av at ungdommene har internalisert tankegodset om psykologiens og psykologenes positive bidrag til samfunnet.

Oppfatningen om skolepsykologen som «en hjelper for store problemer» gjør at ungdommene synes å foreta en vurdering om utfordringene deres er «*ille*» nok før de eventuelt oppsøker skolepsykologen. Dette kan betraktes som en adaptiv måte å håndtere egne utfordringer, da man evaluerer om utfordringen er mulig å løse selv gjennom egne ressurser eller sosial støtte (Frances, 2013). Det blir derimot ikke adaptivt dersom ungdommene ikke klarer å gjennomføre en god vurdering og dermed ikke oppsøker hjelp for utfordringer som krever profesjonell behandling.

Stigma som en av de viktigste barrierene for oppsøking av skolepsykologen

Som nevnt tidligere, hevder Langaard (2006) at skolehelsetjenesten kan oppleves som mindre stigmatiserende enn å ta i bruk spesialisthelsetjenesten. Vi fant likevel at stigma fremstår som en av de viktigste barrierene for hjelpsøking blant ungdommene i vår studie. Dette funnet støttes også av tidligere presentert forskning (Barker et al., 2005; Barney et al., 2006; Jorm et al., 2007; Rickwood et al., 2007; Rickwood et al., 2005; Sandlie & Ystgaard, 2010; Sollesnes, 2010; Tharaldsen et al., 2017). Stigma er en «merkelapp» som er påført andre, som er forbundet med uønskede stereotypier og som muliggjør stigmatisering (Link &

Phelan, 2001). Stigmaet kommer til syne i vår studie ved at ungdommene ikke oppsøker hjelp i frykt for å bli støtt ut av det sosiale felleskapet og dermed få «merkelapp» som en med psykiske helseplager. Det sosiale felleskapet med jevnaldrende er spesielt viktig i ungdomstiden da man i økende grad løsriver seg fra foreldre og forsøker å skape en egen identitet (Marcia, 2002). Ungdommene beskriver videre psykiske helseplager som tabubelagte. Dette er i tråd med studier som har funnet at psykiske helseplager sin status som tabubelagte, ble knyttet til opprettholdelsen av negative fordommer (Andrade et al., 2014; Tharaldsen et al., 2017). Offentlig stigma er nettopp offentlighetens støtte av negative fordommer (Corrigan, 2004).

Ungdommene uttrykker at psykiske helseplager er noe man kan være flau over og gjerne vil skjule. Å skjule psykiske helseplager kan også forstås som en måte å unngå selvstigma (Jacobsen et al., 2010). Dette kan igjen forstås som en frykt for å bli vurdert av andre som annerledes, svak eller en som mangler selvkontroll. En ungdom mener at redselen er spesielt til stede for gutter. Dette harmonerer med andre studier som hevder at terskelen for hjelpsøking er høyere for gutter (Hetland et al., 2002; Sollesnes, 2010).

Ungdommenes beskrivelser samsvarer med studien til Barney et al. (2009), hvor deltakerne assosierte hjelpsøking hos psykisk helsepersonell med manglende evne til å håndtere egne utfordringer. Det kan også forklare hvorfor en av de største barrierene for hjelpsøking er ønsket om å håndtere vanskene sine på egenhånd (Andrade et al., 2014; Farrand et al., 2006; Rickwood et al., 2007; Rickwood et al., 2005). Dette kan igjen sees i sammenheng med individualisering av psykiske helseplager. Stigmaet som kommer til syne i funnene, tyder på at det allerede foreligger en individualisert forståelse av psykiske helseplager.

Behandling som en del av skolepsykologens rolle

I lys av funnene om skolepsykologens uklare rolle, ungdommenes ønske om individuelle samtaler, samt Regjeringens forslag om å implementere behandling i skolehelsetjenesten, reises spørsmålet om hvorvidt skolepsykologen skal være en behandler. I forlengelse av dette blir det sentralt å avklare hva skolepsykologen i så fall skal behandle. Denne avklaringen er også nødvendig for at ungdommene skal kunne ta en vurdering på hvilke utfordringer som krever oppsøking av skolepsykologen. Behandling, slik det er definert i denne oppgaven, kan tas i bruk både ved psykiske lidelser og helseplager. Det har som mål å heve livskvaliteten og bedre den psykiske helsen til den som har det vanskelig.

I spesialisthelsetjenesten er det krav om at ungdommene oppfyller diagnosekriterier for en psykisk lidelse for å kunne få behandling av psykologer (Helsedirektoratet, 2008b). Vi

mener derimot at dette ikke bør være tilfellet for å få behandling av skolepsykologen, dersom behandling skal være en del av skolepsykologens rolle. Ungdommene kan oppleve betydelig redusert daglig fungering og livskvalitet ved psykiske helseplager, uten å oppfylle diagnosekriterier (Mathiesen, 2009). I slike situasjoner vil det noen ganger ikke være tilstrekkelig med egne ressurser, sosial støtte og tid for å bedre ungdommens psykiske helse. Ungdommen kan da ha behov for behandling av skolepsykologen. Det kan dermed være av uvurderlig betydning, både for ungdommer med psykiske lidelser og psykiske helseplager, å kunne få tidlig hjelp fra en kompetent og kjent hjelper. Skolehelsetjenesten som lett tilgjengelig, kostnadsfri, uten krav til henvisning og som mindre stigmatiserende enn spesialisthelsetjenesten (Innset, 2012), vil kunne utgjøre en stor forskjell for ungdommene som opplever betydelig redusert livskvalitet og daglig fungering.

Vi har tidligere gjort rede for Holte og Talseth (2005) sitt argument for at psykologisk behandling av psykiske lidelser bør være en del av skolehelsetjenesten, da det kan redusere behandlingstrykket i spesialisthelsetjenesten. Dette argumentet fremstår dog ikke realistisk med tanke på skolehelsetjenestens ressurser og ungdommenes ønsker for tilbudet. Ungdommenes ønske om en tilgjengelig skolepsykolog som både tilbyr undervisning og individuelle samtaler ved behov, virker ikke forenlig med at skolepsykologen skal behandle psykiske lidelser. Dette bunner i at behandling av psykiske lidelser som oftest fordrer terapiløp med en varighet som vil kreve mye av skolepsykologens ressurser. Skolepsykologen kan likevel hjelpe ungdommer som lider av psykiske lidelser med å få tilbud om behandling i spesialisthelsetjenesten.

Et annet argument for at skolepsykologen *ikke* skal behandle psykiske lidelser, belyses av to ungdommer i studien vår. Dersom skolepsykologen skal behandle psykiske lidelser vil dette forutsette diagnostisering, jfr. Helsepersonelloven (1999, § 4). Ungdommene fortalte at de hadde personlig erfaring med psykologer, og de kritiserte hvordan psykologer kategoriserer mennesker. Dette er i tråd med diagnosedebatten hvor diagnoser er en måte å kategorisere for å kunne gi riktig behandling og for å ha et rammeverk for å forstå vanskene, samtidig som det kan medføre stigma. Som presentert tidligere, kan stigma ha reelle konsekvenser for individets framtidsutsikter, selvbilde og sosiale identitet. Redselen for at skolepsykologen skal «sette deg i en boks» (med andre ord: diagnostisere deg), kan dermed henge tett sammen med redselen for å bli ansett som psykisk syk av andre, grunnet potensiell stigmatisering. Redselen for å bli stigmatisert er en tendens som gikk igjen på tvers av samtalene. Ungdommene kan dermed unnlate å søke hjelp for å bevare makten over egen identitet. Ved å oppsøke skolepsykologen vil psykologen sitte med makten, noe som kan

utløse en rekke konsekvenser for ungdommens identitet og samhandling med andre. Behandling av psykiske lidelser som blir gjennomført av skolepsykologen, vil således kunne oppleves som like stigmatiserende for ungdommene, som om behandlingen ble gjort i spesialisthelsetjenesten.

Undervisning som en del av skolepsykologens rolle

I kasedelen av samtalen fremstod de fleste ungdommene som positive til at skolepsykologen «Hilde» skulle undervise. Som nevnt i introduksjonen, kan undervisning være en nyttig måte å fordele psykologressursene på slik at flere elever får utbytte av psykologkompetansen (Moberg, 2016). Tilhengere av undervisning om psykisk helse hevder også at det kan være et viktig helsefremmende tiltak. Eksempelvis har forskning vist at videregåendelevers kunnskap om hva som gir god psykisk helse er positivt assosiert med opplevd psykisk velvære (Bjørnsen et al., 2018).

Ungdommene etterlyser kunnskap om temaer som er universelle for all ungdom, og som er fokusert på ungdomstiden. Ungdommene ønsker å lære om blant annet stress, søvn og kroppspress. Disse ønskene kan sees i sammenheng med Ungdatas funn om at stress og ulike former for press er viktige faktorer som kan ha en negativ påvirkning på ungdommers psykiske helse (Bakken, 2019). Stress er også, som tidligere nevnt, en vanlig årsak til at ungdommer tar kontakt med skolepsykologer (Iversen, 2018). Ønsket om undervisning kan også forstås i lys av utviklingsoppgavene relatert til autonomi og identitetsutvikling som ungdommene står overfor (Marcia, 2002). Med tanke på at ungdommenes sosiale kontekst spiller en viktig rolle for deres opplevelse av stress (Cohen & Wills, 1985; Lillejord et al., 2017), kan man se for seg at en del av utfordringene ungdommene opplever er relatert til sosiale relasjoner.

Ungdommenes uttrykte ønske og behov for undervisning om livets utfordringer kan potensielt bli oppfylt gjennom innføringen av livsmestringsemnet. Da vi gjennomførte studien vår, hadde ingen av deltakerne fått innført livsmestringsemnet i sine klasser. Det kan hende at de uttrykte ønskene og behovene ikke ville vært til stede dersom studien hadde blitt gjennomført etter at ungdommene hadde fått undervisning i livsmestring. Dersom livsmestringsemnet fyller dette ønsket og behovet, kan det tenkes at skolepsykologen får frigjort ressurser til mer individrettede tiltak. Samtidig kan man spørre seg om livsmestringsemnet i stor nok grad vil lære ungdommene om psykisk helse og psykisk helsehjelp når lærerne underviser i det, sammenlignet med om en skolepsykolog med spesialisert kompetanse hadde undervist. Som tidligere diskutert i resultatdelen, ønsker ungdommene undervisning om livets utfordringer fra noen som har fagkunnskap på feltet.

I noen tilfeller fremstår det som at ungdommenes ønske om kunnskap bunner i en oppfatning av at de må håndtere utfordrende situasjoner alene og at det de trenger er selvdisciplin. I forlengelsen av dette er et sentralt spørsmål om undervisning om stress og press vil legge for mye ansvar på ungdommene. Som det ble presentert tidligere, belyser Madsen (2018, s. 200-201) hvordan livsmestringsemnet kan føre til individualisering av ansvaret for å fungere optimalt og da spesielt for ressurssterke elever. Han mener livsmestringsemnet overfører ansvaret om å håndtere stress og press over på dem. En fallgrube ved slik undervisning om psykisk helse kan dermed være at man bare gir ungdommene nye krav til hva de må mestre. Ungdommer i studien peker også på at det å lære om stressmestring i seg selv kan bidra til mer stress. Undervisning kan dermed potensielt ha en nocebo-effekt, hvilket innebærer at tiltaket fører til problemer som ikke var til stede før tiltaket ble satt inn (Flor & Kennair, 2019, s. 110-116).

Undervisning kan øke psykisk helsefremmende kompetanse

Med utgangspunkt i diskusjonen rundt individualisering av ungdommene kan man argumentere for at undervisning bør fokusere på ungdommenes sosiale kontekst. Dette fokuset bygger igjen på litteratur hvor ungdommers psykiske helse sees i sammenheng med deres sosiale kontekst (Lillejord et al., 2017; Myklestad et al., 2012; Segrin & Flora, 2000; Skogen et al., 2018; World Health Organization, 2005). Undervisning med et slikt fokus kan være et helsefremmende tiltak (Cohen & Wills, 1985; Lillejord et al., 2017), som kan øke ungdommenes psykiske helsefremmende kompetanse. Psykisk helsefremmende kompetanse er tidligere blitt presentert gjennom Kutcher et al. (2016) sin konseptualisering av «mental health literacy». Basert på denne teorien kan undervisning føre til bedre psykisk helse for ungdommer uten at de trenger behandling på individnivå. I tillegg kan det fasilitere hjelpsøking for dem som trenger behandling, ved at de lærer å vurdere hvilke utfordringer som trenger behandling (Andrade et al., 2014; Kelly et al., 2007; Rickwood et al., 2005). En viktig del av skolepsykologens rolle kan således være å undervise for å fremme ungdommenes sosiale kompetanse og deres sosiale fungering i relasjon til andre.

Som nevnt støtter ungdommer seg i stor grad til jevnaldrende venner og familie ved hverdagslige utfordringer. Å søke støtte og hjelp hos venner er ikke bare en måte å fasilitere senere hjelpsøking hos profesjonelle hjelpere, men kan også fungere som direkte hjelp for problemene. Undervisning bør dermed være rettet at sosial støtte, da dette er blant ungdommers foretrukne hjelpsøkningsstrategier. På denne måten vil undervisningen være konsistent med ungdommenes livsverden (Wilson & Deane, 2001). I forlengelse av dette fokuset kan skolepsykologen med utgangspunkt i normalpsykologi fokusere på fellestrekk for

livsfasen som ungdommene befinner seg i, samt fokusere på kunnskap om aktuelle samfunnsforhold. Dette vil i større grad belyse ungdommenes felles kontekst og tone ned de individuelle forklaringsmodellene for psykiske helseplager. Et slikt utadrettet fokus kan bidra til å fremme både egen og andres psykiske helse, uten at ungdommene må rette fokuset innover i seg selv. Undervisningen kan således bidra til økt gruppekompetanse, heller enn kun en kompetanseheving for individet.

Undervisning kan redusere stigma

Da stigma har blitt identifisert som en av de viktigste barrierene for oppsøking av skolepsykologen, oppleves det som sentralt å spørre seg hvordan man potensielt kan redusere denne barrieren til hjelpsøking. Å redusere stigma er også viktig i lys av de andre potensielle negative konsekvensene som offentlig stigma og selvstigma kan ha for individet: redusert selvtillit, framtidstro og mestringstro, følelse av skam og verdiløshet (Corrigan, 2004), redusert livskvalitet (Tucker et al., 2013) og forsterkning av stress og angstsymptomer (Jacobsen et al., 2010).

I litteraturen vedrørende reduisering av stigma er undervisning foreslått som en sentral intervensjon for å endre stigmatiserende holdninger knyttet til psykiske lidelser (Corrigan, 2004). Denne intervensjonen innebærer å lære majoriteten om psykiske helseplager og dermed få bukt med falske myter. Studier som har sett på effekten av undervisning for å redusere stigma har vist at undervisning kan redusere negative holdninger knyttet til personer med psykiske lidelser (Jacobsen et al., 2010). Intervensjoner som fokuserer på å øke kunnskap om og åpenhet rundt psykiske helseplager, henger sammen med ungdommers opplevelse av temaet som tabubelagt. Som nevnt, kan økt psykisk helsefremmende kompetanse redusere stigma (Green et al., 2013; Gulliver et al., 2010). Tucker et al. (2013) hevder at reduisering av stigma knyttet til hjelpsøking også vil kreve økt kunnskap om terapi og dens potensielle fordeler, samt normalisering av hjelpsøkingprosessen. Å undervise ungdommene om både psykiske helseplager og om når man bør oppsøke psykisk helsehjelp, fremstår som spesielt viktig da noen av ungdommene i studien virker å knytte psykiske lidelser til svakhet eller manglende selvkontroll hos individet. Disse oppfatningene finner vi også igjen i studien til Tharaldsen et al. (2017). De vurderes som potensielt store barrierer for hjelpsøking og kilde til selvstigma hos dem som har oppfatningene, men også som stereotyper som legitimerer stigmatisering av andre.

Som vi har sett, kan undervisning for å øke psykisk helsefremmende kompetanse også kunne innebære å lære om sosial støtte, sosial fungering og individets rolle i sosiale samspill. Slik vil man kunne ta høyde for den økende tendens i vestlig kultur, hvor individets

utfordringer forstås som uttrykk for interne psykologiske faktorer (eks: personlighet og emosjoner), heller enn sosiale og samfunnsmessige problemer (Furedi, 2004, s. 24-26). Et fokus på det sosiale kan således være et viktig tiltak i et forsøk på å redusere stigma, da det flytter fokuset bort fra individualisering av psykiske helseplager (eks: oppfatninger om svakhet og lav selvkontroll som årsak til psykiske helseplager). Dette vil kunne føre til en nyansering av ungdommenes forståelse av livets utfordringer, i lys av en sosial og samfunnsmessig kontekst. Å lære ungdommene hvordan de kan ivareta hverandre i hverdagen og i utfordrende livssituasjoner, kan også øke deres omsorg overfor hverandre og således redusere stigmatiserende og avvisende adferd.

Skolepsykologens åpningstider, plassering og tilbud

Ungdommene har spesifikke ønsker til skolepsykologens åpningstid (i lunsjen og etter skolen), plassering (sentralt, ute av syne og/eller samlokalisert med helsesykepleier og rådgiver) og tilbud (innkallingssamtaler og meldingstjeneste på nett). Ønskene henger tett sammen med behovet for å «ikke bli sett» når man oppsøker skolepsykologen. Det fremkommer at det er mer stigma knyttet til skolepsykologen enn rådgiver og helsesykepleier, da psykologer er assosiert med alvorlige psykiske helseplager (Engehagen, 2014). Ungdommene er positive til rammer og tjenester hvor det ikke blir synlig for medelever dersom de har psykiske helseplager. Ønsket om anonymitet i hjelpsøkingprosessen samsvarer også med funnene fra tidligere forskning på ungdommers perspektiver på skolehelsetjenesten (Hansen, 2013; Nordal, 2009).

Ungdommene hevder at tilrettelegging vil kunne «fange opp» flere ungdommer som trenger hjelp. Å legge til rette for disse ønskene kan dermed øke andelen som oppsøker hjelp ved behov, men en slik tilrettelegging gjør derimot ikke noe med selve stigmabarrieren. I så måte tar denne tilretteleggingen ikke problemet ved roten, samtidig som man kan argumentere for at økt bruk av skolepsykologen over tid kan være med på å bryte ned stigma knyttet til hjelpsøking. Som vi har poengtert tidligere, vil åpenhet kunne føre til mindre tabu og dermed også potensielt en reduksjon av stigma. Denne åpenheten kan både være i form av at man ser at flere tar i bruk skolepsykologen, og/eller at det snakkes mer om at den tas i bruk.

Skolepsykologen må være fysisk og relasjonelt tilgjengelig for ungdommene

I våre analyser observerte vi en diskrepans mellom skolehelsetjenestens mandat om å være en lavterskeltjeneste, og ungdommenes opplevelse av at tilbudet er utilgjengelig. Skolehelsetjenesten skal være tilgjengelig for alle (Rodal & Frank, 2008), men en tydelig tendens på tvers av samtalene viser at ungdommene ikke opplever skolehelsetjenesten som tilgjengelig nok, og at dette er en barriere for hjelpsøking. Dette er i tråd med de tidligere

presenterte kvalitative studiene på skolehelsetjenesten (Hansen, 2013; Høifødt, 2015; Nordal, 2009). Det er et viktig poeng at ungdommene ønsker rask hjelp. For at skolehelsetjenesten skal være tilpasset sin brukergruppe, kreves det dermed at tilbudet er tilpasset deres «her-og-nå»-perspektiv, slik Bagstevold (2013) og Hvesser og Haugland-Johansen (2012) også påpeker. Ungdommenes beskrivelser av tilgjengelighet kan deles inn i fysisk og relasjonell tilgjengelighet. Ungdommenes utsagn formidler at økt fysisk og relasjonell tilgjengelighet er en forutsetning for skolepsykologens arbeid.

Den fysiske tilgjengeligheten

Den fysiske tilgjengeligheten handler om at skolepsykologen må være fysisk til stede på skolen og tilgjengelig for samtaler når ungdommene har behov for det. Dette kan understreke forståelsen av psykiske helseplager, som noe som er knyttet til situasjonen og ikke individet. Økt tilgjengelighet kan i så måte være enda et bidrag for å redusere stigma knyttet til psykisk helseplager, i tillegg til å redusere individualisering av psykiske helseplager.

Skolepsykologene bør etter ungdommenes mening, være til stede hver dag og ha kort ventetid. Dette kan sees i sammenheng med hvor mye det krever av ungdommene i studien vår å skulle søke hjelp hos en skolepsykolog. De beskriver at de må mobilisere mye ressurser og mot for å overkomme de nevnte barrierene knyttet til stigma. Lang ventetid kan føre til at de mister motet de har bygget opp, mister tillit til tilbudet og lar være å søke hjelp igjen.

Et annet resultat av utilgjengeligheten er at ungdommene kan oppleve at problemene deres ikke er viktige nok. Dette kan øke bekymringen for at de tar tiden til noen som trenger hjelpen mer, hvilket igjen gjør at de ikke søker videre hjelp. Disse funnene støttes av andre kvalitative studier på skolehelsetjenesten (Hansen, 2013; Høifødt, 2015). En konsekvens av den manglende tilgjengeligheten er at skolehelsetjenesten i praksis ikke oppfyller sitt mandat om å være en lavterskeltjeneste.

Den relasjonelle tilgjengeligheten

Manglende relasjonell tilgjengelighet virker også være en barriere som gjør det mer utfordrende for ungdommene å søke hjelp. Den relasjonelle tilgjengeligheten innebærer at ungdommene har et behov for å kjenne skolepsykologen. Forskning på hjelpsøking støtter funnet om viktigheten av relasjonell tilgjengelighet, da det å ha en trygg relasjon til potensielle hjelpere har vist seg å være en viktig fasilitator for hjelpsøking (Rickwood et al., 2007; Rickwood et al., 2005). Som nevnt tidligere, beskriver Helsedirektoratet (2008a) at lavterskeltjenester skal fremstå synlige, tydelige og tillitsvekkende for brukerne. Dette er i tråd med ungdommenes uttrykte ønsker. Behovet for å ha en relasjon til skolepsykologen kan sees

i lys av den sårbare posisjonen ungdommene er i når de søker hjelp. Økt relasjonell tilgjengelighet vil dermed kunne føre til at det kreves mindre «oppbygging» av mot. Dette kan således fasilitere hjelpsøking. Den relasjonelle tilgjengeligheten vektlegges også av ungdommene intervjuet av Langaard og Olaisen (2005).

Etiske dilemma relatert til skolepsykologens rolle

Implementering av skolepsykologen og risiko for sykeliggjøring

Oppgaven har allerede diskutert hvordan økt kunnskap om psykisk helse kan virke sykeliggjørende for ungdommene. Likeledes debatteres det hvorvidt implementeringen av skolepsykologen også vil kunne bidra til sykeliggjøring. Enkelte ungdommer i studien vår beskriver at de er urolige for at skolepsykologen kan avdekke at de har mer alvorlige problemer enn de selv trodde. Kontakten med skolepsykologen kan således gi dem økt bevissthet rundt hvordan de har det og føre til en negativ vurdering av egen psykisk helse. Dette resonnerer med kritikken fra Frances (2013) og Barsky (1988) angående sykeliggjøring.

Hofgaard (2010) hevder at tilstedeværelse av psykologer ikke vil føre til sykeliggjøring. Han begrunner dette i at psykologien har sitt utgangspunkt i en normalitets- og mestringsmodell. Målet for psykologens arbeid er ikke å garantere fravær av ubehag, men øke pasientens mestring av normalvariasjonen i livet. Flor og Kennair (2019, s. 118-119) hevder derimot at fokus på normalisering også potensielt kan bidra til sykeliggjøring. Ifølge Madsen (2018, s. 176-177) virker majoriteten av psykologer i Norge å stille seg bak tanken om at «ingen lidelse er meg ubetydelig», hvor enhver utfordring kan behandles psykologisk. Flor og Kennair (2019, s. 118-119) mener tanken om at det kreves en psykolog til å normalisere følelseslivets normale svingninger er et paradoks da psykologen er ansatt som en fagperson som behandler «sykdom». Formatet har dermed potensielt noen konnotasjoner som påvirker utfallet, uavhengig av normaliseringsfokuset (Flor & Kennair, 2019, s. 118-119).

Implementeringen av skolepsykologen og risiko for avhengighet

Å legge til rette slik at det blir enklere for ungdommene å oppsøke skolepsykologen vil være av stor betydning for dem som trenger behandling, og som ikke klarer å oppsøke hjelpen selv. Samtidig kan det virke mot sin hensikt dersom den profesjonelle hjelpen er for tilgjengelig for ungdommene. Flor og Kennair (2019, s. 118-119) hevder at en økt tilgang til autorisert helsepersonell kan føre til at man heller diskuterer utfordringer med dem enn med venner og familie. Videre hevder de at dette fjerner en sentral relasjonell funksjon, samt øker avhengigheten til ekspertisen. Som nevnt tidligere, poengterer Frances (2013) at det er noe adaptivt ved å håndtere hverdagslige utfordringer på egenhånd eller ved hjelp av sosial

støtte. Noen hevder at individenes evne til å selv håndtere egne utfordringer blir redusert og medfører en økt hjelpeløshet (Madsen, 2010, s. 161). Et motargument er at psykologens intensjon er å øke individets selvhjulpenhet og mestringstro i møte med livets utfordringer (Beck, 2011, s. 9).

Utforming og fremstilling av skolepsykologens rolle i lys av de etiske dilemmaene

Vi vil hevde at risikoen for sykeliggjøring eller avhengighet vil kunne avhenge av både utformingen og fremstillingen av skolepsykologens rolle. Tidligere i diskusjonen har vi belyst hvordan skolepsykologen gjennom undervisning kan fremme ungdommenes ressurser og bruk av sosial støtte. Et slikt tiltak på gruppenivå vil kunne være både forebyggende og helsefremmende. Dette er i tråd med regjeringens anmodninger om at skolehelsetjenesten skal fokusere på mestring og normalisering av ungdomstidens utfordringer (Helsedepartementet, 2003).

Viktigheten av individrettede tiltak har blitt poengtert tidligere, og da spesielt behandling av psykiske helseplager som medfører betydelig redusert livskvalitet og fungering for ungdommen. I forsøk på å unngå sykeliggjøring og avhengighet bør man dermed ikke fjerne individrettede tiltak for ungdommer som har behov for dette. Vi tror imidlertid at hvordan skolepsykologens kompetanse fremstilles i relasjon til de individrettede tiltakene, vil være av betydning for de potensielle konsekvensene.

Ungdommenes utsagn om skolepsykologen som en som kan avdekke problemer man ikke visste man hadde, viser til makten som psykologen har overfor ungdommene i rollen som ekspert på psykisk helse. Ungdommenes oppfatninger om psykologens kompetanse vitner om at psykologen kan sees på som mystisk og nesten overmenneskelig. I Mikalsen (2016) sin studie ble det funnet at ungdommene implisitt satt skolepsykologen i en opphøyet ekspertrolle. Vi har i vår studie også sett hvordan ungdommene anser skolepsykologen som innehaver av en ettertraktet og viktig kompetanse om psykisk helse. I måten ungdommene beskriver psykologens kompetanse på, virker det å ligge en antagelse om at få er bedre rustet enn psykologen til å hjelpe ungdommene med å løse psykiske helseplager. Oppfattelsen av psykologen som en høytstående ekspertskikkelse, kan også sees i sammenheng med det problematiske med skolepsykologens utilgjengelighet. En slik oppfatning om skolepsykologen gjør at dens utilgjengelighet kan oppleves som en krise for ungdommene. Skolepsykologens fremstilling som «eksperten» som er der for å løse alle vansker kan dermed føre til en opplevelse av et tillitsbrudd dersom skolepsykologen er utilgjengelig. Man kan således tenke seg at jo mer skolepsykologen fremstilles som den fremste løsningen på

ungdommenes utfordringer, jo mer avhengige blir ungdommene av hjelpen, og jo verre oppleves det dersom de møter en «lukket dør».

En måte å forhindre slike effekter av skolepsykologens tilstedeværelse i skolen og kontakt med ungdommene, er igjen å arbeide for å styrke ungdommenes sosiale støtte. Et annet tiltak er at skolepsykologen er åpen om innholdet i psykologisk kompetanse og deler dens nytteverdi og begrensninger. Man kan da se for seg at ungdommene selv vil kunne ta stilling til hvilke psykologiske verktøy som passer dem, og hvilke de er kritiske til. Således blir ungdommene i mindre grad avhengige av psykologens kompetanse i møte med fremtidige utfordringer. Skolepsykologen kan også drive med selvavsløring, ved å dele erfaringer fra eget liv og vise seg menneskelig. Dette kan være med på å normalisere skolepsykologens mystiske virke, men også livets utfordringer (Roberts, 2005).

Styrker og begrensninger ved oppgaven

Målet med studien vår var å fange opp oppfatninger om skolepsykologen som sirkulerer blant ungdommer. Vi var ikke primært ute etter individuelle oppfatninger. Det er dermed ansett som en styrke for oppgaven at vi gjennomførte fokusgruppesamtaler. Det finnes dog potensielle, uønskede konsekvenser av å ta i bruk denne datainnsamlingsmetoden. Dette kan eksempelvis være bandwagon-effekten. Denne effekten innebærer at man gjør som andre, på tross av eller uavhengig av egne oppfatninger eller meninger (Madsen, 2018, s. 172). Deltakerne i studien kan dermed ha svart det som de tror de andre deltakerne (eller vi) mener, eller simpelthen sagt seg enige med de andre deltakerne. Denne effekten har gjennom forskning vist seg å være størst i tilfeller hvor man ikke har en klar oppfatning fra før (Madsen, 2018, s. 173). Det er ikke fremmed å tenke at mange av ungdommene på forhånd ikke hadde veldig klare formeninger om skolepsykologens rolle eller arbeidsoppgaver. På en annen side kan man argumentere for ungdommene virket å ha betraktelig med kunnskap om psykisk helse og behandling, noe som kan være en konsekvens av medias fokus på psykologer og psykisk helse blant ungdom.

Madsen (2010, s. 163) hevder at psykologer og psykologstudenter utvikler et klinisk-terapeutisk blikk, noe som gjør at vi i mindre grad er kritisk til utbredelsen av psykologer og psykologi og at vi oftere vil tolke problemer som psykologiske. I lys av dette kan man spørre i hvilken grad vårt blikk har påvirket ungdommene i fokusgruppesamtalene.

Fokusgruppesamtaler er interpersonlige kontekster som vil kunne påvirke deltakernes utsagn (Wilkinson, 2015), og vi er bevisste at oppgaven undersøker et fenomen fra perspektivet til vår egen profesjon. Kасusdelen av fokusgruppesamtalen tar utgangspunkt i at innføringen av skolepsykologer er et positivt bidrag, samtidig som vi også spurte

ungdommene om de kunne se for seg noen potensielle ulemper ved innføringen. Vi etterstrebet at vårt faglige ståsted i minst mulig grad skulle påvirke ungdommene under samtalene.

En annen mulig begrensning ved studien er at vårt faglige ståsted og teoretiske tilnærming vil ha påvirket hvordan vi tolker resultatene, til tross for et forsøk på å være nøytrale. Dette tror vi dog er en unngåelig problemstilling. Det er derimot mulig å tenke seg at resultatene kunne sett annerledes ut dersom andre forskere hadde analysert datamaterialet, siden man kan hevde at ingen funn er entydige. Det samme gjelder vektlegging i diskusjonsdelen. I et forsøk på å ta høyde for vårt eget utgangspunkt har vi forsøkt å undersøke og diskutere både de potensielt negative og positive sidene av skolepsykologens plass i skolehelsetjenesten. Dette har også ført til en ytterligere nyansering av vårt eget syn på lavterskeltilbud og skolepsykologer.

Implikasjoner og videre forskning

Oppgaven har fokusert på hvordan skolepsykologens rolle og arbeidsoppgaver bør utformes i tråd med ungdommenes fokus. Vi har dermed hovedsakelig fokusert på de delene av rollen hvor skolepsykologen er i direkte kontakt med ungdommene. Øvrige aspekter ved rollen, slik som systemarbeid, tverrfaglig samarbeid og psykososiale miljøtiltak, er som følge ikke gjort nærmere rede for. Dette er derimot aspekter ved skolepsykologens rolle som i litteraturen trekkes frem som betydningsfulle. Det oppfordres således til studier som belyser disse sidene av skolepsykologens rolle i skolehelsetjenesten i videregående skole. Ettersom det er flest masteroppgaver som har undersøkt dette feltet, oppfordrer vi også sterkt til gjennomføring av fagfelleverderte studier på temaet.

Videre vil muligheten til å innfri ungdommenes ønsker forutsette økt ansettelse av skolepsykologer i videregående skole. Ungdommene beskriver dette best selv: «*De (skolepsykologer) gjør så godt de kan med de midlene de har og den tiden de har, det er bare det at tiden er for liten*».

Konklusjon

Denne oppgaven har undersøkt hvordan noen ungdommer mener at psykologressurser bør tas i bruk i skolehelsetjenesten i videregående skole, gjennom å besvare følgende problemstillinger: Hvilke oppfatninger om og ønsker til skolepsykologen har ungdommer i videregående skole? Hvordan kan kunnskap om ungdommenes oppfatninger og ønsker bidra i utformingen av skolepsykologens rolle? Ved bruk av tematisk analyse identifiserte vi at ungdommene i studien vår har et ønske om psykologkompetanse i skolen, både i form av

undervisning om ungdomsrelevante temaer og i form av individuelle samtaler ved behov. Det ble samtidig identifisert barrierer for ungdommenes oppsøking av skolepsykologen. De viktigste barrierene var stigma knyttet til psykiske helseplager og hjelpsøking, samt opplevelsen av skolepsykologens utilgjengelighet. I oppgaven gir vi forslag til hvordan skolepsykologens rolle kan utformes for å overkomme og bryte ned disse barrierene. Skolepsykologens rolle bør bestå av både undervisning og behandling. Undervisningen bør være rettet mot å fremme psykisk helsefremmende kompetanse, med et særskilt fokus på sosial fungering. Behandlingen bør være en mulighet for ungdommer med psykiske helseplager og betydelig redusert livskvalitet. Behandling av psykiske lidelser virker ikke forenelig med skolehelsetjenestens nåværende ressurser og ungdommenes sentrale ønske om tilgjengelighet. I oppgaven har vi også belyst hvordan skolepsykologen må ta høyde for potensielle negative konsekvenser, som rollen kan medføre i møte med ungdommene. Vi argumenterer for at skolepsykologen bør fremstille psykologisk kompetanse på en slik måte at psykologen som en «ekspertskikkelse» avmystifiseres. Dette kan videre gjøre at implementeringen av skolepsykologen i skolehelsetjenesten ikke fører til en økt sykeliggjøring av livets utfordringer eller avhengighet til profesjonell hjelp. Studiens funn kan følgelig bidra til en fremtidig rolleavklaring for skolepsykologen, noe som kan være av betydning for psykologers arbeid i videregående skole.

Litteraturliste

- Aglen, B. S., Olufsen, V. & Espnes, G.-A. (2018). Helsefremming og sykdomsforebygging er ikke to sider av samme sak. *Sykepleien*, 106.
<https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2018.70809>
- Ajo, A. & Vik, I. (2008). Psykologer i kommunen: Fra klinikk til åpent jorde. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 45(2), 151-156.
- Andersen, B. J. (2011). *Effekter av undervisning om psykisk helse i videregående skoler* [Doktorgradsavhandling, Universitet i Oslo]. Oslo.
<https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/18164/dravhandling-andersen.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Andersson, H. W. (2009). *Pasienter og behandlingstilbud i psykisk helsevern for barn og unge* (A9714). SINTEF. https://www.sintef.no/globalassets/upload/helse/psykisk-helse/pdf-filer/rapport_a9714_pasienter_og_behandlingstilbud_i_psykisk_helsevern_for_barn_og_unge.pdf
- Andersson, H. W., Kaspersen, S. L., Bjørngaard, J. H., Bungum, B., Ådnanes, M. & Buland, T. (2009). *Psykisk helse i skolen. Effektevaluering av opplæringsprogrammene "Hva er det Monica?", "STEP - ungdom møter ungdom" og "Venn 1.no" (Delrapport A)*. (SINTEF A10365). <http://hdl.handle.net/11250/2466408>
- Andersson, H. W., Ose, S. O. & Norvoll, R. (2006). *Helsesøsters kompetanse* (A558). SINTEF Helse.
- Andrade, L. H., Alonso, J., Mneimneh, Z., Wells, J. E., Al-Hamzawi, A., Borge, G., Bromet, E., Bruffaerts, R., de Girolamo, G., de Graaf, R., Florescu, S., Gureje, O., Hinkov, H. R., Hu, C., Huang, Y., Hwang, I., Jin, R., Karam, E. G., Kovess-Masfety, V., ... & Kessler, R. C. (2014). Barriers to mental health treatment: results from the WHO World Mental Health surveys. *Psychological Medicine*, 44, 1303-1317.
- Aslaksen, P. & Malt, U. (2018). *Psykiske lidelser*. Store medisinske leksikon. Hentet 18.mai fra https://sml.snl.no/psykiske_lidelser
- Bagstevold, L. (2013). Lavterskeltilbud ved alvorlige psykiske lidelser hos ungdom. *Dialog*, 23(3), 7-13.
- Bakken, A. (2018). *Ungdata. Nasjonale resultater 2018* (Rapport 8). NOVA.
<http://hdl.handle.net/20.500.12199/3498>

- Bakken, A. (2019). *Ungdata. Nasjonale resultater 2019* (Rapport 9). NOVA, OsloMet. <http://www.forebygging.no/Global/Ungdata-2019-Nettversjon.pdf>
- Bandura, A. (2006). Self-efficacy beliefs of adolescents IF. Pajares & T. Urdan (Red.), *Adolescent development from an agentic perspective* (s. 1-43). Information Age Publishing.
- Barker, G., Olukoya, A. & Aggleton, P. (2005). Young people, social support and help-seeking. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 17(4), 315-335.
- Barneombudet. (2018). *Medvirkningshåndboka: Metoder for å involvere barn og unge i viktige saker* <http://barneombudet.no/wp-content/uploads/2018/12/Medvirkningshaandboka.pdf>
- Barney, L. J., Griffiths, K. M., Christensen, H. & Jorm, A. F. (2009). Exploring the nature of stigmatising beliefs about depression and help-seeking: Implications for reducing stigma. *BMC Public Health*, 9(61). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-9-61>
- Barney, L. J., Griffiths, K. M., Jorm, A. F. & Christensen, H. (2006). Stigma about depression and its impact on help-seeking intentions. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40, 51-54.
- Barsky, A. J. (1988). The paradox of health. *New England Journal of Medicine*, 318(7), 414-418. <https://doi.org/10.1056/NEJM198802183180705>
- Beck, J. S. (2011). *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond* (2. utg.). Guilford Publication.
- Bergen kommune. (2009). *Program for et likeverdig tilbud i skolehelsetjenesten i videregående skoler*. https://www.bergen.kommune.no/bk/multimedia/archive/00119/Program_for_et_like_119458a.pdf
- Bjørnsen, H. N., Ringdal, R., Eilertsen, M.-E., Espenes, G.-A. & Moksnes, U. K. (2018). Kunnskap kan gi ungdom bedre psykisk helse. *Sykepleien*, 106. https://www.researchgate.net/profile/Hanne_Bjornsen2/publication/323014294_Norwegian_only_Kunnskap_kan_gi_ungdom_bedre_psykisk_helse/links/5a7c4a31a6fdcc77cd278ceb/Norwegian-only-Kunnskap-kan-gi-ungdom-bedre-psykisk-helse.pdf
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <http://dx.doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Braun, V. & Clarke, V. (2013). *Successful qualitative research: A practical guide for beginners*. Sage Publications Ltd.

- Burt, K. B., Obradovic, J., Long, J. D. & Masten, A. S. (2008). The interplay of social competence and psychopathology over 20 years: Testing transactional and cascade models. *Child development*, 79(2), 359-374.
- Christiansen, B., Iversen, B. & Stephansen, M. (1983). Psykologtjenesten i kommunene: fremvekst, evaluering, fremtidsperspektiver. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 9(20), 7-82.
- Clarke, V., Braun, V. & Hayfield, N. (2015). Thematic analysis. I J. A. Smith (Red.), *Qualitative psychology: a practical guide to research methods* (3. utg., s. 222-248). SAGE Publications.
- Cohen, S. & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological bulletin*, 98(2), 310-357. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0033-2909.98.2.310>
- Colman, I., Wadsworth, M. E. J., Croudace, T. J. & Jonas, P. B. (2007). Forty-year psychiatric outcomes following assessment for internalizing disorder in adolescence. *The American Journal of Psychiatry*, 164(1), 126-133.
- Cornally, N. & McCarthy, G. (2011). Help-seeking behavior: A concept analysis. *International journal of nursing practice*, 17(3), 280-288. <https://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2011.01936.x>
- Corrigan, P. (2004). How stigma interferes with mental health care. *American psychologist*, 59(7), 614-625.
- Corrigan, P. W., Larson, J. E. & Rüsch, N. (2009). Self-stigma and the “why try” effect: impact on life goals and evidence-based practices. *World Psychiatry*, 8, 75-81.
- Costello, E. J., He, J. P., Sampson, N. A., Kessler, R. C. & Merikangas, K. R. (2014). Services for Adolescents With Psychiatric Disorders: 12-Month Data From the National Comorbidity Survey–Adolescent. *Psychiatric Services*, 65(3), 359-366. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201100518>
- Cozby, P. C. & Bates, S. C. (2018). *Methods in Behavioral Research* (13. utg.). McGraw Hill Education
- Dahm, K. T., Landmark, B., Kirkehei, I. & Reinart, L. M. (2010). *Effekter av skolehelsetjenesten på barn og unges helse og oppvekstvilkår* (Rapport 15). Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.
- Dalgard, O. S., Mathisen, K. S., Nord, E., Ose, S., Rognerud, M. & Aarø, L. E. (2011). *Bedre føre var... Psykisk helse: Helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger*. Nasjonalt folkehelseinstitutt

- DeLuca, J. S. (2020). Conceptualizing Adolescent Mental Illness Stigma: Youth Stigma Development and Stigma Reduction Programs. *Adolescent Research Review*, 5, 153-171. <https://doi.org/10.1007/s40894-018-0106-3>
- Eatough, V. (2012). Introduction to qualitative methods IG. M. Breakwell, J. A. Smith & D. B. Wright (Red.), *Research Methods in Psychology* (4. utg.). SAGE.
- Engehagen, G. T. (2014). *Psykisk helse - en plass i skolen?* [Masteroppgave, Universitet i Agder]. <https://uia.brage.unit.no/uia-xmlui/bitstream/handle/11250/2356457/Gunnbj%C3%B8rg%20Tveiten%20Engehagen%20Oppgave.pdf?sequence=1>
- Farrand, P., Perry, J., Lee, C. & Parker, M. (2006). Adolescents' preference towards self-help: implications for service development. *Primary care and community psychiatry* 11(2), 73-79.
- Finpå, T. H. G. (2016). *Ungdoms bruk av skolehelsetjenesten* [Masteroppgave, Høgskolen i Oslo og Akershus]. <http://hdl.handle.net/10642/4773>
- Flor, J. A. & Kennair, L. E. O. (2019). *Skadelige samtaler - myten om bivirkningsfri terapi*. Tiden Norsk Forlag.
- Folkehelseinstituttet. (2015). *Målemetoder for psykisk helse*. Hentet 1. mars fra <https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/psykiskelidelser/malemetoder-for-psykisk-helse/>
- Ford, M. E. (1982). Social cognition and social competence in adolescence. *Developmental psychology*, 18(3), 323-340. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.18.3.323>
- Forskrift om helsestasjons – og skolehelsetjenesten. (2018). *Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten* (FOR-2018-10-19-1584). <https://lovdata.no/forskrift/2018-10-19-1584>
- Fossestøl, K. & Skarpaas, I. (2013). *Modellutprøving av psykologer i kommunehelsetjenesten*. Arbeidsforskningsinstituttet. <http://hdl.handle.net/20.500.12199/6210>
- Frances, A. (2013). *Saving normal: An insider's revolt against out-of-control psychiatric diagnosis, DSM-5, big pharma, and the medicalization of ordinary life*. Harper Collins.
- Fryers, T. & Brugha, R. (2013). Childhood Determinants of Adult Psychiatric Disorder. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 9(1), 1-50. <https://doi.org/10.2174/1745017901309010001>
- Furedi, F. (2004). *Therapy culture: Cultivating vulnerability in an uncertain age*. Psychology Press.

- Glavin, K. & Helseth, S. (2005). Kunnskap i tråd med samfunnets behov. *Sykepleien*, 05, 56-57.
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. Simon & Schuster Inc.
- Green, J. G., McLaughlin, K. A., Alegria, M., Costello, E. J., Gruber, M. J., Hoagwood, K., Leaf, P. J., Olin, S., Sampson, N. A. & Kessler, R. C. (2013). School mental health resources and adolescent mental health service use. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 52(5), 501-510.
- Gulliver, A., Griffiths, K. M. & Christensen, H. (2010). Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: a systematic review. *BMC Psychiatry*, 10(113). <https://doi.org/10.1186/1471-244X-10-113>
- Halvorsen, P. (2020). Mener livsmestring i skolen duker for nye nederlag. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 57(8). <https://psykologtidsskriftet.no/aktuelt/2020/07/mener-livsmestring-i-skolen-duker-nye-nederlag>
- Hamstad, H. L. (2019). *Jeg ser at det er veldig fint å jobbe sammen: En kvalitativ studie om tverrfaglig samarbeid i skolehelsetjenesten* [Hovedoppgave, NTNU]. Trondheim.
- Hansen, L. A. B. (2013). *En brukerorientert skolehelsetjeneste? En kvalitativ studie av ungdommers opplevelse av tilgjengelighet i tilbudet*. [Masteroppgave, NTNU]. Trondheim. <http://hdl.handle.net/11250/269814>
- Haug, E., Robson-Wold, C., Helland, T., Jåstad, A., Torsheim, T., Fismen, A.-S., Wold, B. & Samdal, O. (2020). *Barn og unges helse og trivsel: Forekomst og sosial ulikhet i Norge og Norden*. Universitet i Bergen. <http://filer.uib.no/psyfa/HEMIL-senteret/HEVAS/HEVAS%20rapport%202020%20%28V4%29.pdf>
- Heggland, J. E., Gärtner, K. & Mykletun, A. (2013). *Kommunepsykologsatsningen i Norge i et folkehelseperspektiv* (Rapport 2). Nasjonalt Folkehelseinstitutt.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2017). *Mestre hele livet - Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017-2022)*. https://www.regjeringen.no/contentassets/f53f98fa3d3e476b84b6e36438f5f7af/strategi_for_god_psykisk-helse_250817.pdf
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2019). *Høringsnotat - forslag til endring i forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten* [Høringsnotat].
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* (LOV-2011-06-24-30). <https://lovdata.no/lov/2011-06-24-30>

Helsedepartementet. (2003). *Sammen om psykisk helse. Regjeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse.*

https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/vedlegg/strategiplan_for_barn_og_unges_psykiske_helse.pdf

Helsedirektoratet. (2008a). *Psykologer i kommunene - barrierer og tiltak for økt rekruttering* (IS-1565). Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet. (2008b). *Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge* (IS-1570). https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/psykisk-helsevern-for-barn-og-unge-veileder-for-poliklinikker/Veileder%20for%20poliklinikker%20i%20psykisk%20helsevern%20for%20barn%20og%20unge.pdf/_attachment/inline/829f53aa-0b66-4139-8add-944c95d5b163:b03ce59e25e43dc7623f1b5940aff644ae83eb6a/Veileder%20for%20poliklinikker%20i%20psykisk%20helsevern%20for%20barn%20og%20unge.pdf?fbclid=IwAR1HfX1paHFuwArDjcOaZ5LjptHJozdHgHp51Oryj1m23lNCzw-QQBbHm4A

Helsedirektoratet. (2020, 12. juni). *Helsestasjons- og skolehelsetjeneste: nasjonal faglig retningslinje*. Hentet 17. august fra

<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten>

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* (LOV-1999-07-02-64).

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

Helseth, S. & Misvær, N. (2009). Adolescents' perceptions of quality of life: what it is and what matters. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 1454-1461.

<https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.03069.x>

Hetland, J., Torsheim, T. & Aarø, L. E. (2002). Subjective health complaints in adolescence: dimensional structure and variation across gender and age. *Scandinavian Journal of Public Health*, 30, 223-230.

Hinshaw, S. P. (2005). The stigmatization of mental illness in children and parents: Developmental issues, family concerns, and research needs. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 46, 714-734.

<https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2005.01456.x>.

Hofgaard, T. L. (2010). En ny definisjon av helse? *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 47(4), 362. <https://psykologtidsskriftet.no/leder/2010/04/en-ny-definisjon-av-helse>

Holte, A. (2012). Ti prinsipper for forebygging av psykiske lidelser. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 49, 693-695.

- Holte, A. & Talseth, R. (2005). Psykisk helsehjelp i skolen. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 42(11), 985-986.
- Howitt, D. (2019). *Introduction to qualitative research methods in psychology: putting theory into practice* (4. utg.). Pearson Education Limited.
- Huber, M., Knotternus, J. A., Green, L., van der Horst, H., Jadad, A. R., Kromhout, D., Leonard, B., Lorig, K., Loureiro, M. I., van der Meer, J. W. M., Smith, R., van Weel, C. & Schnabel, P. (2011). How should we define health? *BMJ*, 343.
<https://doi.org/10.1136/bmj.d4163>
- Hvesser, A. & Haugland-Johansen, A. (2012). En hverdag med utviklingsfremmende samtaler. Et blikk på utviklingen av skolehelsetjenesten i videregående skole. I K. Olaisen (Red.), *Utviklingsfremmende samtaler med ungdom: samhandling på tvers* (s. 44-63). Kommuneforlaget.
- Høifødt, V. (2015). *Skolehelsetjenesten i et brukerperspektiv - En kvalitativ studie av ungdoms erfaringer og behov i møte med skolehelsetjenesten*. [Masteroppgave, NTNU]. Trondheim. <http://hdl.handle.net/11250/294384>
- Imenes, A.-K. (2011). Lavterskelpspsykolog - ikke lightpsykolog. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 48(2), 150-154.
- Imenes, A.-K. (2013). Psykologkompetanse på ville veier. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 50(9), 150-154.
- Indergård, P. J. & Krogh, F. (2020). *Aktivitetsdata for psykisk helsevern for barn og unge 2019* (IS-2892). Helsedirektoratet.
https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/aktivitetsdata-for-psykisk-helsevern-for-barn-og-unge/Aktivitetsdata%20for%20psykisk%20helsevern%20for%20barn%20og%20unge%202019.pdf/_attachment/inline/b71fe600-1f08-4882-b3d2-fb299b855658:76e926a9eea50b459f9a0ae5162282ef050d192d/Aktivitetsdata%20for%20psykisk%20helsevern%20for%20barn%20og%20unge%202019.pdf?fbclid=IwAR11Ic6FHI1a-eJf545q8E3o_vJlzevDZMkcJP6YvVdo7Xeh1KIIheoq3t0
- Innset, K. (2012). "Er du psykolog? Hvor er helsesøster da?" Rolleforståelse og teamutvikling i skolehelsetjenesten. I K. Olaisen (Red.), *Utviklingsfremmende samtaler med ungdom. Samhandling på tvers* (1. utg.). Kommuneforlaget.
- Iversen, K. (2018). *Evaluering av pilotprosjektet Psykologteamet* (AUD-rapport 11-18). Opplæringsavdelingen, Hordaland Fylkeskommune.

<https://www.hordaland.no/globalassets/for-hfk/rapportar-og-statistikk/aud-rapportar/2018/aud-rapport-nr-11-18-evaluering-av-psykologteamet.pdf>

- Jacobsen, C. B., Martin, H. M., Andersen, S. L., Christensen, R. N. & Bengtsson, S. (2010). *Stigma og psykiske lidelser - som det oppleves og oppfattes af mennesker med psykiske lidelser og borgere i Danmark*. Det Nationale Forskningscenter for Velfærd.
- Johansen, R. V. (2015, 9. oktober). - Det er vanskelig å være tenåring. Det er vondt å sørge. Men noen plager må vi akseptere som en del av livet. *A-Magasinet*.
<https://www.aftenposten.no/amagasinet/i/2o4r/det-er-vanskelig-aa-vaere-tenaaring-det-er-vondt-aa-soerge-men-noen-pla>
- Jorm, A. F., Wright, A. & Morgan, A. J. (2007). Where to seek help for a mental disorder? National survey of the beliefs of Australian youth and their parents. *The medical journal of Australia*, 187(10), 556-560.
- Jutel, A. (2009). Sociology of diagnosis: a preliminary review. *Sociology of Health & Illness*, 31(2), 278-299. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2008.01152.x>
- Jutel, A. G. (2014). *Putting a name to it: Diagnosis in contemporary society*. John Hopkins University Press.
- Keenan, T., Evans, S. & Crowley, K. (2016). *An introduction to child development*. Sage.
- Kelly, C. M., Jorm, A. F. & Wright, A. (2007). Improving mental health literacy as a strategy to facilitate early intervention for mental disorders. *The medical journal of Australia*, 187(7), 26-30.
- Klomsten, A. T. (2018). *Livsmestring på timeplanen - Utdanning i Psykisk helse (UPS!)* (Trondheimsprosjektet 2017/2018).
- Klomsten, A. T. & Uthus, M. (2020). En sakte forvandling. En kvalitativ studie av elevers erfaringer med å lære om psykisk helse i skolen. *Nordisk tidsskrift for utdanning og praksis*, 14(2), 122-139.
- Kutcher, S., Wei, Y., Costa, S., Gusmao, R., Skokauskas, N. & Sourander, A. (2016). Enhancing mental health literacy in young people. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 25, 567-567. <https://doi.org/10.1007/s00787-016-0867-9>
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju* (2. utg.). Gyldendal akademisk.
- Landridge, D. (2006). *Psykologisk forskningsmetode: en innføring i kvalitative og kvantitative tilnærminger*. Tapir Akademisk forlag.
- Langaard, K. (2006). Ungdom, psykisk helse og profesjonell hjelp. *Tidsskrift for ungdomsforskning*, 6(2), 25-40.

- Langaard, K. (2011). *Et utviklingsperspektiv som ramme for samtaler med ungdom i skolehelsetjenesten - aktivitet, intensjonalitet og tilpasset utviklingsstøtte* (Publikasjonsnr. 261) [Doktorgradsavhandling, Universitetet i Oslo]. Oslo.
- Langaard, K. & Olaisen, K. (2005). *På vei mot voksenlivet. Samtaler mellom ungdom og hjelpere som bidrag til økt livsmestring* (Barn i Norge 2005: Årsrapport om barn og unges psykiske helse). Voksne for barn.
https://vfb.no/app/uploads/2019/03/WEB_BarniNorge2005.pdf
- Larsen, M. H. (2011). Skolen som arena for helsefremmende og forebyggende arbeid relatert til psykisk helse hos ungdom. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 8(1), 24-34.
- Larsen, M. H., Christiansen, B. & Kvarme, L. G. (2016). Helsesøstres utfordringer for å fremme elevenes psykisk helse. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 12(2).
<https://doi.org/10.7557/14.4042>
- Larsen, O. S., Herheim, Å., Deschington, H., Staksrud, E. & Frank, K. (2016). Sosiale roller. I *Psykologi 2* (s. 145). H. Aschehoug & Co.
- Lian, O. S. (2014). Hva ligger i navnet? Psykiatriske diagnoser og diagnosenes sosiologi. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 51(9), 723-728.
- Lillejord, S., Børte, K., Ruud, E. & Morgan, K. (2017). *Stress i skolen - en systematisk kunnskapsoversikt*. Kunnskapssenter for utdanning.
- Link, B. & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual review of Sociology*, 27(1), 363-385. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.27.1.363>
- Madsen, O. J. (2010). *Den terapeutiske kultur*. Universitetsforlaget.
- Madsen, O. J. (2017). Diagnosenes makt over sinnene: refleksjoner om diagnoser og diagnosekritikkens mangler. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 13(1), 25-41.
- Madsen, O. J. (2018). *Generasjon Prestasjon*. Universitetsforlaget.
- Madsen, O. J. (2020). *Livsmestring på timeplanen - Rett medisin for elevene?* Spartacus Forlag AS.
- Marcia, J. E. (2002). Adolescence, Identity, and the Bernardone Family, Identity. *An International Journal of theory and Research*, 2(3), 199-209.
https://doi.org/10.1207/S1532706XID0203_01
- Mathiesen, K. S. (2009). *Del 2: Barn og unge, Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv*. Nasjonalt folkehelseinstitutt.
<https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2009-og-eldre/rapport-20098-pdf-.pdf>

- Meld. St. 26 (2014-2015). *Fremtidens primærhelsetjeneste - nærhet og helhet*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-26-2014-2015/id2409890/sec1>
- Mikalsen, A. I. I. (2016). *Det er fint at de kommer på skolen - det er innenfor trygghetssonen min. En IPA-studie av elevenes erfaring med samtaletilbudet i Skoleprosjektet ved BUP Vest* [Masteroppgave, Diakonhjemmet Høgskole (VID)]. <http://hdl.handle.net/11250/2411381>
- Moberg, K. (2016). Tilgjengelighetens bakside. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 53(9), 746-748.
- MOT. (u.å.). *MOT-programmene*. Hentet 13. desember fra <https://www.mot.no/mot-programmene/>
- Myklestad, I., Røysamb, E. & Tambs, K. (2012). Risk and protective factors for psychological distress among adolescents: a family study in the Nord-Trøndelag Health Study. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 47(5), 771-782. <https://doi.org/10.1007/s00127-011-0380-x>
- Mykletun, A., Knudsen, A. K. & Mathiesen, K. S. (2009). *Psykiske lidelser i Norge: et folkehelseperspektiv* (Rapport 9). Nasjonalt folkehelseinstitutt. https://fhi.brage.unit.no/fhi-xmlui/bitstream/handle/11250/220092/Mykletun_2009_Psy.pdf?sequence=3
- Mæland, J. G. (2016). *Forebyggende helsearbeid - folkehelsearbeid i teori og praksis* (4. utg.). Universitetsforlaget
- Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid. (2016). *Psykolog i kommunen - en medspiller*. NAPHA. <https://www.napha.no/attachment.ap?id=2857>
- Nordal, L. N. (2009). *Skolehelsetjenestens betydning for ungdoms helse - en kvalitativ studie av ungdoms ønsker og behov for skolehelsetjenesten*. [Masteroppgave, Høgskolen i Telemark]. Telemark. <http://hdl.handle.net/11250/2438626>
- Nordhuus, I. & Ree, A. O. (2002). *Definisjonskatalog for helsestasjons- og skolehelsetjenesten* (R 15/02). Kompetansesenter for IT i helsevesenet AS.
- Nypan, M. (2015). *Ta oss på alvor - Teoretisk og empirisk studie av helsesøsters helsefremmende arbeid i skole* [Masteroppgave, NTNU]. Trondheim.
- Nyvoll, I. L. (2020, 23. februar). Trondheim trekker seg fra stor undersøkelse - mener den bidrar til at unge ser negativt på livene sine. *Adresseavisen*. <https://www.adressa.no/pluss/nyheter/2020/02/23/Trondheim-trekker-seg-fra-stor->

[undersøkelse-mener-den-bidrar-til-at-unge-ser-negativt-pa-livene-sine-21113809.ece](https://www.undersokelse-mener-den-bidrar-til-at-unge-ser-negativt-pa-livene-sine-21113809.ece)

- Oberle, E., Schonert-Reichl, K. A. & Zumbo, B. D. (2011). Life Satisfaction in Early Adolescence: Personal, Neighborhood, School, Family, and Peer Influences. *Journal of Youth and Adolescence* 40, 889-901. <https://doi.org/10.1007/s10964-010-9599-1>
- Ogden, T. (2011). Sosial ferdighetsopplæring for barn og ungdom. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 48(1), 64-68.
http://ogden.no/filer/100857_grtid_psykologi_ogden.pdf
- Olaisen, K. (Red.). (2012). *Utviklingsfremmende samtaler med ungdom: samhandling på tvers* (1. utg.). Kommuneforlaget.
- Olaisen, K., Hansen, A., Innset, K., Roset, K. J., Bauge, I., Vinje, E., Haugland-Johansen, A., Øverby, L.-T. & Bagstevold, L. (2014). Oslo-elever har fått et bedre psykososialt helsetilbud. *Tidsskrift for helsesøstre*, 1, 52-56.
- Patton, G. C., Sawyer, S. M., Santelli, J. S., Ross, D. A., Afifi, R., Allen, N. B., Arora, M., Azzopardi, P., Baldwin, W., Bonell, C., Kakuma, R., Kennedy, E., Mahon, J., McGovern, T., Mokdad, A. H., Patel, V., Petron, S., Reavley, N., Taiwo, K. & Viner, R. M. (2016). Our future: a Lancet commission on adolescent health and wellbeing. *The Lancet (British Edition)* 387(10036), 2423-2478. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00579-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00579-1)
- Rickwood, D. J., Deane, F. P. & Wilson, C. J. (2007). When and how do young people seek professional help for mental health problems? *The medical journal of Australia*, 187(7), 35-39.
- Rickwood, D. J., Deane, F. P., Wilson, C. J. & Ciarrochi, J. (2005). Young people's help-seeking for mental health problems. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health*, 4(3), 218-251.
- Roberts, J. (2005). Transparency and self-disclosure in family therapy: Dangers and possibilities. *Family Process*, 44(1), 45-63.
- Rodal, J. & Frank, K. (2008). *Psykologer i kommunene - barrierer og tiltak for økt rekruttering* (IS-1565). Helsedirektoratet.
<https://www.napha.no/attachment.ap?id=454>
- Roksund, G. (2015, 6. oktober). Sorg blir depresjon. Maur i rompa blir ADHD. Sjenanse blir sosial angst. Moderne psykiatri er i krise. *Aftenposten*.
<https://www.aftenposten.no/meninger/kronikk/i/qR4o/sorg-blir-depresjon-maur-i-rompa-blir-adhd-sjenanse-blir-sosial-angs>

- Sandlie, G. W. & Ystgaard, M. (2010). Ungdommens røst: om forebygging av psykiske vansker og villet egenskade. *Suicidologi*, 12(3), 17-21.
- Schille-Rognmo, M. (2017). *Ungdata, Mental Health and Gender Differences* [Masteroppgave, University of Tromsø]. Tromsø. <https://hdl.handle.net/10037/11215>
- Segrin, C. & Flora, J. (2000). Poor Social Skills Are a Vulnerability Factor in the Development of Psychosocial Problems. *Human Communication Research*, 26(3), 489-514. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2958.2000.tb00766.x>
- Skogen, J. C., Smith, O. R. F., Aarø, L. E., Siqveland, J. & Øverland, S. (2018). *Barn og unges psykiske helse: Forebyggende og helsefremmende folkehelseiltak. En kunnskapsoversikt*. Folkehelseinstituttet
- Skre, I. B. (2019). Psykoterapi. I *Store Norske Leksikon*. Hentet 7. desember 2020, fra <https://sml.snl.no/psykoterapi>
- Solberg, P. O. (2018). Skeptisk til sykeliggjøring. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 56(2), 86-89. <https://psykologtidsskriftet.no/nyheter/2018/02/skeptisk-til-sykeliggjoring>
- Sollesnes, R. (2010). Exploring issues that motivate contact with Adolescent Health Clinics. *Vård i Norden*, 30(2), 4-7.
- Sommerseth, B. M. (2017). *Ungdom med stor grad av depressive symptomer og bruk av helsetjenester i Norge: en nasjonal tverrsnittstudie* [Masteroppgave, Norges miljø- og biovitenskapelige universitet]. Ås. https://nmbu.brage.unit.no/nmbu-xmlui/bitstream/handle/11250/2452238/Master_Berna.Marie.Sommerseth.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Spjelkavik, R. (2008). *Psykisk helsearbeid i skolen* [Masteroppgave, Universitet i Oslo]. Oslo.
- Statens helsetilsyn. (1998). *Veileder for helsestasjons- og skolehelsetjenesten* (IK-2617). <https://docplayer.me/1304-Veileder-for-helsestasjons-og-skolehelsetjenesten.html>
- Stuber, J., Meyer, I. & Link, B. (2008). Stigma, prejudice, discrimination and health. *Social science & medicine*, 67(3), 351-357. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.03.023>
- Sund, A. M., Larsson, B. & Wichstrøm, L. (2011). Prevalence and characteristics of depressive disorders in early adolescents in central Norway. *Child & Adolescent Psychiatry & Mental Health*, 5(1), 1-13. <https://doi.org/10.1186/1753-2000-5-28>
- Svartdal, F. (2009). *Psykologiens forskningsmetoder: en introduksjon* (3. utg.). Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Thagaard, T. (1998). *Systematikk og innlevelse*. Fagbokforlaget.

- Tharaldsen, K. B., Stallard, P., Cuijpers, P., Bru, E. & Bjaastad, J. F. (2017). "It's a bit taboo": a qualitative study of Norwegian adolescents perceptions of mental healthcare services. *Emotional and behavioural difficulties* 22(2), 111-126.
- Tjora, A. H. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (3. utg.). Gyldendal akademisk.
- Tucker, J. R., Hammer, J. H., Vogel, D. L., Bitman, R. L., Wade, N. G. & Maier, E. J. (2013). Disentangling self-stigma: are mental illness and help-seeking self-stigmas different. *Journal of counseling psychology*, 60(4), 520-531.
- Utdanningsdirektoratet. (2020). *Overordnet del - Folkehelse og livsmestring*.
<https://www.udir.no/lk20/overordnet-del/prinsipper-for-laring-utvikling-og-danning/tverrfaglige-temaer/folkehelse-og-livsmestring/?TilknyttedeKompetansemaal=true>
- Vaughn, S., Schumm, J. S. & Sinagub, J. M. (1996). *Focus group interviews in education and psychology*. Sage.
- Wilkinson, S. (2015). Focus Groups. I J. A. Smith (Red.), *Qualitative psychology: practical guide to research methods* (3. utg., s. 199-221). SAGE.
- Willig, C. (2008). *Introducing qualitative research in psychology: adventures in theory and method* (2. utg.). McGraw-Hill Open University Press.
- Willig, C. (2013). *Introducing qualitative research in psychology* (3. utg.). McGraw-Hill Open University Press.
- Wilson, C. J. & Deane, F. P. (2001). Adolescent opinions about reducing help-seeking barriers and increasing appropriate help engagement. *Journal of Educational and Psychological Consultation*, 12(4), 345-364.
- World Health Organization. (2005). *Promoting Mental Health: Concepts, Emerging Evidence, Practice: A Report of the World Health Organization*. Department of Mental Health and Substance Abuse, Victorian Health Promotion Foundation & The University of Melbourne. World Health Organization.
- Yardley, L. (2015). Demonstrating validity in qualitative psychology. I J. A. Smith (Red.), *Qualitative psychology: a practical guide to research methods* (3. utg., s. 257-272). SAGE Publications.
- Zachrisson, H. D., Rödje, K. & Mykletun, A. (2006). Utilization of health services in relation to mental health problems in adolescents: a population based survey. *BMC Public Health*, 6(34).

Aasvik, V. (2017). *Har de det ikke okei så får de ikke til noe faglig heller - En kvalitativ undersøkelse av skolen og skolehelsetjenestens samarbeid om psykisk helsehjelp til elever ved videregående skoler i Oslo* [Masteroppgave, Universitetet i Oslo]. Oslo.

Vedlegg A: Informasjonsskriv til ungdommene

Vil du delta i et forskningsprosjekt hvor **du** kan dele **din mening**?



Illustrasjon av Anna Fiske

Ungdomstiden byr på både oppturer og nedture. Når man møter på nedturene kan det være godt å ikke stå alene. Vi ønsker å høre hvem du tror kan være en støtte for ungdom i utfordrende situasjoner og hva du mener skolehelsetjenesten kan bidra med. Hva synes du om det psykiske helsetilbudet på skolen din (helsesykepleier, rådgivere, skolepsykolog osv.)? Er tilbudet bra nok eller kan noe bli bedre?

Hva mener ungdommer selv om hva slags støtte ungdommer trenger?

Vi ønsker å snakke med deg og dine jevnaldrende om dette!

Formål

Vi er to psykologstudenter fra NTNU, som skal gjennomføre forskningsprosjektet "Ungdommers perspektiver på den psykiske helsetjenesten i videregående skole". Dette er en del av vår hovedoppgave. Vårt fokus er særlig hvordan skolepsykologen potensielt kan bidra til å forebygge psykisk uhelse blant elever i den videregående skole. Vi ønsker å bidra til økt forståelse av hvordan man kan forbedre skolehelsetjenesten, basert på ungdommers meninger.

Hva innebærer det for deg å delta?

- Du vil delta på en gruppesamtale med 3-7 elever fra trinnet ditt.
- Dette vil ta deg ca. 60 minutter.
- Du vil få være med på å diskutere hvor ungdommer i utfordrende situasjoner best kan søke hjelp og støtte, samt hvilke psykiske helsetilbud elever trenger på skolen
- Deltagelse er frivillig
- Du kan når som helst trekke deg uten å oppgi grunn
- Vi vil ta lydopptak og notater under gruppesamtalen. Disse vil senere anonymiseres og slettes
- Det du forteller i intervjuet vil ikke bli delt med skolen din

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg
- å få rettet personopplysninger om deg
- få slettet personopplysninger om deg
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet)
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt muntlige samtykke på begynnelsen av intervjuet. Dette vil bli tatt lydopptak av.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- NTNU ved prosjektveileder Berit Overå Johannesen, på epost (berit.johannesen@ntnu.no) eller telefon: 73550869
- NTNU sitt personvernombud: Thomas Helgesen, på epost (tomas.helgesen@ntnu.no) eller telefon: 93079038
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost (personverntjenester@nsd.no) eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Berit Overå Johannesen

Prosjektveileder

Josefine Frisk

Student

Denise Olsen

Student

Vedlegg B: Intervjuguide

Intervjuguide til fokusgruppeintervju

Denne intervjuguiden er formulert i overordnede tema og fungerer som et utgangspunkt for gjennomføring av fokusgruppeintervju. Spørsmålene i parentes utdyper temaene, men skal ikke nødvendigvis brukes i intervjuene. Bruk av kasus vurderes som en inngang til diskusjon vedrørende tematikken.

Liste over potensielle utfordringer

Dette kan gi oss informasjon nåværende helsetilbud ved skolen

Gjennomgang av listen kan eventuelt kartlegge:

- Elevenes kunnskap om hvor de kan søke hjelp på skolen sin
- Avdekke hvilke psykiske helsetilbud ungdommene trenger (eksisterende og ikke-eksisterende)
- Hvilke problemstillinger som er aktuelle for skolepsykologer
- Hvem som kan bruke skolepsykologen

“Vi skal nå presentere ulike utfordringer som ungdom kan møte på. Tenker du at disse trenger hjelp fra noen andre? Dersom disse ungdommene hadde ønsket noen hjelp for å løse utfordringene, hvem kunne de gått til?” (eks: venner, foreldre, lærer, helsesykepleier, rådgiver, søsken, fastlege, skolepsykolog, nettbasert chattetjeneste, andre)

- ... har ikke blitt inkludert i en russejeng og føler seg ensom
- ... har akkurat blitt dumpet av kjæresten og føler kjærlighetsorgen aldri kommer til å gå over
- ... føler seg overveldet av alle prøver, innlevering, presentasjoner, lekser osv.
- ... er stresset over at hun ikke vet hva hun vil gjøre etter videregående
- ... trener fotball fem ganger i uken, men får aldri starte kampene
- ... er trøtt hele tiden fordi han snapper og ser netflix til altfor sent hver kveld
- ... ønsker å bruke mobilen mindre, men MÅ få med seg hva som skjer på snap fordi han er redd for å gå glipp av noe
- ... har vondt i hodet hele tiden og klarer ikke å konsentrere seg på skolen
- ... får dårlig samvittighet hvis hun spiser noe usunt når hun ikke har trent den dagen
- ... bruker mange timer daglig på insta, og det får henne til å føle at livet hennes er mislykket
- ... drakk seg drita på lørdag og husker ingenting
- ... hooket med to gutter og alle snakker om det på trinnet
- ... kuttet seg i går og tror hun kommer til å gjøre det igjen
- ... føler seg tom og er ikke interessert i noe lenger
- ... fikk et anfall for noen dager siden hvor hun trodde hun holdt på å dø og nå er hun livredd for at hun holder på å bli gal
- ... sendte bilder av puppene sine til crushet og angret

Tema med veiledende spørsmål

- Nåværende psykiske helsetilbud på skolen
(Hva finnes? Hva kan de hjelpe med?)

- Skolepsykologenes nytteverdi
(Trenger man skolepsykolog? Hvis ja, hvorfor?)
(Hva er unikt med psykologen som ikke kan dekkes av andre ansatte i skolen
(helsesøster, lærere, rådgivere))

- Skolepsykologenes arbeidsoppgaver
(Hva skal skolepsykologen gjøre)
(Eks: Individuelle timer ved behov, “obligatoriske” timer, kurs, gruppetilbud osv.)

- Skolepsykologenes tilgjengelighet
(Hvem skal kunne bruke skolepsykologen og når)
(Hva tenker vi om de som går til skolepsykolog?)
(Hva kan man gå til skolepsykolog med?)

- Ulemper ved skolepsykolog
(Sykeliggjøring av normalpsykologiske reaksjoner?)
(Kan psykologrollen gjøres lavterskel?)

Idé til hvordan presentere spørsmålene:

Tankeeksperiment hvor Hilde akkurat har blitt ansatt som skolepsykolog ved skolen hvor intervjuobjektene går. Hilde samler elevene i gymsalen for å få innspill på hvordan hun kan utforme stillingen. Dette er på bakgrunn av at rektor har gitt Hilde frie tøyler i utformingen.

Illustrasjon av skolepsykolog Hilde:



“Hilde ønsker å vite hva hun kan gjøre for dere som andre på skolen ikke gjør. Her en liste over forslag til arbeidsoppgaver hun kan ha. Hva synes dere om de?”

- 1) individuelle samtaler når man trenger det, 2) én obligatorisk, individuell samtale per skoleår, 3) undervisning om f.eks. stress, søvn, seksualitet, 4) samarbeid med lærere, 5) gruppetilbud (f.eks. gruppesamtaler, kurs i mindfulness), 6) kontakt med foreldre og 7) chattefunksjon?”

“Har dere noen ideer til noen andre arbeidsoppgaver eller tilbud Hilde kan ha?”

“Når skal dere ha mulighet til å få tak i Hilde? Hvor skal kontoret hennes være? Hvem kan bruke Hilde? Hva kan hindre dere i å bruke Hilde? Hva bør Hilde gjøre for at det skal kjennes trygt å be henne om hjelp?”

“Noen ved skolen har vært skeptisk til at Hilde har blitt ansatt som skolepsykolog. De mener at å ha en skolepsykolog på skolen kan ha sine ulemper. Hva tenker dere om dette? (...) Hva kan mulige ulemper være?”

Vedlegg C: Godkjenning fra NSD**NSD sin vurdering****Prosjekttittel**

Ungdommers perspektiver på den psykiske helsetjenesten i videregående skole

Referansenummer

524974

Registrert

12.11.2019 av Denise Sanchez Olsen - deniseso@stud.ntnu.no

Behandlingsansvarlig institusjon

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet / Fakultet for samfunns- og utdanningsvitenskap (SU) /
Institutt for psykologi

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Berit Overå Johannesen, berit.johannesen@ntnu.no, tlf: 73550869

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Denise Sanchez Olsen, deniseso@stud.ntnu.no, tlf: 93622981

Prosjektperiode

01.01.2020 - 01.12.2020

Status

13.11.2019 - Vurdert

Vurdering (1)

13.11.2019 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 13.11.2019. Behandlingen kan starte.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde:

https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 01.12.2020.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20).

NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

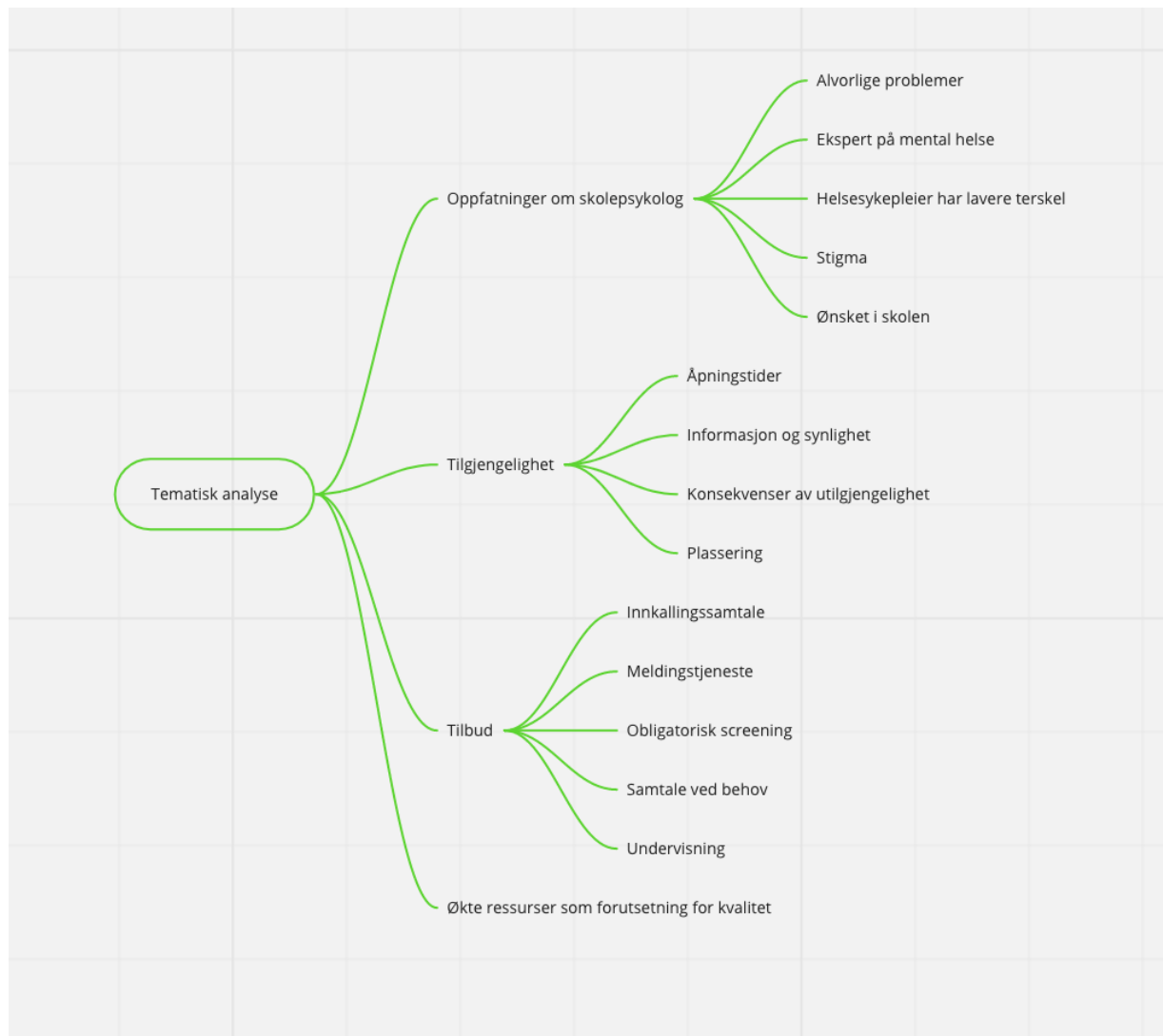
NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Karin Lillevold
Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

Vedlegg D: Tankekart over tema fra analyseprosess

Figur 1. Generasjon 1 av tematisk analyse



Figur 2. Generasjon 2 av tematisk analyse



Figur 3. Generasjon 3 av tematisk analyse



Figur 4. Generasjon 4 av tematisk analyse

