

Sammendrag

Temaet for denne masteroppgaven er ungdoms erfaringer og behov knyttet til hjelpen de har fått gjennom skolehelsetjenesten vedrørende sin psykiske helse. Forskning viser at stadig flere barn og unge sliter med psykiske vansker (Folkehelseinstituttet, 2014). Skolehelsetjenesten er i denne sammenheng ment til å være et tilgjengelig lavterskeltilbud for barn og unge (Bratlie, Mølleberg & Økland, 2005), og kan derfor ha gode muligheter til å fange opp å hjelpe de som sliter. Med dette som bakteppe ønsket jeg å ha et brukerperspektiv på skolehelsetjenesten, da ungdom som brukere av tjenesten trolig vil besitte nyttig og verdifull kunnskap om hvordan tjenesten kan forbedres. Temaet blir belyst ut i fra følgende problemstilling:

- *Hva er ungdoms erfaringer og behov i møte med skolehelsetjenesten?*
- *Hvordan kan kunnskap om ungdoms erfaringer og behov bidra til å heve kvaliteten på skolehelsetjenesten?*

For å undersøke studiens problemstilling har jeg valgt en kvalitativ tilnærming med intervju som metode. Studiens empiri består av intervjuer av 11 ungdom fra fire videregående skoler. Den teoretisk referanserammen for studien er strukturert i to deler, hvor den første belyser de ytre rammene for skolehelsetjenesten, og den andre belyser indre prosesser hos ungdommene. Tilnærmingen til analysen av funnene har vært en veksling mellom induktiv og deduktiv metode.

Studiens funn viser at ungdommene opplevde hjelpen fra skolehelsetjenesten som svært betydningsfull for deres nåværende psykiske helse. De uttrykte også et behov for mer informasjon om tjenestetilbudet, synligere helsesøstre og trolig viktigst av, en mer tilgjengelig skolehelsetjeneste.

Videre viste det seg at ungdommene satte pris på ulike dimensjoner ved hjelpen fra helsesøster som gjenspeilet Deci og Ryans (1985) motivasjonsteori. I likhet med teorien viste det seg at ungdommene formidlet en motivasjon for å mestre egne liv, og at dette kunne forklares tilbake til opplevelser av tilhørighet, kompetanse og selvbestemmelse i møte med skolehelsetjenesten. Dermed utledes studiens mest sentrale implikasjon til å omhandle ungdommenes behov for å oppleve det Bandura (2006) kaller *å være agent i eget liv*, og betydningen av at skolehelsetjenesten støtter opp om dette behovet. På dette grunnlaget foreslås «tilhørighet», «kompetanse» og «selvbestemmelse» som kvalitetsindikatorer for en

fremtidig forbedring av skolehelsetjenesten. Både rammebetingelser og innholdet i tjenesten kan med fordel systematisk vurderes i lys av disse indikatorene.

Da skolehelsetjenesten skal være et tilbud på de unges premisser, vil nettopp deres stemmer være blant den viktigste kunnskapskilden til utforming av tjenesten. Denne studien underbygger da også behovet for mer forskning om skolehelsetjenesten i et brukerperspektiv!

Forord

Endelig er en lang, utfordrende, men svært lærerik og spennende prosess over. I den forbindelse er det flere som fortjener en stor takk.

Jeg vil først rette en takk til dere som bidro til rekruttering av ungdommer til intervjuene. Deretter vil jeg si tusen takk til ungdommene som stilte opp. Uten dere hadde ikke oppgaven blitt til!

Videre vil jeg takke min dyktige mamma for gode tips og ideer ved utforming av oppgaven og viktige innspill videre i prosessen.

Så vil jeg få takke min veileder Marit Uthus for hennes engasjement, støtte og grundige tilbakemeldinger, som har vært viktige gjennom hele prosessen. Din motivasjon for temaet og dine oppmuntrende kommentarer har vært vesentlig for at jeg har klart å holde motivasjon oppe ved til tider krevende perioder.

Videre vil jeg ønske alle mine medstudenter lykke til videre og takke for en flott studietid!

Sist, men ikke minst, vil takke min kjære Martin som har støttet meg hele veien. Dine gode ord når jeg har vært sliten og lei av oppgaven har betydd mer enn du aner.

Trondheim, mai 2015

Vibeke Høifødt

Innholdsfortegnelse

Kapittel 1. Innledning	1
1.1 Bakgrunn og aktualitet	1
1.2 Studiens hensikt og problemstilling	3
1.3 Forskerens rolle og førforståelse	3
1.4 Oppgavens oppbygning	4
Kapittel 2. Studiens teorigrunnlag	5
2.1 De ytre rammene for skolehelsetjenesten	5
2.1.1 Skolehelsetjenesten	5
Oppsummering	7
2.1.2 Brukermedvirkning	8
Oppsummering	9
2.1.3 Tidligere forskning	10
Oppsummering	14
2.2 De indre prosessene hos ungdommene	14
2.2.1 Ungdomstiden	14
Oppsummering	15
2.2.2 Psykisk helse	15
2.2.3 Ungdoms psykiske helse i dagens samfunn	16
Oppsummering	17
2.2.4 Deci og Ryans motivasjonssteori	17
Oppsummering	18
Kapittel 3. Metode	19
3.1 Kvalitativ forskningsmetode	19
3.2 Utvalg	20
3.3 Intervju som metode	22
3.4 Utforming av intervjuguide	23
3.5 Prøveintervju og teknisk utstyr	24
3.6 Gjennomføring av intervjuene	24
3.7 Transkribering	26
3.8 Koding og kategorisering	26
3.9 Metodiske valg ved analyse og drøfting	28
3.10 Metodiske refleksjoner	28
3.10.1 Troverdighet	28
3.10.2 Gyldighet	29
3.10.3 Overførbarhet	30
3.11 Etiske retningslinjer	30
Kapittel 4. Presentasjon av funn	31
4.1 Barrierer ved å ta kontakt	31
4.1.1 Lite informasjon	32
4.1.2 Tilgjengelighet	32
4.1.3 Sårbarhet	34
4.1.4 Skam	35
4.2 Positiv relasjon til helsesøster	36
4.2.1 Nøytralitet og konfidensialitet	37
4.2.2 Kompetanse	38

4.2.3 Anerkjennelse	39
4.3 Betydningen av hjelpen	41
4.3.1 Å oppleve kontroll	41
4.3.2 Motivasjon	42
4.4 Oppsummering	42
Kapittel 5. Drøfting av funn	45
5.1 Innledning	45
5.2 Sårbarhet	46
5.3 Deci og Ryans Motivasjonsteori.....	49
5.3.1 Tilhørighet	49
Rammebetingelser for tilhørighet	50
5.3.2 Kompetanse	52
Rammebetingelser for kompetanse.....	53
5.3.3 Selvbestemmelse.....	53
Rammebetingelser for selvbestemmelse.....	54
5.3.4 Oppsummering	55
Kapittel 6. Avslutning og konklusjon.....	57
Referanseliste.....	61
Vedlegg 1. Intervjuguide.....	67
Vedlegg 2. Godkjenning fra NSD.....	69

Kapittel 1. Innledning

Temaet for denne studien er ungdoms erfaringer og behov knyttet til hjelpen de har fått gjennom skolehelsetjenesten vedrørende sin psykiske helse. Som brukere av tjenesten vil ungdom kunne sitte på nyttig kunnskap om hva som kan gjøre den til et bedre tilbud. Det finnes foreløpig lite forskning på skolehelsetjenesten ut i fra ungdoms perspektiv, noe som gjør studiens vinkling aktuell. Videre ser jeg også på studiens relevans innen det spesialpedagogiske feltet som stor. Skolehelsetjenesten har mulighet til å opptre som et sikkerhetsnett, hvor tjenesten kan bidra til å forhindre at ungdoms problemer eskalerer og færre muligens vil trenge hjelp fra spesialisthelsetjenesten.

1.1 Bakgrunn og aktualitet

Unges psykiske helse er et tema som stadig pryder avisoverskriftene, og det vises til høye tall når det gjelder blant annet depresjon, angst, stress, og ensomhet. Rapporten «*Psykiske lidelser i Norge – Et folkehelseperspektiv*» (2009) er den første omfattende rapporten om psykiske lidelser i Norge. Her står det at mellom 15 og 20 % av barn og unge i Norge har nedsatt funksjon på grunn av psykiske vansker. Halvparten av disse, har symptomer som er så alvorlige at de har en diagnostiserbar psykisk lidelse (Mathiesen, 2009).

Skolen er i en særegen posisjon til å kunne forebygge at unge utvikler psykiske helseproblemer, da skolen er en arena hvor barn og unge tilbringer store deler av dagen. Opplæringsloven pålegger dessuten skolene å fremme elevenes helse (Opplæringslova, 1998, §9a). Helsetjenesten og skolehelsetjenesten er i tråd med dette en lovpålagt tjeneste for barn og unge fra 0-20 år, og skal bidra til å fremme god fysisk og psykisk helse, forebygge sykdommer og skader og fremme gode sosiale og miljømessige forhold (Sosial og helsedirektoratet, 2007, veileder).

Det kommer blant annet flere stortingsmeldinger at et viktig mål er å styrke tilbudet i helsetjenesten og skolehelsetjenesten (St. meld.nr 16 (2002-2003); St. meld. nr. 34 (2012-2013); Departementene, 2009). I kontrast til dette er det over lengre tid blitt observert en rekke svekkelser av tilbudet med henblikk på mangelfull bemanning. Tall fra KOSTRA¹

¹ KOSTRA står for Kommune-Stat-Rapportering og gir statistikk om ressursinnsatsen, prioriteringer og måloppnåelse i kommuner, bydeler og fylkeskommuner (www.ssb.no/offentlig-sektor/kostra/)

anslår at helsestasjons- og skolehelsetjenesten mangler ca. 1500 årsverk for yrkesgruppene helsesøster, fysioterapeut og lege for å kunne utføre alle oppgavene i Helsedirektoratets veileder for helsestasjons- og skolehelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2010). Både rapporter fra helsetilsynet, KOSTRA-statistikk og undersøkelse gjennomført av helsedirektoratet med bruk av TNS Gallup 2009/2010 bekrefter dette. I størst grad dreier det seg om svekkelse av personellressursene og tverrfaglighet i tilbudene. Størst er problemet i skolehelsetjenesten. Ambisjonene om økt satsing på forebygging og tidlig intervensjon som samhandlingsreformen har fremhevet, står også i kontrast til dette (Helsedirektoratet, 2010).

I media skrives det også jevnlig om mangler på ressurser i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Eksempelet her er fra en artikkel i NRK Vestfold, hvor helsesøster i skolehelsetjenesten i Stokke kommune, Lisbeth Horvli, er på jobb i en videregående skole én dag i uken. Med en helt full timeplan og en skole med 300 elever, beskriver hun en hverdag hvor hun ikke rekker å hjelpe alle ungdommene som trenger en å snakke med. «Hver gang jeg er her, banker noen på mens jeg sitter opptatt i en samtale. Da må jeg avvise dem, og be de prøve igjen neste uke» (Bøe, 2014). Rapporter og undersøkelser (Barneombudet, 2013; Helsedirektoratet, 2010) viser at dette er et reelt bilde på dagens situasjon for de fleste helsesøstre og rådgivere i skolehelsetjenestene.

Helse- og omsorgsminister Bent Høie la i januar 2014 frem *Sykhusplanen*, hvor budskapet var å endre og forbedre Helse-Norge med pasienten i sentrum. Han trakk blant annet frem at pasientene og brukerne er like viktige som fagfolk i utvikling av helsetjenesten (Løwer, 2014). Videre, i sin tale fra «Åpning av psykologikongressen» oktober 2014, sa han at «*en av de største folkehelseutfordringene vi har i dag er psykisk helse. Psykisk helse er derfor en viktig del av regjeringens folkehelsesatsing*» (Høie, 2014). Det gis altså forventninger om at pasienter og brukere av helsetjenester skal kunne medvirke i utformingen og planleggingen av tjenestetilbud, gjennom statens helseforetak, vedtekter og instruksjer. Det skal opprettes formelle brukerutvalg. I tillegg skal brukererfaringer systematisk innhentes gjennom blant annet pasientundersøkelser. Det er ment at brukernes erfaringer skal danne grunnlag for arbeidet med en kontinuerlig forbedring av helsetilbudet (Andreassen, 2005).

1.2 Studiens hensikt og problemstilling

Med bakgrunn i dette kom jeg frem til følgende problemstilling:

- *Hva er ungdoms erfaringer og behov i møte med skolehelsetjenesten?*
- *Hvordan kan kunnskap om ungdoms erfaringer og behov bidra til å heve kvaliteten av skolehelsetjenesten?*

Til tross for klare føringer om å bedre kvaliteten av skolehelsetjenesten gjennom et brukerperspektiv, er det per i dag forsket lite på nettopp dette. Dagens regjering satser stort på forebygging av barn og unges psykiske helse, og Helse- og omsorgsminister Bent Høie legger vekt på brukernes medvirkning i utforming og kvalitetsforbedring i helsetjenestene (Løwer, 2014). Jeg ser derfor på denne studien som aktuell og nyttig, da jeg nettopp ønsker å få innsikt i og fremme brukernes stemmer. Studien er kvalitativ, med intervju som metode for datainnsamling. Jeg har valgt å intervjuer til sammen 11 ungdom ved videregående skoler, som alle har vært i kontakt med skolehelsetjenesten vedrørende sin psykiske helse. Ungdommene er fra fire ulike skoler, fordelt på to kommuner i Midt-Norge og Østlandet. Min datainnsamling har til hensikt å undersøke hvordan ungdommene opplever tjenesten, blant annet i form av tjenestens tilgjengelighet og nytteverdi. Problemstillingen drøftes opp mot ungdommenes utsagn, statens lovverk og offentlige føringer, tidligere forskning samt relevant teori.

1.3 Forskerens rolle og førforståelse

Forskeren selv er det viktigste instrumentet i kvalitativ forskning. Forskeren samler inn data, analyserer og tolker datamaterialet. Disse prosessene vil alltid være preget av forskerens førforståelse (Dalen, 2011). Nilssen (2012) viser til at førforståelsen vil være påvirket av forskerens teoretiske rammeverk, kunnskap, erfaringer, holdninger, verdier og forskningsfilosofi. For å kunne imøtekomme kritikk om subjektivitet i forskningsopplegget er det derfor viktig å tydeliggjøre og reflektere over egen forskerrolle (Dalen, 2011). Subjektivitet skal håndteres i all forskning, og verken kan eller skal unngås. Det å bevisst reflektere over subjektivitet gjennom hele forskningsprosessen, kan bidra til at forskeren ikke mister forskerblikket, men heller klarer å skape nødvendig distanse til datamaterialet, konteksten og deltakerne (Nilssen, 2012). Dette gjør også at leseren kan se funnene i lys av forskerens forhold til fenomenet som studeres (Dalen, 2011).

Min førforståelse til tema bærer preg av hvordan skolehelsetjenesten er blitt fremstilt i nyhetsbildet, samt teorier og tidligere forskning jeg etter hvert har lest om temaet. Nyhetsbildet er preget av et fokus på at skolehelsetjenesten har en ressursmangel, samtidig som det vises til at psykiske vansker øker blant barn og unge. Jeg syntes dette temaet var svært aktuelt og viktig å belyse, og ønsket derfor å studere dette nærmere. Etter flere søk på nett og i bøker, fant jeg lite forskning på skolehelsetjenesten fra brukernes perspektiv. Derimot fant jeg flere lover og føringer som gir brukerne av helsetjenester rett til medvirkning i forhold til organisering og videreutvikling av tjenestene. Dette fanget raskt min interesse, og jeg ønsket med dette å studere skolehelsetjenesten i lys av brukeres stemmer. Det ble også viktig for meg å ikke innta en ensidig negativ forventning til ungdommenes erfaringer, da jeg ville være så nøytral som mulig, og være åpen for både deres positive og negative erfaringer.

1.4 Oppgavens oppbygning

I oppgavens første kapittel presenteres bakgrunn for valg av tema, studiens hensikt og problemstilling, samt egen bakgrunn og førforståelse av temaet. I kapittel 2 gjøres rede for studiens teoretiske rammeverk, som senere vil representere grunnlaget for drøfting av funn. Det teoretiske rammeverket er strukturert i to deler, hvor den første delen tar for seg teorigrunnlagets ytre rammen, og består av avsnitt om skolehelsetjenesten, brukermedvirkning og tidligere forskning. Den andre delen består av avsnitt om ungdomstiden, psykisk helse, ungdoms psykiske helse i dagens samfunn og Deci og Ryans (1985) motivasjonsteori. I kapittel 3 tar jeg for meg studiens forskningsmetodiske valg. I kapittel 4 vil funnene bli presentert ved at jeg gjengir deler av ungdommenes uttalelser, og belyser disse opp mot studiens problemstilling, tidligere forskning og teori. Kapittel 5 består av drøfting av funnene i et mer overordnet perspektiv, opp mot studiens teoretiske rammeverk og egne refleksjoner. I et siste kapittel 6, oppsummeres studiens hovedfunn, og studiens problemstilling besvares.

Kapittel 2. Studiens teorigrunnlag

I dette kapittelet vil jeg gjøre rede for teori, lovverk, forordninger og tidligere forskning som jeg ser på som relevant for studien. Jeg har valgt å strukturere teori kapittelet i to deler. Den første delen tar for seg de ytre rammene for skolehelsetjenesten med avsnitt om skolehelsetjenesten med relevante lover og forordninger, brukermedvirkning og tidligere forskning. Den andre delen tar for seg indre prosesser hos ungdommene, som blir relevante i møte med skolehelsetjenesten. Avsnittene tar for seg temaene ungdomstiden, psykisk helse, ungdoms psykiske helse i dagens samfunn og Deci og Ryans (1985) motivasjonsteori.

2.1 De ytre rammene for skolehelsetjenesten

I del 1 av studiens teorikapittel presenterer jeg de ytre rammene for skolehelsetjenesten som blir relevante for den videre oppgaven. Nedenfor vil jeg derfor ta for meg skolehelsetjenesten med relevante lover og forordninger, før jeg videre gjør rede for brukermedvirkning og tidligere forskning.

2.1.1 Skolehelsetjenesten

Skolehelsetjenesten er et lavterskeltilbud for elever ved grunn- og videregående skoler (Bratlie, Møllebakken & Økland, 2005). Helsestasjon og skolehelsestasjonen er lovfestet som et viktig tiltak i kommunenes folkehelsearbeid, og skal bidra til å sikre at barn og ungdom fra 0-20 år har god helse og et godt oppvekstmiljø. Videre skal tjenestene fremme psykisk og fysisk helse, fremme gode sosiale og miljømessige forhold og forebygge sykdom og skade. Helsestasjon og skolehelsetjenesten bør ses i sammenheng for å kunne utnytte ressursene på best mulig måte (Sosial- og helsedirektoratet, 2004b)², men helsestasjon for ungdom skal være et tillegg til skolehelsetjenesten og ikke en erstatning (Sosial- og helsedirektoratet, 2007). I helsestasjonen og skolehelsetjenesten skal helsesøster, lege og fysioterapeut være grunnbemanningen. Helsesøster er hovedsakelig den som møter brukerne, og skal ved behov trekke inn kompetanse fra andre instanser (Sosial- og helsedirektoratet, 2004b).

Skolehelsetjenesten har en rekke oppgaver å forholde seg til. Oppgaver vil blant annet være helseundersøkelser, rådgivning, vaksinerings og videre henvisninger ved behov (Sosial- og

² «Kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten». Veileder til forskrift av 3.april 2003 nr.450. IS- 1154.

helsedirektoratet, 2004b). Å ha et helhetlig perspektiv legges også vekt på i arbeidet med barn og unge. Fokuset skal ikke bare handle om identifisering av sykdom og problemer, men vel så mye om å legge til rette for mestring og synliggjøring av barn og unges sterke sider (St.meld. 34 (2012-2013)). I strategiplan for barn og unges psykiske helse (2003) har regjeringen valgt å sette mestring av eget liv som hovedmål. Dette mestringsperspektivet bygger på at evnen til å ta i bruk og utvikle egne ressurser er viktig i personlige utvikling og til å bygge en god psykisk helse (Helsedepartementet, 2003). Skolehelsetjenesten har nettopp her en unik mulighet til å jobbe med barn og unges psykiske helse, da tjenesten holder til på en arena elevene er daglig. Det vil være viktig at skolehelsetjenesten får et større innpass i skolehverdagen, men dessverre viser oversikter at det er store variasjoner innen skolehelsetilbudet (Representantforslag, dokument 8:11 S, 2014-2015).

I Opptappingsplanen for psykisk helse 1999-2008, var et sentralt mål å få flere og bedre kommunale tjenester for barn og unge, og forebygging av psykisk helse sto sentralt. Videre står det skrevet at det psykiske helsearbeidet skal gi tilpassende tiltak og tilbud, til riktig tid og sted (Sosial- og helsedepartementet, 1998). I evaluering av Opptappingsplanen kommer det frem at det har blitt en betydelig økning i etterspørsel av skolehelsetjenesten i løpet av perioden, økt fokus på psykisk helse, og mange kommuner har styrket helsesøstervirksomheten med nye stillinger. Likevel opplever flere tjenester betydelige problemer med tanke på forholdet mellom ressurser og pågang. Det rapporteres også om dels kompetansemangel i tjenestene. Evalueringen viser til at Opptappingsplanen kan ha bidratt til økt fokus på psykisk helse, som igjen kan ha bidratt til større åpenhet rundt temaet. Det gir grunn til å tro at å søke hjelp har blitt mer vanlig og aksepteres i større grad enn for 5-10 år siden, noe som igjen kan ha bidratt til den økende etterspørselen (Anderson & Steihaug, 2008).

Etter Kommunehelsetjenesteloven § 1-3 a, har kommunene selv ansvaret for planlegging, organisering og for å legge til rette for at kommunen, helsepersonell og helsetjenesten kan oppfylle kravene som er fastsatt i lover og forskrifter (Helsedirektoratet, 2010). Disse kravene kan likevel være vanskelig for kommunene å følge da de mangler om lag 1500 stillinger for å dekke Helsedirektoratets anbefaling. De anbefaler videre en minste norm på 300 elever pr. helsesøster i full stilling i barneskolen, 500 elever pr. stilling i ungdomsskolen og 800 per stilling i videregående. Slik det er i dag er det i snitt en helsesøster pr. 1000 elever, ifølge Helsedirektoratet. Det vil koste mellom 560 og 800 millioner kroner for å komme opp på det

anbefalte minstenivå. 180 millioner ekstra ble bevilget til skolehelsetjenesten og helsestasjonene i statsbudsjett for 2014 ved regjeringen Stoltenberg II (Representantforslag, dokument 8:11 S, 2014-2015).

Den nåværende regjeringen Solberg, foreslår å styrke tjenestene med om lag 200 millioner, noe som kommer i tillegg til styrkingen i 2014 på 180 millioner. Verken styrkingen i budsjettet i 2014 eller 2015 er øremerkede, noe som gir kommunene større frihet til hvordan de bruker pengene som er ment til å gå til helsestasjon og skolehelsetjenesten (St.meld.nr.2 (2014-2015)).

I en undersøkelse utført av kommunebarometeret for Norsk Sykepleierforbund, hvor 139 ordførere og 107 rådmenn fra 220 kommuner har svart, vises det derimot til at kun 22% ordførere og rådmenn ville ansette flere helsesøstre. Dette kan tyde på at stortinget bør vedta å øremerke pengene, for å sikre at pengene ikke går til noe annet (Norsk sykepleierforbund, 2014). Dette kommer også frem i et representantforslag til Stortinget, hvor det legges frem forslag om å styrke finansieringen av skolehelsetjenesten og helsestasjonene ved å øremerke midlene i løpet av en opptrappingsperiode (Representantforslag, dokument 8:11 S, 2014-2015).

Oppsummering

I dette kapittelet har jeg gjort rede for skolehelsetjenesten som organisasjon, og dens plikter og oppgaver. Mestringsperspektivet er videre satt som et viktig mål for å bygge en god psykisk helse (Helsedepartementet, 2003). Et sentralt fokus for min studie vil være om ungdom opplever at skolehelsetjenesten jobber ut ifra dette perspektivet. Opplever ungdommen at hjelpen har gjort dem i stand til å mestre livet bedre? Har hjelpen gitt dem følelsen av å håndtere utfordringer på en annen måte? Dette vil være relevante spørsmål under innhenting av empiri, for å videre kunne besvare studiens problemstilling.

Kapittelet gir også en beskrivelse av skolehelsetjenestens utfordringer i dag, og et bilde på gapet mellom tjenestens oppgaver og ressurser. På hvilken måte påvirker dette gapet elevenes erfaringer av skolehelsetjenesten? Opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2008 legges frem som viktig ved at den blant annet har bidratt til å gi et økt fokus på psykisk helse (Anderson & Steihaug, 2008). Solberg regjeringen foreslår også som nevnt en styrking på om lag 385 millioner til helsetjenesten og skolehelsetjenesten (Representantforslag, dokument

8:11 S, 2014-2015). Med dette som bakgrunn vil sentrale spørsmål i min studie være: Vil økt kvantitet gi bedre kvalitet i tilbudet? Og hvilke kvaliteter legger ungdom som har benyttet seg av skolehelsetjenesten mest vekt på?

2.1.2 Brukermedvirkning

I lov og pasient- og brukerrettigheter § 3-1 står det skrevet at «*Pasient og bruker har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester*». Videre står det at «*Tjenestetilbudet skal så langt som mulig utformes i samarbeid med pasient og bruker*» (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Flere stortingsmeldinger og offentlige utredninger påpeker viktigheten av å styrke og utvikle helsestasjons- og skolehelsetjenesten i tråd med samfunnets behov (St.meld. nr. 16 (2006-2007); St.meld. nr. 20 (2006-2007); St.meld.nr.47 (2008-2009); Departementene, 2009). Dette betyr at planlegging og utforming av tjenesten må skje ved at de folkevalgte, forvaltningen og fagfolk må lytte til brukernes kunnskap og erfaringer. Ungdoms rett til å medvirke i beslutninger som påvirker dem, er dessuten også et viktig pedagogisk prinsipp nedfelt i FNs konvensjon om barns rettigheter i artikkel 12, punkt 1 (Økland & Glavin, 2005).

Brukermedvirkning handler om ulike metoder og organisasjonsformer som skal bidra til at helsetjenesten lar brukernes perspektiv prege utformingen av hjelpen, og at de lytter til brukernes erfaringer. Brukermedvirkning på individnivå handler om den enkeltes rettigheter og muligheter til å påvirke sitt eget behandlingstilbud. Dette er viktig blant annet i forhold til fagfolkenes tilnærming til brukerne. Brukermedvirkning på systemnivå handler om at brukere av offentlige tjenester får påvirke utformingen av helse- og sosialtjenestens hjelpetilbud generelt. Møte mellom helsetjenesten og representanter for helsetjenestens brukere, skal gjennom brukernes perspektiver, kunnskap og erfaringer bidra til å utvikle og bedre helsetjenesten (Andreassen, 2005). I Barneombudets fagrapport (2013), «*Helse på barns premisser*», uttrykker de nettopp hvor viktig det er at brukerens meninger kommer frem. Barn og unge er brukere av skolehelsetjenesten, og vil derfor sitte på mye kunnskap og erfaringer om hva de ønsker og forventer av tjenesten. Fagrapporten viser midlertidig til erfaringer om at barn og unge ikke har direkte innflytelse på prosesser som handler om å utforme gode kommunale helsetilbud (Barneombudet, 2013).

Kvalitet handler om kjennetegn som dekker krav og forventinger. I en helsetjeneste vil god kvalitet handle om tilfredsstillelse av faglige og juridiske krav til helsetjenesten, samt

pasientenes forventinger (Økland & Glavin, 2007, i Glavin, Helseth, Kvarme, 2007). Gode helsetjenester er nettopp målet i Sosial- og helsedirektoratets plan, «*Nasjonal strategi for forbedring i sosial- og helsetjenesten 2005-2015. Og bedre skal det bli!*». De legger vekt på seks punkter for god kvalitet, hvor ett av dem handler om brukermedvirkning. De ønsker å involvere brukere og gi dem innflytelse (Sosial- og helsedirektoratet 2004c). Dette er også i tråd med Sosial- og helsedirektoratets «*Veileder til forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenestens*» (2004b). Her fremlegges fem perspektiver for folkehelsearbeidet i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, hvor brukerperspektivet er et av dem. Her står det at brukerperspektivet vil «*Omfatte foreldre, barn og unges alminnelige deltakelse i samfunnet, og at den enkeltes behov, ønsker og forståelse av egen situasjon bør legges til grunn ved utformingen av tiltak og tjenester. Det innebærer at alle foreldre, barn og unge tas på alvor og møtes med respekt og verdighet*» (Sosial- og helsedirektoratet, 2004b). I Opptappingsplanen for psykisk helse (1999-2008) er brukermedvirkning et sentralt tema. Evaluering av Opptappingsplanen viser derimot at arbeidet ikke er godt nok ivarettatt, og det understrekes at for å nå målene er brukermedvirkning en viktig forutsetning (Sosial- og helsedirektoratet, 2006).

Nåværende (2015) Helse- og omsorgsminister Bent Høie la som tidligere nevnt frem sykehusplanen i januar 2014, med budskapet om å endre og forbedre Helse-Norge med pasienten i sentrum. Her trakk han frem at pasient og brukere er like viktige som fagfolk når det gjelder utvikling av tjenesten. Videre sier han at et spørsmål helsetjenesten må spørre seg er hvordan helsetjenestene ville vært organisert hvis pasientene og brukerne fikk bestemme (Løwer, 2014). Idealet vil være at fagfolk og brukere, som er eksperter på hvert sitt felt, blir behandlet av likeverdighet og likestilling av kunnskaper (Fagermoen & Strøm, 2011).

Oppsummering

Dette kapittelet tar for seg lover og stortingsmeldinger i henhold til brukermedvirkning i helsetjenester. Det finnes en rekke nasjonale føringer og plikter i forhold til brukeres rett til medvirkning. Det legges vekt på at brukernes perspektiver, kunnskap og erfaringer skal danne grunnlag for å utvikle og bedre helsetjenesten (Andreassen, 2005). Føler ungdommene i denne studien at de har hatt mulighet til å påvirke sitt eget behandlingstilbud? Hvordan kan eventuelt kunnskapen om ungdoms erfaringer av skolehelsetjenesten bidra til å heve

kvaliteten? Da jeg ønsker nettopp å ha et brukerperspektiv på skolehelsetjenesten blir dette viktige spørsmål i min studie.

2.1.3 Tidligere forskning

For å finne forskning om skolehelsetjenesten fra et brukerperspektiv, gjorde jeg søk på ulike databaser med flere kombinasjoner av søkeord som var relevant i forhold til studiens problemstilling. Jeg gjorde søk i databaser som ISI Web of Science, Idunn, Eric, Medline, samt generelle søk i Regjeringen.no, Forskning.no, Kunnskapssenteret.no, Bibsys, Google Scholar, Ungdata.no, og NOVA.no. Ut i fra søkene ser det ut til at temaet har fått forholdsvis lite oppmerksomhet innen forskningen. Tematikken har derimot fått mer oppmerksomhet gjennom stortingsmeldinger og offentlige styringsdokumenter i nyere tid.

Av de relevante studiene jeg fant, så Greta Jentoft studie «*Tillitsfulle stemmer. Unges møte med helsestasjon*» (2005), ut til å ligge nærmest min problemstilling og mitt forskningsdesign. Jentofts studie hadde som hensikt å få innsikt og forståelse i hvordan ungdom opplever møtet og relasjonen med helsepersonell og helsestasjonen. Jentoft intervjuet 9 ungdom fra begge kjønn mellom 16-20 år, hvor temaet gikk på deres forventninger, erfaringer og opplevelser av tjenesten i forhold til egne helsebehov. Hun fant at ungdommen ofte opplever en umiddelbar tillit til personell og institusjonen. Da de møtte personell med gode kommunikasjonsferdigheter som ivaretok konfidensialitet og viste tro på ungdommens egne valg, ble tillitten fornyet eller bekreftet. Tillit er et sentralt funn i Jentofts studie, hvor hun konkluderte med tillit som sentralt i en empowerment³ prosess, som igjen kunne resultere i mestring og økt selvfølelse. Hun peker også på det hun kaller tillitssmitte, hvor ungdoms erfaringer av helsetjenesten bringes ut i vennekretsen slik at deres erfaringer igjen blir andres forventninger. Det kom også frem at gutter i mindre grad vil bli oppfattet som hjelpetrengende, og ofte trenger lenger tid før de henvender seg til skolehelsetjenesten (Jentoft, 2005). I likhet med Jentofts studie vil også min studie ha fokus på ungdommens opplevelse og møte med tjenesten. I mitt tilfelle vil det derfor være interessant å se egne funn opp mot Jentofts. Vil tillit være en av mine sentrale funn, på linje med Jentofts?

³ Empowerment kan defineres som myndiggjøring, og handler om prosesser hvor individer, grupper eller samfunn bruker egne ressurser til å håndtere utfordringer og oppleve mestring (Stang, 2003)

I likhet med Jentofts (2005) studie, fant også Johannson og Ehnfors (2006) fra Sverige, at ungdommen la størst vekt på tillit i møtet med helsesøster. I studien har de intervjuet 25 femten-åringene om hva de ser på som viktig i samtale med helsesøster. Andre viktige faktorer var at helsesøster skulle være oppmerksom tilstedeværende, vise respekt, og være oppriktig interessert i å hjelpe. Betydningen av at tjenesten er lett tilgjengelig i løpet av skoledagen ble også sett på som en viktig faktor for å ta kontakt. Det at helsesøster er profesjonell, ærlig og tør å uttrykke egne meninger ble også sett på som av stor betydning for samtalen mellom helsesøster og ungdommen (Johannson & Ehnfors, 2006).

Kristin Olaisen, ved BUP Oslo, ledet prosjektet «*Ungdom og utviklingsfremmende samtaler – et utviklingsprosjekt*», fra 2004-2007. Prosjektet ble gjennomført i skolehelsetjenesten ved Sogn og Lambertseter videregående skoler, hvor de i prosjektperioden styrket bemanningen. Målet ved prosjektet var å styrke det psykososiale samtaletilbudet for ungdommen, og brukervedvirkning skulle være et sentralt fundament i dette arbeidet. De fant blant annet at når fagfolk er tilstede og tjenesten har god tilgjengelighet, er det lettere for ungdom å oppsøke hjelpen. Videre viser de til at det for mange av dem som slet var et stort behov for «ryddehjelp». I dette legger de å hjelpe med å få frem ungdommenes egne ressurser, og å hjelpe til å se nye vinkler og løsninger på problemer som for ungdommen virket helt fastlåst. Både ungdom, helsesøstre og skolerådgivere mente at forhold som omsorg, nøytralitet, konfidensialitet og selvbestemmelse var viktige faktorer i møte med ungdom i sårbare situasjoner. Prosjektet viste også hvor viktig det er at ungdom har tilgang til et lavterskeltilbud i forhold til sin psykiske helse.

Gjennom prosjektet erfarte de at når skolehelsetjenesten og skolens ansatte samarbeidet, kunne de utføre meningsfulle forebyggende tiltak innen arbeidet med psykisk helse. Det å bygge opp en skolehelsetjeneste som er integrert i skolen fant de som viktig for å få til en aktiv og funksjonell tjeneste (Olaisen, 2007). For min studie vil det være interessant å drøfte flere spørsmål på bakgrunn av denne studien: Hvor tilgjengelig opplever ungdommen i min studie skolehelsetjenesten, og hva har dette å si for at de tok kontakt? Og hvor viktig opplever de tjenesten i forhold til sin egen psykiske helse? Gjennom å besvare spørsmålene håper jeg å kunne bidra med ny innsikt i hvordan vi kan bedre kvaliteten i skolehelsetjenesten.

En sentral aktør i Olaisens (2007) prosjekt var Kari Langaard. Hun har skrevet en doktoravhandling fra 2011, med tittelen «*Et utviklingsperspektiv som ramme for samtale med ungdom i skolehelsetjenesten: Aktivitet, intensjonalitet og tilpasset utviklingsstøtte*».

Avhandlingen omhandler skolehelsetjenesten og ungdom, hvor hun beskriver utfordringer skolehelsetjenesten står ovenfor i sitt møte med elever i videregående skoler. Langaard bygger sin doktorgradsavhandling på intervjuer av 46 ungdommer på 2. trinn ved to videregående skoler i Oslo, ansatte i skolehelsetjenesten samt skolerådgivere. Hun viser til at antall ungdom som sliter med psykososiale vansker øker, mens de ansatte etterspør arbeidsmåter for å hjelpe disse ungdommene (Langaard, 2011).

Resultater fra studien viser at det var særlig fire punkter ungdommen skilte ut som viktige i møte med skolehelsetjenesten. Den første var omsorg, hvor betydningen av å ha en voksenperson som bryr seg viste seg å være blant det viktigste. Den andre var nøytralitet, hvor de ønsket at de ansatte skulle, ved siden av å vise omsorg, opptre profesjonelt og ikke komme for nær. Det å ha andre enn foreldre og venner, som møter dem med en åpen holdning, lytter til problemene og er tilstedeværende og oppmerksom, var faktorer ungdommen satt pris på blant de profesjonelle. Det tredje punktet var konfidensialitet. Dette var viktig for tillitsforholdet mellom ungdommen og den profesjonelle. Det fjerde punktet som ble sett på som viktig var selvbestemmelse. Ungdommen ønsket råd og veiledning, samtidig som de hadde behov for selvstendighet og tid og rom til å reflektere og prøve seg frem. Langaard viser her til det hun kaller tilpasset utviklingsstøtte, som handler om å finne en balanse mellom involvering og det å vise respekt for ungdommens ønske om selvstendighet og å finne sin egen vei. Videre fant hun at de profesjonelles intensjon handlet mye om å skape struktur i ungdommens ytre og indre kaos, og hjelpe dem ta en aktiv rolle i å få bedre kontroll over egen situasjon. Hun fant også at informantene, både de profesjonelle og ungdommene, mente det var større kulturell tillatelse for jenter å motta hjelp enn det var for gutter, da det forventes at gutter skal være med selvhjulpne. Videre, ifølge hennes informanter, har jenter lettere for å snakke om følelser, mens gutter er mer handlingsrettet. Dette kan igjen føre til ulike problemløsningsprosesser, hvor det for gutter blir lagt mer vekt på løsningsfokuset mestringsstrategi, mens det hos jenter blir det lagt vekt på mer affektive mestringsstrategier. Langaards funn danner grunnlaget for den hun kaller *utviklingsfremmende samtaler som tilnærming* i møte med ungdom i en sårbar situasjon (Langaard, 2011). Hva ungdom ønsker seg av skolehelsetjenesten og hva de ser på som viktig i møte med den profesjonelle er viktig informasjon i arbeidet med kvalitetsheving. Vil mine funn om hva ungdommen ønsker seg, kunne støtte seg på Langaards funn? Eller vil *andre* faktorer komme frem som viktige gjennom intervjuene av ungdommene i min studie?

Som tidligere nevnt gjorde jeg søk i ulike databaser med ulike søkeord. Søkene jeg gjorde på engelsk ledet meg til en artikkel jeg fant interessant knyttet opp mot min studie. Stephan, Weist, Katoka, Adelsheim & Mills (2007) fra USA, har skrevet artikkelen «*Transformation of childrens mental health services: The role of school mental health*». Artikkelen bygger på andres forskning og undersøkelser, og viser til at barn og unge kan være usikre på om problemene de har er alvorlige nok til å henvende seg til helsesøster. De så også at enkelte ikke benytter seg av skolehelsetjenesten i frykt for å bli stigmatisert (Mills et.al, 2007). Med bakgrunn i denne studien vil det være relevant for meg i min studie å ha fokus på for eksempel hvor stor åpenhet det er blant ungdom i forhold til å motta hjelp fra skolehelsetjenesten. Hvilke barrierer står eventuelt i veien for at de tar kontakt? Dette er spørsmål som vil være vesentlig i arbeidet med et godt lavterskeltilbud.

Barneombudet kartla i 2013, gjennom spørreskjemaer og samtaler med barn og unge, fagfolk, offentlig ansatte og forskere, om barn og unge i Norge har gode nok helsetjenester. Denne kartleggingen resulterte i fagrapporten «*Helse på barns premisser*», som fokuserer på hva barn og unge selv mener om tilbudet de får. En stor del av rapporten omhandler skolehelsetjenesten. Her konkluderer de med at lavterskeltilbud er grovt underprioritert i mange av landets kommuner, og at barn og unge for ofte møter stengte dører. Videre sier barnekomiteen at barn og unge må bli involvert som brukere og eksperter på helsefronten for å utvikle gode helsetjenester. Barneombudet gir i sin rapport anbefalinger til skolehelsetjenestene, kommunene og til statlige myndigheter. De anbefaler blant annet skolehelsetjenestene til å aktivt oppsøke barn og unge og informere om tjenestetilbudet, meldeplikt og taushetsplikt, da undersøkelsene i rapporten viste at elevene ønsket mer informasjon. Kommunene anbefaler de blant annet å ha tilstrekkelig kompetanse på psykisk helsearbeid, og at barn og unge aktivt må tas med i planleggingen av tilbudet. Anbefalinger til statlige myndigheter går blant annet på å fastsette rettslig bindende minimumsnorm for hvor mange helsesøstre det skal være i skolen, og at skolehelsetjenesten må gis øremerkede ressurser (Barneombudet, 2013). Rapporten har i likhet med min studie fokus på brukernes stemmer i forhold til tjenesten. I min studie er det med bakgrunn i denne rapporten aktuelt å belyse om barneombudets anbefalinger er i tråd med mine funn. Hva kan ungdommenes uttalelser hentyde at kan bidra til å bedre kvaliteten av skolehelsetjenesten?

Under søkene på tidligere forskning fant jeg en tilstandsrapport fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. De hadde fått i oppdrag fra Helsedirektoratet å oppsummere tilgjengelig forskning av skolehelsetjenesten på barn og unges helse og oppvekstvillkår. Rapporten viser

til at studier gjennomført i andre land definerer skolehelsetjenesten forskjellig, både ut i fra målgruppene og innhold i tjenesten, noe som kan være årsaken til at det er vanskelig å finne relevant forskning tilknyttet den norske skolehelsetjenesten. De konkluderte derfor med at det trengs fler norske forskningsstudier knyttet til skolehelsetjenesten (Kunnskapssenteret, 2010).

Oppsummering

Dette avsnittet tok for seg forskning jeg ser på som relevant til min studie. Rapporten fra Kunnskapssenteret (2010) viser til behovet for mer norsk forskning knyttet til skolehelsetjenesten. Dette underbygger aktualiteten og nytteverdien min studie nettopp kan ha innen dette feltet. Forskningene jeg har lagt frem tar først og fremst for seg ungdommers erfaringer og behov i skolehelsetjenesten, og i møte med personell. Ved å sammenligne disse studiene ser jeg flere likhetstrekk i funnene deres, som blant annet viktigheten av å ha en voksen person som bryr seg, som er oppmerksomt tilstedeværende og som gir rom for selvbestemmelse. Vil disse forskningsrapportene gjenspeile seg også for ungdommene som deltar i denne studien? Dette er i refleksjoner jeg vil ta med meg og være oppmerksom på under arbeidet i analysedelen.

2.2 De indre prosessene hos ungdommene

I andre del av studiens teorikapittel presenteres temaer som vil belyse de indre prosessene hos ungdommene som kan ha betydning for deres møte med skolehelsetjenesten. Her velger jeg å gjøre rede for ungdomstiden, psykisk helse, ungdoms psykiske helse i dagens samfunn og Deci og Ryans (1985) motivasjonsteori.

2.2.1 Ungdomstiden

Ungdomstiden omtales ofte som alderen mellom 10 til 20 år. Unge voksne brukes gjerne om aldersgruppen 20-25 år. Kristina Berg Kelly har i sin bok «Ungdomsmedisin» (1998) delt inn ungdoms psykologiske utvikling i tre faser. Tidlig ungdomstid (jenter 10-13 år, gutter 11-14 år), mellom- ungdomstid (jenter 13-17 år, gutter 14-18 år) og sen- ungdomstid (fra 17-18 år og oppover mot 20-årene). Tidlig ungdomstid kan for mange ungdommer preges av usikkerhet og sårbarhet. De får en mer abstrakt måte å tenke på, og den kroppslige og kognitive utviklingen fører til økt oppmerksomhet for kroppslige signaler og sammenligning

av andres kroppsutvikling. I mellom- ungdomstiden vil ungdommen gjerne få et behov for større selvstendighet, og venner tar mer tid enn familie. Den kognitive forståelsen utvikles ytterligere, og identitetsutviklingen er i full gang. Mange vil i denne perioden eksperimentere med egen seksualitet. Sen- ungdomstid preges ifølge Kelly av en fastere og trygg identitet, abstrakt tenkning på voksent nivå og evne til å ta realistiske valg og planlegging av fremtiden. De vil nå kunne tenke konsekvenser av egne handlinger og lettere vurdere risiko. Frigjøringen fra familie til egne sosiale nettverk er viktig også i denne fasen (Kelly, 1998).

Oppsummering

Da min studie har fokus på ungdoms erfaringer av skolehelsetjenesten, vil ungdommenes egne stemmer utgjøre studiens empiriske grunnlag. Dette avsnittet gir nyttig bakgrunnsforståelse av ungdomstiden, som jeg må ta hensyn til i min tilnærming til ungdommen. Da ungdommene jeg intervjuet har benyttet seg av skolehelsetjenesten vedrørende sin psykisk helse, kan det tenkes at de var i en sårbar periode. Vil deltakelse i studien oppleves utfordrende for dem? Hvordan skal jeg på en best mulig måte tilnærme meg ungdommen, og hvordan stille de gode spørsmålene? Dette er blant annet refleksjoner jeg må gjøre meg i forhold til intervjusituasjonen og utforming av intervjuguiden.

2.2.2 Psykisk helse

Psykisk helse er et sammensatt begrep, og man kan finne til dels ulike definisjoner på begrepet. Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer mental helse som en tilstand av komplett fysisk-, psykisk- og sosial velvære, og ikke bare fravær av sykdom. Begrepet har en positiv dimensjon, hvor det å utnytte sitt potensiale og mestre livet er sentralt (WHO, *Mental Health*, 2015). Veileder i psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene (2007) definerer psykisk helse som «*utvikling av og evne til å mestre tanker, følelser, atferd og hverdagens krav i forhold til ulike livsaspekter. Det handler om emosjonell utvikling, evne til velfungerende sosiale relasjoner og evne til fleksibilitet. Fravær av psykiske vansker eller lidelse er ikke ensbetydende med god psykisk helse*» (Sosial- og helsedirektoratet, 2007, s.8).

En *dårlig* psykisk helse kan derimot føre til psykiske vansker. Psykiske vansker defineres som symptombelastninger som i ulik grad påvirker daglig fungering i forhold til relasjoner med andre mennesker, trivsel og mestring. Når et menneske opplever en vanskelig livssituasjon,

kan psykiske vansker være reaksjoner knyttet til dette. Vanskene kan for eksempel være grader av angst, søvnvanske og tristhet. Som nevnt innledningsvis har omlag 15-20% av barn og unge på et hvert tidspunkt psykiske vansker med så mye symptomer at det går utover læring, trivsel, daglige gjøremål og samvær med andre (Mathiesen, 2009). Dette er også i tråd med folkehelse rapport fra 2014 om *Helsetilstander i Norge* (Folkehelseinstituttet, 2014). Når det er snakk om psykiske *lidelser* refereres det til så stor grad av vansker at det kvalifiseres til en diagnose (Sosial- og helsedirektoratet, 2007). I Norge har omtrent 8% av barn og unge en diagnoserbar psykisk lidelse. Forekomsten av psykiske lidelser i Norge ligger omtrent på samme nivå som i andre vestlige land (Mathiesen, 2009).

Psykiske lidelser har antakeligvis eksistert like lenge som selve mennesket, og likeså uenighetene om årsak til lidelsene og hvordan man skal forholde seg til dem. Det kan se ut som at feltet har beveget seg fremover de siste 50 årene. Forskere hevder å ha oppdaget biologiske årsaker til psykiske lidelser, en rekke medikamenter har blitt utviklet og terapeutiske metoder har eksplodert. En skulle på bakgrunn av dette anta at antall sykemeldte og uføretrygde på grunn av psykiske lidelser har gått ned. Slik er altså ikke realiteten. I dag er psykiske lidelser blant de vanligste og dyreste årsakene til sykefraværet i Norge. Arne Holte, assisterende direktør ved folkehelseinstituttet (2014), har beregnet at dette koster samfunnet 60-70 milliarder kroner per år i tapt arbeidsfortjeneste, behandling og trygdeutgifter (Valla, 2014).

2.2.3 Ungdoms psykiske helse i dagens samfunn

Ungdata kom i 2014 (NOVA rapport, 10/14) ut med en rapport om ungdoms psykiske helsetilstand. Rapporten skal gi et bredt bilde på hvordan elever i ungdoms- og videregående skoler har det på ulike områder. Mer enn 63.000 elever deltok i undersøkelsen, og hovedbildet fra rapporten viser at dagens ungdomsgenerasjonen er veltilpasset, hjemmekjær, de aller fleste er fornøyde med venner og familie, og utviklingstrekk viser at omfanget av ungdomskriminalitet, rus og vold stadig blir mindre. Derimot vises det til bekymring på spesielt ett område. Dagens ungdomsgenerasjon er stresset, og det rapporteres om økende psykiske helseplager i hverdagen, spesielt blant jenter. I størst grad gjelder det symptomer på stress som det «å tenke at alt er et slit», og «å bekymre seg for mye om ting» (NOVA rapport, 10/14).

Ungdomsundersøkelsen i Stavanger 2013 (NOVA rapport, 2/2014) finner i likhet med Ungdatas rapport om ungdoms psykiske helse (NOVA rapport, 10/14), at de mest fremtredende depressive plagene blant ungdom er opplevelsen av at alt er et slit, og at de har mye bekymringer. De viser til at 44 prosent av jentene i løpet av den siste uken hadde vært plaget av at alt var et slit, mens 25 prosent av guttene sa det samme (NOVA rapport 2/2014).

Folkehelse rapporten viser også til tall fra tre større ungdomsundersøkelser i Oslo (Ung i Oslo 1996, 2006 og 2012), hvor de ser tendens til nedgang i atferdsvansker og økning i depresjonsplager blant 9. og 10. klasse samt 1. trinn ved videregående (Øya, 2012, i Folkehelseinstituttet, 2014). Økningen av psykiske plager kan skyldes feilkilder, som blant annet synkende deltakelse i helseundersøkelser, eller økt rapporteringsvillighet om psykiske plager, men det er likevel ikke urimelig å anta at denne rapporterte økningen av psykiske plager blant unge er reell (Folkehelseinstituttet, 2014).

Oppsummering

Dette avsnittet tok for seg definisjoner av begrepet psykisk helse, samt en redegjørelse av barn og unges psykiske helsetilstand i dag. Veileder i psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene (2007) og Verdens helseorganisasjon (WHO, *Mental Health*, 2015), legger i sin definisjon av begrepet psykisk helse vekt på mestring av livet som kjernen i definisjonen. Dette danner grunnlag for mitt valg av Deci og Ryans motivasjonsteori, som vil bli gjort rede for i et eget avsnitt. Videre viser avsnittet til at psykiske lidelser er blant de vanligste og dyreste årsakene til sykefravær i Norge (Valla, 2014). Dette underbygger relevansen av å studere skolehelsetjenesten og hvordan den kan bidra til å bygge opp om en god psykiske helse blant barn og unge. Sentrale fokus for denne studien vil blant annet være: Hvor viktig er skolehelsetjenesten for ungdom som sliter? Hva ønsker ungdom seg fra tjenesten? Og mere overordnet: Kan deres stemmer danne grunnlag for å forbedre skolehelsetjenestens arbeid med barn og unge?

2.2.4 Deci og Ryans motivasjonsteori

Deci og Ryans teori om indre og ytre motivasjon, betegnes som *selvbestemmelsesteori* eller *motivasjonsteori* (self-determination theory) (1985). Jeg har valgt å bruke betegnelsen motivasjonsteori i denne studien.

Indre motivert atferd beskrives som ikke å være avhengig av ytre belønning, men derimot av egen glede over selve aktiviteten. Indre motivert atferd forklarer også i hvilken grad grunnleggende psykologiske behov er tilfredsstilt. Disse grunnleggende betingelsene for indre motivasjon er rettet mot behovet for selvbestemmelse, kompetanse og tilhørighet. Om disse behovene ikke blir tilfredsstilt, vil heller ikke indre motivasjon oppstå, noe som igjen kan gi negativ påvirkning for mentale helse og velvære (Deci og Ryan, 2000).

I begrepet selvbestemmelse legger de individets opplevelse av å ha reelle valg i forhold til sine handlinger, og ønske om selv å være kilde til egne handlinger (Deci og Ryan, 1985). Deci og Ryan legger størst vekt på nettopp selvbestemmelse som en forutsetning for indre motivasjon (Deci og Ryan, 2000). Når det gjelder behovet for kompetanse hevder Deci og Ryan (1985) at dette er et medfødt behov, og at mennesket er naturlig nysgjerrige og opptatt av å lære. Kompetanse blir en drivkraft for å engasjere seg i vanskelige oppgaver, og jo mer kompetent en føler seg, jo mer ønsker en å gjenta aktiviteten. Motsatt vil de som føler de ikke behersker aktiviteten, ikke ha lyst til å gjøre den (Deci og Ryan, 2000). Videre mener de at behovet for tilhørighet handler om at mennesker trenger å føle nærhet, etablere sosiale bånd og føle seg som en del av gruppen man tilhører. Det handler også om å føle seg akseptert, verdsatt, og å kunne gi og motta omsorg.

Oppsummering

I avsnitter ovenfor har jeg presentert Deci og Ryans (1985) motivasjonsteori. I min studie vil det i lys motivasjonsteorien bli relevant å se på om hjelpen ungdommen har benyttet seg av gjennom skolehelsetjenesten har gitt dem opplevelsen av å mestre livet bedre. Det å søke hjelp kan muligens gi følelsen av å selv ikke ha kontroll i eget liv. Vil hjelpen forsterke denne følelsen, eller vil hjelpen gjennomrette følelsen av tapt kontroll, og støtte opp om selvbestemmelse i eget liv? Og hvilke faktorer ved hjelpen har gitt dem motivasjon til å håndtere sine utfordringer, og hva har eventuelt hatt motsatt effekt? Har ungdommen selv fått ta aktiv del i prosessen mot en bedre psykisk helse?

Kapittel 3. Metode

I dette kapittelet vil jeg gjøre rede for studiens metodiske aspekter, og hvordan disse er ment å skulle hjelpe meg å besvare studiens problemstilling:

- *Hva er ungdoms erfaringer og behov i møte med skolehelsetjenesten?*
- *Hvordan kan kunnskap om ungdoms erfaringer og behov bidra til å heve kvaliteten av skolehelsetjenesten?*

Kapittelet tar for seg beskrivelse av studiens design og metodiske valg, samt gjennomføringen av datainnsamlingen, transkribering, analyse og valg for fremstilling av drøfting av resultatene. Jeg vil også gjøre rede for etiske betraktninger og forhold som bygger opp om og eventuelt svekker studiens troverdighet, gyldighet og overførbarhet.

3.1 Kvalitativ forskningsmetode

Min studie handler som nevnt om ungdoms erfaringer og behov knyttet til hjelpen de har fått gjennom skolehelsetjenesten, og hvordan kunnskap om dette kan bidra til å heve kvaliteten av tjenesten. Jeg ønsket å få innsyn i disse erfaringene, da jeg tenker at ungdommens stemmer er viktig i arbeidet for å kunne bedre kvaliteten av tjenesten. Her kan jeg blant annet støtte meg bak Andreassen (2005) som sier at nytteverdien ved brukermedvirkning handler om at offentlige tjenester kan ha mye å lære ved å lytte til brukerne, da brukerne ofte besitter nyttig kunnskap som kan være nødvendig å ha for å utvikle god kvalitet. Som datainnsamlingsmetode synes derfor det kvalitative forskningsintervjuet å være best egnet. Formålet med intervju er nettopp å få en fyldig beskrivelse av hvordan mennesker opplever sin livssituasjon, eller hvilke syn og tanker de har rundt temaene intervjuet omhandler (Thagaard, 2013). Gjennom mine intervjuer vil jeg dermed få innsikt i ungdommenes erfaringer, opplevelser og ønsker omkring skolehelsetjenesten.

Systematikk og innlevelse er begge viktige aspekter ved kvalitativ forskningsmetode. Innlevelse handler om å sette seg inn i det som studeres for å kunne oppnå forståelse. Her er det viktig at forskeren er åpen og mottakelig for inntrykk. Systematikk handler om å ha et reflektert forhold til fremgangsmåtene i studien, og å grundig forklare sine avgjørelser knyttet til metoden. Forholdet mellom innlevelse og systematikk kan ses på som fleksibilitet og åpenhet på den ene siden, og metodiske refleksjoner på den andre siden. For å fange opp ulike sider ved forskningen, er begge begrepene nødvendig å forholde seg til (Thagaard, 2013). I

dette metodekapittelet legger jeg vekt på å begrunne og reflektere over metodiske beslutninger, for på den måten å kunne gi grunnlag for kvaliteten i forskningsarbeidet mitt. Jeg ser det også som viktig å være åpen og mottakelig for nye inntrykk, da nye forståelser under prosessen kan føre til endringer i metodiske valg.

3.2 Utvalg

For å finne de rette deltakerne foretok jeg et strategisk utvalg, som handler om at man velger deltakere som har de egenskaper eller kvalifikasjoner som er mest hensiktsmessige i forhold til studiens problemstilling og perspektiv (Thagaard, 2013). Jeg valgte derfor deltakere som alle hadde benyttet seg av skolehelsetjenesten vedrørende sin psykiske helse. Videre var deltakerne ungdom fra videregående skole og over 15 år, da ungdom ved denne alderen ikke trenger samtykke fra foreldrene til å delta. Dette valgte jeg da det kan tenkes at ungdom som har snakket med helsesøster eller rådgiver ikke ønsker at foreldrene skal vite det. Jeg satt også denne grensen da jeg tenker at ungdom først rundt den alderen begynner å bli modne, sterke og selvstendige nok til å kunne formidle seg i et noe krevende tema. Selv om min studie ikke har fokus på selve årsaken til at ungdommen benyttet seg av skolehelsetjenesten, var jeg allikevel klar over at det kunne komme opp sensitive data, og at temaet kunne oppleves sensitivt for dem. Jeg sikret derfor anonymiteten ved å unngå informasjon som navn, alder og bosted, og har heller ingen informasjon om hvilke skoler og kommuner ungdommene tilhører. Dette ble de opplyst om under muntlig samtykkeerklæring.

Da jeg startet prosessen med å rekruttere deltakere, ønsket jeg omkring 8-10 ungdommer, helst fordelt på minst to skoler og to kommuner, samt en blanding av både jenter og gutter. Dette ønsket jeg da det kunne tenkes at en kommune satset mer/mindre på skolehelsetjenesten enn gjennomsnittet, samt at tilbudet i tjenesten kunne være dels den sammen i skolene innen en kommune. Jeg ønsket med dette å dekke en viss variasjon blant ungdommene, for å gi et rikere grunnlag til å analysere i dybden. Jeg hadde en førforståelse av at jenter benyttet seg hyppigere av tjenesten enn gutter, og at det ville bli vanskeligere å rekruttere gutter. Likevel så jeg det som ønskelig å forsøke å få med noen, med tanke på at jenter og gutter kunne ha ulike erfaringer og ønsker av tjenesten. Intervju, transkribering, analyse og drøfting av dataen er en stor jobb, så med hensyn til oppgavens omfang og tid ønsket jeg derfor å begrense deltakerne til 8-10 ungdommer. Utvalg må derimot være store nok til å kunne gi en forståelse av det som studeres. Utvalget kan sies å ha et «metningspunkt», når denne forståelsen er nådd

(Thagaard, 2013). Dette «metningspunktet» så jeg på som en vurdering jeg måtte ta etter de planlagte intervjuene. Ville intervjuene gi nok data til analysen?

Rekruttering av deltakerne bød på noen utfordringer. Jeg startet prosessen ved å maile helsesøstre og rådgivere ved videregående skoler innen en kommune, men de færreste responderte på mailene. De kan være flere grunner til dette. Ansatte ved skoler, og kanskje spesielt helsesøstrene, har travle hverdager og liten tid til annet utenom faste arbeidsoppgaver (Bøe, 2014). Jeg fikk derimot svar fra to helsesøstre at de ikke kunne hjelpe med å finne deltakere, da de mente det brøt med taushetsplikten. Min forespørsel til helsesøstrene og rådgiverne var om de kunne be ungdom ta stilling til om de ønsket å delta i min studie, for så å bestemme seg på frivillig grunnlag, noe som derimot ikke bryter taushetsplikten. En annen svarte at de ikke ønsket å delta. Dette kan komme av frykte for å bli omtalt negativt, da mediene den siste tiden har skrevet om hvor dårlig det står til med skolehelsetjenestene. Som tidligere nevnt uttrykker for eksempel helsesøster Lisbeth Horvli at hun ofte må avvise ungdom og be dem prøve igjen neste uke på grunn av lite tid (Bøe, 2014). Mitt fokus var imidlertid hvordan støtte opp om en bedre tjeneste, derigjennom å støtte helsesøstre og rådgivere i deres arbeid.

Det er nettopp brukerperspektivet på tjenesten jeg syns er viktig, og var dermed fast bestemt på å finne deltakere til denne kategorien. Etter flere forsøk kom jeg omsider i kontakt med en rådgiver, gjennom tips fra en bekjent av, som fattet interesse i studien og ønsket å hjelpe til. Samtidig fikk jeg svar fra en helsesøster/fagkoordinator fra samme kommune. Gjennom disse fikk jeg rekruttert 9 ungdommer, 8 jenter og 1 gutt, fra 3 videregående skoler i en kommune på Østlandet. Jeg ønsket fortsatt å rekruttere et par ungdommer til fra en annen kommune, og fortsatte derfor arbeidet. Etter nok en runde med ubesvarte mailer og avslag kom jeg til slutt i kontakt med en bekjent ved en videregående skole i Midt-Norge, og via henne fikk jeg rekruttert to ungdom, en gutt og en jente. Intervjudeltakerne bestod dermed av til sammen 11 ungdommer, hvorav 2 var gutter og 9 jenter. Da det lave antallet gutter gjorde det vanskelig å sammenligne forskjellen på gutter og jenters erfaringer, la jeg heller ikke vekt på dette i studien. Likevel kan det i seg selv være interessant å se at min førforståelse om at det ville være vanskeligere å rekruttere gutter stemte.

Da elevene ble valgt ut gjennom helsesøster/rådgiver, kunne det tenkes at de valgte elever de opplevde å ha en god relasjon med. Ville dette ha betydning for informasjonene de ga meg? Ville dette gjøre at jeg ikke fikk ærlige svar, eller kunne de være bekymret for at

helsesøster/rådgiver fikk vite hva de sa? Om de hadde en god relasjon, kunne det føre til at deltakerne hadde flere positive erfaringer enn deltakere jeg ikke fikk tilgang til? Det var derfor viktig for meg å presisere for deltakerne at de ikke ville bli gjenkjent i studien, og at de hadde full anonymitet. Det jeg så på som positivt ved å rekruttere deltakere på den måten, var at ungdommen mest sannsynlig deltok på bakgrunn av egen motivasjon og interesse. Fagermoen & Lerdal (2011) sier at folks motivasjon for å delta eller medvirke i den type aktiviteter, ofte har til felles at de har et engasjement for saken. Enten i form av opplevelser av god behandling, eller i form av dårlig behandling. Knyttet til min studie så jeg på det som en god sannsynlighet for at temaet var noe som betød en del for dem, og at de på den måten ville engasjere seg under intervjuet.

3.3 Intervju som metode

Som allerede vist til, har intervju som metode mål om å få frem intervjudeltakerens egne erfaringer, følelser og tanker (Dalen, 2013). Gjennom min problemstilling ønsket jeg å få innblikk i ungdommenes erfaringer av skolehelsetjenesten og hjelpen de hadde fått. Jeg ønsket blant annet dette perspektivet på bakgrunn av regjeringens føringer om å innta brukerperspektivet for å utvikle helsetjenester. I Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1 (1999) står det blant annet at *«Tjenestetilbudet skal så langt som mulig utformes i samarbeid med pasient og bruker»*. Jeg så dermed intervju den mest aktuelle måten å få tilgang til ungdommenes egne perspektiver, som brukere av skolehelsetjenesten.

Utfordringer ved kvalitativ intervjuforskning er ofte knyttet til metodiske valg og etiske hensyn. Eksempler her er faren for stigmatisering, forholdet mellom nærhet og engstelse og solidaritetsproblemer. I forhold til stigmatisering er det viktig at forskeren tenker over hva som er intensjonen med prosjektet og mulighetene det vil være noen blir «hengt ut» eller få et «stempel» på seg (Dalen, 2013). I forhold til min oppgave vil verken mennesker eller tjenestene bli identifisert, og jeg er kun opptatt av brukernes erfaringer og ønsker av tjenesten. Jeg ser det derfor ikke som fare for at min studie vil fremstå stigmatiserende på noen grupper. Når det gjelder nærhet og engstelse, kunne dette bli en utfordring også i min studie ved at det kan tenkes at temaet og situasjonen gjør at ungdommene ikke åpner seg opp slik at jeg får reelle og gode beskrivelser av hva de *egentlig* mener og føler. Videre blir solidaritetsproblemer spesielt aktuelt når forskeren selv er berørt av tema som studeres, noe som kan få betydning får tolkning og formidling av datainnsamlingen (Dalen, 2013). I min

studie er jeg ikke berørt av temaet eller har spesielle personlige preferanser. Likevel besitter jeg kunnskap om temaet og tidligere forskning samtidig som jeg har et sterkt engasjement om at tjenesten skal fungere bedre for ungdom. Med dette ser jeg derfor at jeg også må være bevisst på dette slik at det ikke vil påvirke eller farge mine analyser.

3.4 Utforming av intervjuguide

Med den innsikten jeg opparbeidet meg om temaet gjennom å lese tidligere forskning og teori, og med foreløpige problemstillinger som bakteppe, startet jeg prosessen med å finne aktuelle spørsmål som kunne belyse mitt studie. Jeg valgte å bygge opp intervjuet til et semistrukturert intervju. Det betyr at forskeren velger ut temaer på forhånd som samtalen fokuseres mot. I motsetning til denne, står den åpne intervjumetoden, hvor deltakerne skal fortelle mest mulig fritt om livserfaringene sine (Dalen, 2013). Det var en krevende prosess å finne gode spørsmål som skulle belyse studiens problemstilling. For å sikre at spørsmålene skulle hjelpe med å besvare studiens problemstilling, fant jeg det nødvendig å ha problemstillingen foran meg under utformingen av spørsmålene.

Min intervjuguide⁴ følger «traktprinsippet». Med dette menes at de første spørsmålene er mer generelle og ikke sensitive. Her er det viktig at deltakeren skal føle seg trygg og avslappet. Etter hvert bygges spørsmålene opp mot de mest sentrale temaene, og personlige spørsmål kan deretter komme. Avslutningsvis vil spørsmålene igjen handle om det mer generelle (Dalen, 2013). Jeg startet derfor intervjuguiden med et åpent spørsmål hvor jeg ba de fortelle om det som umiddelbart falt dem inn i forhold til eget møte med skolehelsetjenesten. Deretter bygde jeg gradvis opp spørsmål som krevde litt mer refleksjon rundt egne erfaringer, som blant annet om opplevelse av utbytte av hjelpen.

En intervjuguide inneholder gjerne hovedspørsmål, som introduserer temaer som er sentral i studien, og kan ses på som grunnlaget i intervjuguiden. Oppfølgingsspørsmål har derimot som hensikt å få et mer detaljert bilde av det deltakeren forteller. Det kan for eksempel være spørsmål som «Kan du utdype det du sa om ...», eller «Hvordan opplevde du det ...». Prober er også en viktig del av intervjuets flyt, og kan oppmuntre deltaker til å fortelle mer. Prober er gjerne korte respons fra intervjuer som «Ja», «Hm» eller et nikk (Rubin og Rubin, 2012). I min intervjuguide hadde jeg oppfølgingsspørsmål som skulle hjelpe meg til å utdype det de

⁴ Intervjuguiden (vedlegg 1)

svarte, om jeg ikke fikk nok ut av spørsmålene. Jeg hadde også skrevet opp hjelpe-setninger som blant annet «Kan du beskrive det?», «Har du eksempler på det?». Hensikten med å skrive ned dette var å hjelpe meg selv under intervjuene til hvordan jeg kunne få fyldige svar, og til å få en flyt under intervjuet. Jeg så også på dynamikken i intervjuet som viktig. Jeg ønsket derfor å være bevist på å være aktivt lyttende, vise forståelse og engasjement og komme med gode oppfølgingsspørsmål der det var nødvendig.

Intervjuguiden er grunnlaget for hva som vil bli datamaterialet, og jeg så det derfor som viktig å jobbe grundig med denne. Hvilke verdier en forsker har vil mest sannsynlig påvirke forskningsprosessen, både ved hvordan problemstillingen formes og resultatene tolkes (Halvorsen, 2008). Mine verdier og min bakgrunn til temaet vil derfor også prege utformingen av intervjuguiden. Å legge subjektiviteten helt vekk vil trolig verken være mulig eller riktig, men jeg ser det derimot viktig å være den bevisst. Nilssen (2012) skriver at subjektivitet er noe som skal håndteres i all forskning, og verken kan eller skal unngås.

3.5 Prøveintervju og teknisk utstyr

Å innta intervjurollen var en ny erfaring for meg. Det ble derfor viktig at jeg fikk øvd meg godt i forkant. Jeg foretok først et prøveintervju med en venninne som tidligere hadde benyttet seg av skolehelsetjenesten. Etter intervjuet fikk jeg tilbakemelding om at jeg hastet litt, og at jeg måtte la deltakeren få tid til å tenke før jeg gikk videre. Samtidig var et par spørsmål vanskelig formulert. Tilbakemeldingene førte til at jeg forandret litt på noen spørsmål i intervjuguiden, og tok til meg det jeg burde tenke på under intervjuene. Vi foretok dermed enda et prøveintervju, denne gangen med båndopptaker. Det andre prøveintervjuet fikk en bedre flyt, og spørsmålene falt seg mer naturlig. Det var også lærerikt å lytte til båndet, da jeg fikk høre hvordan jeg uttrykte meg gjennom intervjuet. Å foreta prøveintervju ble en veldig viktig del av forberedelsene til selve intervjuene.

3.6 Gjennomføring av intervjuene

Jeg startet intervjuene med en kort introduksjon om meg selv, for så å beskrive studiens tema og formål. Jeg sikret deretter intervjudeltakerne om at informasjonen ville bli behandlet konfidensielt, og at det ville bli umulig for dem å bli gjenkjent i studien, da alle opplysninger ville bli anonymisert. Jeg opplevde både gjennom deltakernes ord og kroppsspråk at det

beroliget flere av dem. Noen uttrykte dette med ord som «så bra» og «åja, okei, så fint», mens andre nikket lett med et beroliget ansiktsuttrykk. Kanskje gjorde dette det lettere for deltakerne og åpne seg opp? Jeg informerte også om bruken av båndopptaker, og fikk samtykke fra samtlige om at dette var greit.

De første minuttene i møtet mellom forsker og deltaker er viktige, da det er her kontakten etableres. Den som intervjuer må vise interesse og respekt for deltakeren, og bør ha et kroppsspråk og ansiktsuttrykk som signaliserer dette (Thagaard, 2013). Da jeg er genuint opptatt av studiets tema, følte jeg det falt seg naturlig å leve seg inn, lytte og komme med positive tilbakemeldinger på deres utsagn. For å få en rolig start, begynte jeg de fleste intervjuene med kort dagligdags prat, om det som der og da falt seg naturlig. Jeg opplevde selv at det ufarliggjorde situasjonen, både for meg selv og deltakerne.

Jeg var svært spent før det første intervjuet. Selv om jeg hadde foretatt to prøveintervju, visste jeg ikke hvordan ungdommen kom til å ta imot og svare på spørsmålene. Jeg ble derimot fort beroliget da jeg under første intervju opplevde at spørsmålene var formulert på en lett forståelig måte, og at jeg fikk frem det jeg ønsket å spørre om. Intervjuguidens første spørsmål ga deltakerne rom til å starte å prate om det første som falt dem inn i henhold til skolehelsetjenesten. Blant de fleste ble dette en god måte å starte på for å komme inn på temaet. Noen ville derimot ha spørsmålet litt mer konkret. Da jeg hadde et semistrukturert intervju, var spørsmålene formulert innenfor enkelte temaer, og ga ikke like stor åpenhet som ved dybdeintervjuer. Derimot hadde jeg oppfølgingsspørsmål som skulle hjelpe meg der jeg følte jeg ikke fikk nok ut av svarene. Behovet for oppfølgingsspørsmål ville derimot variere fra deltaker til deltaker. «Gode» deltakere er åpne og forteller mye uten at forskeren trenger å gripe inn, mens ved «dårlige» deltakere må en nærmest dra ut svarene (Ringdal, 2013). Jeg opplevde begge disse ytterpunktene gjennom mine intervjuer. Det positive var at ved å foreta flere intervjuer lærte jeg meg lettere hvordan å holde flyten i samtalen når det ble vanskelig, og hvilke type oppfølgingsspørsmål som ble hensiktsmessige. På den andre siden gjorde intervjuene meg etter hvert i stand til å til dels anta hva de kom til å svare på enkelte spørsmål, da jeg underveis begynte å se likhetstrekk. Utfordringen her ble å ikke legge ord i munnen på de deltakerne som ikke åpent seg helt opp. Da jeg prøvde meg med oppfølgingsspørsmål men fortsatt ikke fikk det jeg ønsket, lot jeg det ligge.

Selv om noen var mer åpne enn andre, opplevde jeg likevel et engasjement hos alle deltakerne. For enkelte virket det litt sårt å åpne seg opp om erfaringene fra tjenesten,

samtidig som det virket som de ønsket å fortelle. Flere av deltakerne var etter intervjuet opptatt av om de hadde vært til hjelp, og det så med dette ut til at intervjuedeltakelsen opplevdes betydningsfullt og fint ved å få være en stemme utad for en tjeneste som var av betydning for dem.

Jeg gjennomførte alle intervjuene på et tidsrom på 4 uker. Avtale om tid og sted gjorde jeg i samråd med elevene og kontaktpersonene. Intervjuene tok i gjennomsnitt 20 minutter hver, og transkriberingen fra lydopptaker til tekst gjorde jeg samme dag intervjuene ble gjennomført.

3.7 Transkribering

Nilssen (2012) anbefaler at man skal gjengi forskningsdeltakeren mest mulig korrekt. Hun mener en bør skrive opp småord og pauser, og markere uttrykk som blir sagt med en spesiell tone. Jeg hadde på forhånd lest hennes anbefalinger, og fulgte dermed disse under transkriberingsprosessen. Jeg valgte derimot å skrive alle intervjuene på bokmål, for å anonymisere deltakernes kommunetilhørighet. Selve prosessen med transkripsjonen var både tidkrevende og en tålmodighetsprøve. Likefult så jeg det som nyttig å transkribere teksten selv, da jeg ble bedre kjent med datainnsamlingen.

Jeg gjennomførte de 9 intervjuene fra én kommunen først. Intervjuene ga mye relevant og god informasjon, og jeg begynte å se et mønster i deltakerne svar. Etter de første intervjuene og transkripsjonene, startet jeg derfor å kladde foreløpige tanker og ord jeg så gikk igjen. Med dette tenkte jeg at dataen nærmet seg er metningspunkt, da jeg var usikker på om deltakere i en annen kommune ville gi nye funn. Jeg valgte allikevel å gjennomføre planen ved å intervju ungdommer fra én kommune til. Dette ble som en slags testkontroll på om ungdom fra en annen kommune ville ha erfaringer som sto i kontrast til hva jeg hadde sett så langt.

3.8 Koding og kategorisering

I arbeidet med analyse av intervjuene var jeg usikker på hva som var den mest hensiktsmessige og ryddige måten å gå frem på. Dalen (2013) gir eksempel på fremstillingsmåten «tematisering», som ofte tar utgangspunkt i temaene i intervjuguiden for å finne ut hvor hovedtyngden i datainnsamlingen ligger. Temaer hvor det finnes mange uttalelser kan gi tegn på hvor tyngden i analysen bør ligge. Dalens fremstilling av «tematisering» som fremgangsmåte ga meg hjelp til hvordan å starte prosessen. Jeg begynte

med å lese nøye gjennom intervjuene, og markerte setninger jeg mente belyste temaer godt. Jeg så at intervjudeltakerne stort sett holdt seg til temaene i intervjuguiden, og de uttrykte til dels reflekterte, og etter min vurdering, ærlige uttalelser, og viste interesse for temaet.

Videre i analyseprosessen skrev jeg ned uttalelsene jeg så på som mest relevante inn et dokument, og forsøkte å plassere setningene som handlet om samme tema under like avsnitt. Jeg forsøkte deretter å legge vekk de foreløpige tankene om hvor tyngden i datainnsamlingen lå, og leste derfor gjennom intervjuene igjen, og lagde tankekart til hvert av dem. Det kom nå tydeligere frem hvilken tematikk som fikk mest oppmerksomhet blant de fleste intervjudeltakerne, og en rekke koder falt på plass. Kodene var blant andre tilgjengelighet, synlighet, tatt på alvor, tilstedeværelse, voksenperson som bryr seg, nærhet og avstand, kompetanse og motivasjon. Neste steg i prosessen vil ifølge Nilssen (2012) være å se sammenhenger mellom kodene og forsøke å utvikle noen få kategorier som skal bidra til å gi svar på studiens problemstilling. Jeg begynte å strukturere kodene etter hvilke jeg hovedkategorier de hang sammen med, og valgte så å lage underkategorier til disse. Disse kategoriene forandret seg flere ganger underveis, før jeg til slutt fant 3 hovedkategorier jeg mente utgjorde tyngden i datainnsamlingen, og som kunne bidra til å belyse studiens problemstilling. Underkategoriene bestod av 9 punkter som var en blanding av gjennomgående ord blant intervjudeltakerne og ord jeg valgte for å belyse hva som ble sagt. Hovedkategoriene med underkategorier er presentert i tabellen under:

Hovedkategorier	Underkategorier
1. Barrierer ved å ta kontakt	<ul style="list-style-type: none"> • Lite informasjon • Begrenset tilgjengelighet • Aksept • Sårbarhet
2. Positiv relasjon til helsesøster	<ul style="list-style-type: none"> • Nøytralitet og konfidensialitet • Kompetanse • Anerkjennelse
3. Betydningen av hjelpen	<ul style="list-style-type: none"> • Å oppleve kontroll • Motivasjon

3.9 Metodiske valg ved analyse og drøfting

En kvalitativ forskningsmetode preges ofte av både deduktiv og induktiv tilnærming til datainnsamlingen. Ved den deduktive tilnærmingen tar analysen av datamaterialet utgangspunkt i hypoteser og teorier, mens den induktive tilnærmingen kan ses på som mer eksplorerende. Den induktive tilnærmingen er basert på at teoretiske perspektiver kan utvikles på grunnlag av empirien, for så å supplere med nye undersøkelser for å fremheve sine funn og sammenhenger. Det dialektiske forholdet mellom tilnærmingene kalles gjerne for en abduktiv tilnærming (Thagaard, 2013). Denne abduktive analyseformen ble vektlagt i min studie. Før innsamling av intervjudata utarbeidet jeg den teoretiske forankringen jeg mente ville danne grunnlaget for studien. Etter innhenting av datagrunnlaget, forsøkte jeg likevel å tolke funnene gjennom en åpen analyse, hvor jeg så langt det var mulig bestrebet meg å legge vekk teorien og tidligere forskning. Og altså, gjennom den åpne analysen utmerket flere kategorier seg. Ved en videre gjennomgang av den tidligere teoridelen min, så jeg at funnene likevel gjenspeilet studiens teoretiske grunnlag. Dette ga grobunn for å bruke Deci og Ryans (1985) motivasjonsteori mer systematisk, som utgangspunkt for drøftingen. Selv om funnene gjenspeilet studiens teoretiske grunnlag, så jeg det også som hensiktsmessig å bringe inn noe nye forskning i drøftingsdelen, da drøfting av funnene ga behov for nye forskningsperspektiver.

3.10 Metodiske refleksjoner

Å jobbe bevisst med refleksjoner rundt metodiske valg i studien er nødvendig for å klare å ha en distanse til forskningsdeltakerne, konteksten og datamaterialet. Å ha en refleksiv tilnærming til egen studie, kan bidra til å ikke miste forskerblikket. (Nilssen, 2012). Nedenfor har jeg derfor beskrevet egne refleksjoner i forhold til studiens troverdighet, gyldighet og overførbarhet.

3.10.1 Troverdighet

Reliabilitet handler om en vurdering av forskningens pålitelighet og troverdighet (Thagaard, 2013). Har min forforståelse påvirket funnene? Ville en annen forsker funnet det samme som meg i datamaterialet? Kvalitativ forskning kan ikke bli gjennomført på nøyaktig samme måte

en gang til, blant annet fordi forskeren reagerer forskjellig i relasjoner til ulike deltakere og også til samme deltakere på ulike tidspunkter. Forskeren kan ikke holde seg nøytral i møte med deltakerne, og høy reliabilitet kan derfor være utfordrende ved kvalitativ forskningsmetode (Thagaard, 2013). Forskeren må derfor argumentere og reflektere over metodevalg og prosesser ved utvikling av data, for på den måten å bevise ovenfor leseren at funnene er troverdige (Nilssen, 2012). I min studie har jeg forsøkt å styrke troverdigheten ved å detaljert beskrive valg gjennom forskingsprosessen. Jeg har derfor lagt stor vekt på metodekapittelet for å få frem valg og refleksjoner rundt alle prosessene i min studie.

3.10.2 Gyldighet

Validitet handler om tolkning av data, og hvor gyldig disse tolkningene er. Man kan vurdere hvor gyldig forskningen er ved å se på om funnene representerer den virkeligheten som er blitt studert (Thagaard, 2013). Verden er altså ikke alltid slik den fremtrer for forskeren. Det er derfor viktig at jeg som forsker reflekterer over egne verdier, holdninger og bakgrunn, og gjøre seg opp tanker over hvor stor grad forskeren kan ha påvirket ulike prosesser i forskningen. I denne studien deler jeg min førforståelse av temaet i et eget avsnitt. Dette gjør jeg for å vise et reflektert forhold til egen subjektivitet og hvordan den kan påvirke forskningen. Ved fremstillingen av data må jeg vurdere hva som skal legges frem, og prøve å unngå å gi skjeve fremstillinger av virkeligheten. Som forsker står jeg i fare for, både bevisst og ubevisst, å velge ut sitater eller observasjoner som forskeren selv ser på som viktig (Ringdal, 2013). Under intervjuene forsøkte jeg derfor å få et mest mulig riktig bilde av deltakernes virkelighet. Der noe var uklart fulgte jeg som tidligere nevnt opp med oppfølgingsspørsmål, og tok meg god tid under transkriberingen for å få det så nøyaktig som mulig over fra lydbånd til tekst. Seale (Seale, 2007, i Thagaard, 2013, s. 384-387) mener studier med liten validitet preges av at forskeren ikke har gitt kvalifiserte begrunnelser for sine funn. Han fremhever også viktigheten av å ha en kritisk utenforstående som kan vurdere forskerens analyser. I denne studien tok nettopp avsnittet koding og organisering for seg begrunnelser for hva jeg så på som de viktigste funnene. Gyldighet vil videre kunne styrkes ved å sammenlikne eget funn med resultater fra andre undersøkelser. Her er det ifølge Thagaard (2013) imidlertid viktig å begrunne hvorfor studiet samsvarer, eller ikke samsvarer med resultater fra andre prosjekter.

3.10.3 Overførbarhet

Begrepet overførbarhet handler om de funnene en gjør i sitt forskningsprosjekt, også kan være relevante i andre sammenhenger (Thagaard, 2013). Vi kan ikke uten videre anta at forskningsresultatet har gyldighet for mennesker som ikke har deltatt i prosjektet. Ser vi derimot på hva vi kan lære av forskningsresultatene, blir denne overførbarheten likevel aktuell (Kleven & Tveit, 2014).

I vurdering av resultatene må jeg ta hensyn til noen metodiske svakheter. For det første må det tas hensyn til antall deltakere, og at utvalget kommer fra fire skoler i tilsammen to kommuner, en på Østlandet og en i Midt-Norge. Resultatene kan derfor ikke uten videre generaliseres til alle kommuner i Norge. Studien har likevel overføringsverdi dersom leseren kan kjenne seg igjen i situasjonen, og vinne ny innsikt i utfordringene studien viser til. Resultatene bygger på 11 ungdommers erfaringer av skolehelsetjenesten og hjelpen de har fått gjennom den. Studien kan på den måten gi en pekepinn på hvordan ungdom som brukergruppe ser på tilbudet de har benyttet seg av. Ansatte som jobber i skolehelsetjenesten kan trekke kunnskap gjennom ungdommenes uttalelser, og studien kan dermed bidra til videre kunnskap om hvordan utvikle et bedre tilbudet. I et større bilde kan det tenkes at studien også kan være til nytte for kommunene, da det er kommunene som har ansvar for skolehelsetjenestens tilbud.

3.11 Etiske retningslinjer

Studien er godkjent av Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD), og gjennomført i henhold til disse retningslinjene. Jeg ivaretok prinsippet om frivillighet og informert samtykke, og innhentet samtykkeerklæring ved å muntlig informere deltakerne om at deres anonymitet var sikret, lydbåndet bare ville bli hørt av meg, materialet ville bli slettet når studien var ferdig og at de når som helst kunne trekke seg uten grunn. Både deltakerne, skolene og kommunene er anonymisert i studien. Deltakerne og fagpersoner jeg har vært i kontakt med i forbindelse med rekruttering av deltakerne, har alle fått tilbudet om å få tilsendt studien.

Jeg ønsket deltakere fra videregående skoler, da jeg tenkte at å snakke om egne erfaringer fra tjenesten krevde enn viss modenhet. Deltakerne var derfor over 15 år. Sensitive opplysninger vil ikke komme frem i studien, og jeg trengte derfor ikke samtykkeerklæring fra foreldrene. Dette var viktig for meg, da skolehelsetjenesten nettopp er en tjeneste hvor det legges stor vekt på tillit og anonymitet, og at ungdommen er fritatt fra innblanding av foreldrene.

Kapittel 4. Presentasjon av funn

Analysearbeidet ledet meg som tidligere nevnt til tre hovedkategorier, med til sammen ni underkategorier som var ment til å utdype og tydeliggjøre temaene i hovedkategoriene. Første hovedkategori ble «**Barrierer ved å ta kontakt**», med underkategoriene «*Lite informasjon*», «*Begrenset tilgjengelighet*», «*Sårbarhet*» og «*Skam*». Andre hovedkategori ble «**Positiv relasjon til helsesøster**», med underkategoriene «*Nøytralitet og konfidensialitet*», «*Kompetanse*», og «*Anerkjennelse*», mens tredje hovedkategori ble «**Betydningen av hjelpen**», med underkategoriene «*Å oppleve kontroll*» og «*Motivasjon*». Kategoriene oppstod gjennom en åpen analyse, hvor jeg gikk gjennom intervjuene systematisk og grundig, og forsøkte å finne hva ungdommenes uttalelser *fortalte*. Hovedkategoriene danner grunnlag for hvor jeg mener tyngden i funnene ligger, da dette var temaer ungdommene uttalte seg mye om, og som tredde frem som viktige for dem. Studiens 3 hovedkategorier vil dermed være relevante knyttet opp mot studiens problemstilling:

- *Hva er ungdoms erfaringer og behov i møte med skolehelsetjenesten?*
- *Hvordan kan kunnskap om ungdoms erfaringer og behov bidra til å heve kvaliteten av skolehelsetjenesten?*

Jeg har valgt å omtale intervjudeltakerne som ungdommene. Da noen ungdommer har benyttet seg av helsesøster og andre rådgiver, har jeg videre valgt å bruke begrepet *helsesøster* som fellesbetegnelse for å være sikker på å sikre anonymiteten til de aktuelle personene. Uttalelsene kommer fra det transkriberte datamaterialet, og uttalelsene er ikke fordelt likt mellom ungdommene. Da enkelte ungdommer var tydeligere i formuleringene og ga bedre beskrivelser av essensen i funnene, vil uttalelser fra enkelte ungdommer bli referert til oftere enn andre. Ungdommene er anonymisert med fiktive navn.

4.1 Barrierer ved å ta kontakt

Denne hovedkategorien beskriver barrierer og utfordringer ungdommen opplevde i møte med skolehelsetjenesten. Etter hvert som hovedkategorien tok form ble det klart for meg at den sto i overensstemmelse med tidligere forskning, hvor blant annet Barneombudets fagrapport (2013) konkluderer med at skolehelsetjenesten er grovt underprioritert og at ungdommen ofte møter stengte dører. Ungdommenes uttalelser vil bli lagt frem i underkategoriene «*Lite informasjon*», «*Begrenset tilgjengelighet*», «*Skam*» og «*Sårbarhet*», da jeg mener disse representere hovedvekten av deres uttalelser.

4.1.1 Lite informasjon

Nesten alle ungdommene nevner at de ved skolestart fikk en presentasjon av helsesøster og skolehelsetjenestens tilbud, og at dette var noe de satt pris på. Eksempelvis ble det sagt:

Silje: En av de første dagene kom helsesøster å pratet om seg. Det synes jeg var fint.

Martin: De gikk rundt i klasserommene når vi starta, så jeg visste jo litt hva det gikk ut på.

Allikevel viser uttalelsene også at flere av ungdommene tilsynelatende ikke opplever informasjonen som god nok.

Ida: Jeg synes det har vært lite informasjon om tjenesten, i hvert fall er det sånn jeg føler det. Det henger jo lapp oppe og sånn, men allikevel da.

Kristin: Jeg hadde nok et litt feil bilde av henne. Alltid den som tok sprøyter på barneskolen og sånne ting. Trodde mest man kunne hente ting og sånt, ikke komme dit å prate liksom.

Maria: Jeg visste ikke hvor helsesøster var før han tok meg dit. Alle burde vite hvor hun er. Det står sikkert på hjemmesiden da, men det burde vært litt mer synlig.

Uttalelsen til Kristin viser nettopp et bilde på hvorfor det er viktig med god informasjon om skolehelsetjenesten, da helsesøsters rolle for noen kun forbindes med medisinske forhold. I Barneombudets fagrapport (2013) fant de også at barn og unge etterlyste mer informasjon, og anbefaler derfor i sin rapport at skolehelsetjenesten aktivt bør oppsøke barn og unge å informere om tjenestetilbudet. Ønsket om mer informasjon og synlighet i tjenesten, er dermed i tråd med ungdommenes uttalelser i min studie.

4.1.2 Tilgjengelighet

Tilgjengelighet i form av hvor ofte helsesøster er tilstede, og hvordan dette påvirket ungdommene, var et tema alle ungdommene uttrykte seg mye om. Det som gikk igjen, var ønsket om en mer tilgjengelig og tilstedeværende helsesøster. Ungdommene ga uttrykk for et stort behov for flere helsesøstre i skolen, da de opplevde stor pågang på helsesøsters kontor. Alle opplevde å ha blitt forstyrret under møte med helsesøster ved at andre ungdommer banket på og ønsket time. Opplevelsen av tilgjengelighet kom til uttrykk blant uttalelser som:

Ida: Jeg er heldig og har faste timer, men jeg kjenner mange som kommer dit, og så må de vente mange timer på en måte, og så er liksom skoledagen over da. Det sier jo helsesøster også, at det er skikkelig mye og gjøre og skikkelig mye forskjellig.

Kristin: Hun er veldig imøtekommende og ikke dømmende, men samtidig får jeg følelsen av at hun har dårlig tid. Ikke for å få meg ut liksom, men på slaget når vi er ferdige venter andre på ny time. De har nok travle dager. Alltid når jeg er der så kommer det andre innom.

Nina: Det er veldig kjekt å ha helsesøstrene her. Jeg skulle ønske de var her mer.

Stian: Jeg synes det er litt vanskelig å få kontakt med helsesøster når man bare kan innom henne på tirsdag eller fredag, når det er noe som er veldig ekspress, men jeg forstår det jo da.

Uttalelsene ovenfor kan vise til at flere ungdom trenger hjelp enn det helsesøster har tid til å hjelpe. Dette vil trolig være en belastning for helsesøster, men også for ungdommen selv, som kan oppleve at det ikke alltid er lett å få kontakt når det trengs. Det virker som at ungdommene stort sett opplever møtet med helsesøster som godt, men at kvaliteten av tilbudet reduseres på grunn av helsesøsters knappe tid. De uttrykker forståelse for helsesøster situasjon, samtidig som de ønsker at helsesøster var mer tilgjengelig.

Hva ungdommene opplever som tilgjengelig er subjektivt, og det var noen forskjeller i forhold til hva som opplevdes som akseptabel ventetid. For eksempel ble det uttalt:

Martin: Så spurte hun når jeg ville komme igjen, og da var det sånn en uke til fjorten dager, og det er jo veldig bra.

Kari: Her er det sånn at når jeg først trenger hun så er hun opptatt, og det synes jeg er dårlig.

Flere av ungdommenes uttalelser kan tyde på at mange er fornøyde med oppfølgingen etter første samtale. Enkelte opplevde derimot å ikke være fornøyde, spesielt når det var snakk om å snakke med helsesøster uten avtalt time.

Tema som *alle* tok opp, var kontakten de hadde med helsesøster via meldinger og samtaler på telefon. Uttalelsene til ungdommene illustrerer at disse helsesøstrene bruker mobiltelefon som en aktiv del av kontakten. Videre viser uttalelsene at dette kan føre til at ungdommen opplever å bli sett og at helsesøster bryr seg:

Ida: Når jeg trenger en motivasjonsboost er det bare å ringe å snakke liksom, men jeg sier jo alltid unnskyld for at jeg ringte å sånt, men det virker som om det er greit at jeg gjør det.

Kristin: Hvis ikke hun er her, så har jeg ringt noen ganger. Til og med i jula som kanskje er den helligste dagen, så pratet vi sammen på meldinger. Så på den måten har hun vært tilgjengelig.

Martin: Jeg fikk meldinger om hvordan det gikk og påminnelse om timer. Det følte litt som å ha en ekstra venn, eller mor, som masa litt, og det var bra. I ettertid fikk jeg også meldinger for å dobbeltsjekke om jeg hadde det bra kanskje.

Stine: Hun sender ofte melding på mobilen om hvordan det går, og da føler jeg meg sett, hun bryr seg liksom, hvis ikke hadde jeg ikke gidde å tatt opp telefonen.

Flere av ungdommene uttrykker et behov for å oppleve skolehelsetjenesten som en «lavterskel» for å oppsøke hjelp. De ønsker seg en tjeneste hvor man kan komme uansett hva man sliter med, og at ingenting skal være for dumt å spørre om. Det ser videre ut til at de opplever skolehelsetjenesten som en viktig ressurs i skolen. Dette blir blant annet uttalt slik:

Ida: Skolen er liksom så sentral i hverdagen, så liksom at de har et ansvar da og prøver å følge med. For det er veldig dumt og det går over til neste nivå på en måte, at de ikke får stoppa det i begynnelsesfasen.

Beate: Skolen er et sted man må være og da kunne det å ha et godt tilbud hjelpe. Det er fint at det er så nært, at det skal være et lavterskeltilbud da, trenger ikke være så ille før en spør om hjelp liksom.

Martin: Tjenesten er alfa omega. Det viktigste er å jo forebyggende arbeid, men det går ikke alltid, og da er det superviktig at noen er der for å slukke brannene tidligst mulig.

Stine: At det på en måte er noen som alltid er der, uansett om det er en liten bagatell eller om det er større vansker i livet liksom.

Skolen er pliktig til å følge krav gjennom blant annet Opplæringsloven § 9a-4 (1998), som sier at «skolen skal drive et kontinuerlig og systematisk arbeid for å fremme helsen, miljøet og tryggheten til elevene (...)». Uttalelsene til ungdommene illustrerer nettopp hvor viktig dette arbeid er, og hvor viktig det er å ha en tjeneste som fanger opp og hjelper ungdom som har det vanskelig. At skolehelsetjenesten oppleves som en mer integrert del av skolen vil dermed trolig være av stor betydning for tilbudet.

4.1.3 Sårbarhet

Ungdom som oppsøker helsesøster er gjerne i en sårbar situasjon. Ungdommenes uttalelser viser at flere var bekymret før første møte, og at de fryktet å ikke bli tatt på alvor. Flere uttalte også at de var bekymret for at problemet deres ikke var viktig nok, eller at de var redd for å oppleve at helsesøster ville mene problemet var noe de burde klare å løse selv. I likhet med dette, legger artikkelen fra USA (Mills et.al, 2007), frem at barn og unge kan være bekymret for at problemet deres ikke er alvorlig nok til å kontakte tjenesten. Det som trer frem som sårbarhet hos ungdommene i denne studien støttes med andre ord i tidligere forskning.

Videre kom det første møtet med skolehelsetjenesten kommer frem som en bekymring hos flere:

Ida: Jeg var redd hun ikke skulle bry seg. At de ser på det som bare jobb og ikke noe mer.

Stine: Jeg vet om en del som velger å ikke oppsøke tjenesten fordi det er for tøft å ta det steget. De er kanskje redd for hvordan de blir møtt da, eller redd for å ikke bli tatt på alvor.

Martin: Først tenkte jeg nok at mitt problem ikke var stort nok til å gå å få hjelp, at det var så mange andre som trengte det mer enn meg.

Omtrent halvparten av ungdommene tok kontakt med tjenesten selv, mens resten ble rådet til å dra dit gjennom enten helsesøster selv, en lærer, venner og andre. Dette kom til uttrykk blant annet slik:

Line: Jeg tok kontakt selv, på bakgrunn av at jeg ble anbefalt det av noen som hadde brukt det tidligere.

Stine: Det var helsesøster som så at jeg ikke hadde det så bra, så hun tok kontakt med meg.

Maria: Det var læreren min som anbefalte at jeg skulle snakke med helsesøster, så det var liksom han som fikk meg i kontakt med henne.

Da ungdom som oppsøker tjenesten trolig er i en sårbar situasjon, kan det tenkes at terskelen for å søke hjelp er stor. Uttalelsene viser hvor viktig samarbeidet mellom skolen og skolehelsetjenesten kan være, da ansatte ved skolen ofte har relasjoner til elevene og på den måten lettere kan nå ungdommen.

4.1.4 Skam

Ønsket ungdommen uttrykker om en mer synlig tjeneste kan tyde på at de har behov for større åpenhet rundt det å oppsøke skolehelsetjenesten, og at det å ta kontakt skal være enkelt og uten preg av noe tabu. Evaluering av opptrappingsplanen viser at planen trolig har bidratt til økt fokus og åpenhet rundt psykisk helse, noe som kan føre til større aksept rundt temaet og dermed ha bidratt til den økende etterspørselen. Tross en trolig større åpenhet de siste 5-10 årene (Anderson & Steihaug, 2008), viser ungdommenes uttalelser i denne studien at vi kanskje ikke er i mål. Det å oppsøke hjelp kan fortsatt oppleves vanskelig for enkelte ungdommer.

Nina: De kunne vært litt mer synlige da, så man blir kjent med de og det blir litt mindre skummelt å ta kontakt. Det er jo ikke døds kult å komme til helsesøster, andre elver kan jo se deg. Det var litt ekkelt i starten bare, men noen syns det er ekkelt andre syns det er greit.

Stian: Jeg tror mange trenger å gå dit men vil ikke fordi det er nedtrykkende å svakt. Så mange burde kanskje gå dit men tørr kanskje ikke. Jeg har opplevd at folk se litt på meg når jeg kommer ut derfra, men jeg prøver å bare børste det av meg, for det er jo ikke noe farlig å gå til helsesøster.

Kristin: Og jeg var jo også vitne til en gutt som skulle gå inn der, men snudde når det kom noen imot. Og når de dro snudde han og gikk tilbake. Kanskje døra burde ligge litt mer skjult, men samtidig tilgjengelig liksom.

Martin: Det var jo litt ekkelt til å begynne med. For det er jo kanskje litt tabu knytta til området, og det er skummelt å ta steget over dørkarmen og sånt.

Kari: Det var ikke flaut å gå til helsesøster, sånn var det bare på ungdomskolen, her bryr ikke folk seg. Det er liksom åpenhet.

Ovenfor ser man at begge guttene opplever det litt vanskelig å ta første kontakt med helsesøster i frykt for hva andre tenker. Kristin forteller også om en gutt som tilsynelatende opplevde det som vanskelig å kontakte helsesøster. Uttalelsene illustrerer at det kan oppleves som en barriere for noen ungdom å vise at de sliter psykisk eller å innse at de har behov for hjelp. Det var kun to jenter som kom innpå dette tema. Det i seg selv, samt uttalelsene deres kan tyde på at det kan oppleves noe lettere for jenter å ta det første steget å kontakte helsesøster enn for gutter. Mine funn samsvarer her med Langaards (2011) og Jentofts (2005) studie, som begge viser til en større kulturell aksept for jenter å motta hjelp enn for gutter, og at gutter i mindre grad vil bli oppfattet som hjelpetrengende.

4.2 Positiv relasjon til helsesøster

Denne kategorien beskriver egenskaper ved helsesøster som ungdommen uttrykker at de setter pris på og syns er viktige i møtet helsesøster. Underkategoriene «Nøytralitet og konfidensialitet», «Kompetanse» og «Anerkjennelse» beskriver de egenskapene og de faktorene som ungdommene uttalte seg mest om og ga uttrykk for at var viktigst for dem.

4.2.1 Nøytralitet og konfidensialitet

Ungdommene uttrykker et behov for å ha en utenforstående med kompetanse og erfaring som de kan prate med. Foreldre og venner blir gjerne for nære, og besitter sjeldent den kunnskapen ungdommene trenger. Dette ble uttrykt blant annet slik:

Stian: Man kan jo ikke komme til venner å få en upartisk mening, det funker ikke. Så da var det jo veldig greit å ha en fagperson å snakke med.

Silje: Man kan liksom ikke fortelle alt til venner, eller man kan fortelle da, men de kan ikke hjelpe deg på samme måte som en fagperson.

Kari: Venner blir noe helt annet, for vi er like gamle, og mange har ikke opplevd det samme som jeg har gjort. Og en voksenperson vet mer om saker som er like, for eksempel vold og sånt da, og hvordan man opplever sånt.

Det å åpne seg opp for helsesøster kan ses på som en tillitserklæring. Det at de vet at helsesøster har taushetsplikt og at det de snakker om er konfidensielt, uttrykkes av flere som en annen viktig faktor ved tjenesten. Konfidensialiteten kan være viktig for å se på helsesøster som en nøytral person, hvor det som blir snakket om blir på kontoret. Dette ble blant annet uttrykt slik:

Ida: Jeg føler jeg kan stole på henne på en måte, for jeg gidder liksom ikke, ingen gidder å snakke med folk hvis man ikke stoler på dem liksom. Hadde jeg vært redd for at hun skulle sagt noe til kontaktlærer, foreldre, andre kolleger eller noe sånt, så tror jeg at da hadde jeg nok bare vært stille. Det tror jeg de fleste tenker og.

Line: Jeg kan være hundreprosent ærlig, og da er taushetsplikten viktig. Man kan si ting direkte, uansett hvor pinlig det er.

Nina: Hun har jo sagt ofte at hun har taushetsplikt og at det som snakkes om blir på kontoret. Og det har jeg jo lært etter hvert at stemmer. Og det er veldig viktig for meg.

Samtidig som ungdommen vil ha en helsesøster som viser at hun bryr seg, uttrykker de også at forholdet skal være profesjonelt:

Ida: Hun må være omsorgsfull men ikke for nær heller. Jeg hadde ikke likt om hun klemte meg. Når jeg er ferdig her så er jeg ferdig her liksom. Det er ikke sånn at vi hilser i gangen, det hadde vært kleint.

Kari: Det må være en avstand. Hun må kjenne min historie, men det skal ikke bli noe forhold, det skal være profesjonelt.

Line: Jeg har et godt forhold med de, ikke på en personlig måte, men at hun bryr seg, det er et klart skille mellom helsesøster og venner, og den rollen setter jeg pris på.

Det kan se ut til at de ønsker nærhet til helsesøster, samtidig som det skal være en avstand. Flere uttrykker et klart skille på den profesjonelles rolle i motsetning til en venn. Også Langaard (2011) og Olaisen (2007) fant i sine studier at ungdommen la vekt på nøytralitet og ønsket at de ansatte skulle opptre profesjonelt og ikke komme for nære, samtidig som de skulle vise omsorg.

4.2.2 Kompetanse

Det å snakke med noen med kompetanse på feltet var noe som ble uttrykt som viktig for ungdommene. Det at helsesøster er profesjonell i sitt fag og fremstår som tydelig, kan se ut til å virke trygt og beroligende for ungdommen. Noen uttalelser viste også at de satt pris på at helsesøster var ærlig og sa det hun mente. Her finner jeg likheter i Johannson og Ehnfors (2006) studie som viser at ungdommene setter pris på en ærlig helsesøster.

Ida: Jeg føler at hun har hørt det meste da, at hun er vant til å takle situasjoner.

Maria: Hun vet liksom hva hun skal svare når jeg spør (...) at hun liksom ikke er forsiktig. Eller hun må være rolig da, men det er veldig viktig at hun vet hva hun skal.

Kari: Hun må ikke være for dullete å si stakkars deg og sånn, må ha en som kan si at sånn og sånn må det bli.

Nina: Det er viktig at helsesøster kan faget sitt. Når min kunne masse om sorg (...) det var veldig godt og beroligende.

Under møte med helsesøster ga ungdommen også uttrykk for at det å bli lyttet til og få ta del i bestemmelser blant annet i forhold til hvordan samtalen skulle foregå var viktig. Det kan se ut til at det å ha et likeverdig forhold, å få råd samtidig som helsesøster fikk dem til å reflektere over situasjonen selv, var noe ungdommen satt pris på.

Beate: Jeg hadde elevsamtale med læreren, og snakka om min situasjon, og han synes jeg burde snakke med helsesøster. Jeg var ikke klar for å ta kontakt selv. Jeg ville liksom klare meg selv, helst ikke ha hjelp.

Stian: Jeg er jo en sånn person da som ikke liker å få hjelp og vil klare meg selv, så jeg vente jo med å få hjelp til jeg absolutt trengte det.

Kristin: Kommer hun med utsagn jeg er uenig i så diskuterer vi da. Og det er viktig, så hun ikke blir en maktperson, for da hadde det ikke vært like lett å åpne seg.

Martin: Jeg tror det var fint at hun tok det rolig og fulgte mine ønsker, samtidig som hun pusha.

Stine: Jeg fikk bestemme hva vi skulle snakke om, hvor fort vi skulle gå frem og hvor ofte jeg skulle komme, så det følte veldig greit. Hun gir meg aldri svarene men får meg til å tenke selv. Det likte jeg ikke først, men jeg tror liksom at jeg har utviklet meg på grunn av det da.

De to første uttalelsene kan vise at ungdommene vil ha kontroll over sitt eget liv, og at de ønsker å bestemme selv. Likevel hender det at man trenger hjelp, og det å gi fra seg noe av kontrollen å oppsøke hjelp kan oppleves som vanskelig. Videre viser uttalelsene at ungdommen setter pris på tid og rom til å reflektere, oppleve selvbestemmelse over sin situasjon, samtidig som helsesøster kommer med råd og veiledning. Deci og Ryan (1985) legger i betydningen av begrepet selvbestemmelse nettopp det at individet skal oppleve å ha reelle valg i forhold til egne handlinger. Selvbestemmelse er ifølge Deci og Ryan en forutsetning for indre motivasjon, noe som igjen kan vise til den store betydningen av at ungdommen opplever selvbestemmelse i møte med helsesøster for å føle motivasjon til å bedre sin situasjon.

4.2.3 Anerkjennelse

Gjennom intervjuene kom det tydelig frem at noe av det viktigste ved skolehelsetjenesten var å ha en voksenperson som bryr seg og er der for ungdommene. De uttrykker behovet for å bli møtt med en anerkjennende væremåte av helsesøster, ved å bli sett og bekreftet. Langaards (2011) studie viste i likhet med min, at noe av det viktigste for ungdommene i møte med skolehelsetjenesten var omsorg, og nettopp betydningen av å ha en voksenperson som bryr seg. Behovet for å bli møtt på denne måten uttrykkes blant annet som:

Ida: Det er viktig at de bryr seg. Sånn genuint liksom.

Kari: Det eneste jeg trenger er en å prate med. At de viser at de bryr seg når jeg prater.

Beate: Hun var veldig ivaretagende og viste omsorg, det er jo viktig at personen er akkurat det. Det å bli sett er viktig. For generelt i skolen så er det ikke så mye av det, og man kan fort bli glemt i mengden da.

Line: Hun kommer og spør hvordan jeg har det, det setter jeg stor pris på, deilig å ha en person som lar seg berøre av meg. Og at hun viser det med hele ansiktsuttrykket.

Stian: De er åpne og dømmer ikke. De bryr seg om meg og ikke hva mitt problem er.

Martin: Det at hun satt der og hadde lagt unna papirene på bordet og bare snudde seg mot meg og snakket med meg, det likte jeg.

Det kan tenkes at den omsorgsfulle rollen lærere på grunnskolen gjerne har, tilsynelatende kan bli mindre ved videregående skoler hvor elever og lærere har flere å forholde seg til. Beates uttalelse kan gi et bilde på at den emosjonelle støtten fortsatt er viktig for ungdom på videregående skole. Uttalelsene kan videre tyde på at det å bli *anerkjent* er av vel så stor verdi for ungdommen som selve innholdet i hjelpen. Som tidligere nevnt, viser også ungdommenes uttalelser en bekymring for å ikke bli tatt på alvor, og at nettopp det å ha en helsesøster som viser at hun bryr seg er viktig for at ungdommen skal oppleve en *godt* møte.

Noen av ungdommene hadde også negative erfaringer fra møtet med skolehelsetjenesten:

Kari: Nesten hver gang banker andre på døra, og helsesøster blir stressa, begynner å se på klokka og er ikke helt tilstede når jeg prater men henne. Og da føles det ikke noe vits, for hun har aldri tid, hun er liksom alle andre steder når jeg er der liksom. Jeg skjønner at de har mye å gjøre, men da burde de ha flere på jobb her.

Ida: Jeg synes det er viktig at helsesøster er på vårt nivå, at de ikke er nedlatende eller bare kikker på deg og sier «javel». Jeg vet om noen som har opplevd det.

Line: De jeg var hos på tidligere skoler følte jeg ga meg opp, akkurat som om jeg ikke ble tatt seriøst. Det er det verste. Jeg følte liksom, skal jeg gidde å gå opp til henne.

Stine: Jeg ble møtt med å bli tatt på alvor. Jeg har snakka med andre tidligere hvor jeg følte at jeg ikke ble tatt på alvor, så det var en ny opplevelse for meg.

Kristin: Hun har alltid dårlig tid, og viser at hun ikke har tid, så da viser hun at min sak ikke er viktig på en måte. Så jeg orket ikke gå til henne lenger egentlig.

Det kan se ut til at når ungdommene i møte med helsesøster ikke opplever møtet som noe positivt, handler det om opplevelsen av å ikke bli møtt med en anerkjennende væremåte. Uttalelsene deres viser til egne eller venners opplevelser av at helsesøster ikke genuin bryr seg, at de ikke ble tatt på alvor, og at de opplevde at hun ikke viste forståelse for deres situasjon. Hvordan ungdommen blir møtt har videre trolig mye å si for hvordan tilliten og tiltroen til tjenesten utvikler seg. I masteroppgaven *Tillitsfulle stemmer* (Jentoft, 2005), finner Jentoft at ungdommen ofte har en umiddelbar tillit til tjenesten, men at tilliten er sårbar. Et disharmonisk møte kan føre til mistillit til tjenesten og gi følelser som maktløshet og håpløshet (Jentoft, 2005). Dette kan også ses i likhet med mine funn, hvor enkelte hadde opplevelser som gjorde dem usikre på om de ville benytte seg av tjenesten igjen.

4.3 Betydningen av hjelpen

Veileder i psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene (2007) definerer psykisk helse som «*utvikling av og evne til å mestre tanker, følelser, atferd og hverdagens krav i forhold til ulike livsaspekter*». Hovedkategorien «*Betydningen av hjelpen*» tar for seg nettopp hvordan ungdommen opplever at skolehelsetjenesten har hjulpet dem med å føle at de *mestrer* livet bedre. Underkategoriene «*Å oppleve kontroll*», og «*Motivasjon*», er temaer ungdommen la vekt på, og som jeg mener danner grunnlaget for hovedkategorien.

4.3.1 Å oppleve kontroll

I tidligere teorikapittel viser jeg til undersøkelser (Nova, 10/14; Nova, 2/14) som mener vi har med en stressende ungdom å gjøre. Uttalelsene til ungdommene kan tyde på nettopp dette, da opp mot alle uttrykte at det å få hjelp til å strukturere tanker, se utfordringer i andre perspektiver og få kontroll på livet var en hjelp som hadde vært viktig for dem.

Stian: Jeg har fått redskaper til å tenke bedre i hverdagen.

Nina: Jeg var like før å droppe ut. Men jeg fikk skikkelig hjelp til å legge planer også videre, og forandre tankesettet mitt.

Kristin: Hun har hjulpet meg å sortere og rydde opp. For når alt blir rot og kaos da blir alt etter også kaos. Hjelpen har fått meg i å se ting fra en annen vinkel.

Martin: Hun hjalp meg med å strukturere hverdagen og beherske det å få bort alle andre tanker som var der.

Uttalelsene kan tyde på at ungdom som oppsøker tjenesten ofte trenger hjelp til å vite hvordan de skal håndtere utfordringene sine. Her finner jeg igjen likheter i Langaards (2011) funn, hvor hun viser til at den profesjonelles rolle ofte handler om å hjelpe ungdom med å få tilbake kontrollen. Som tidligere vist vil trolig en helsesøster med en anerkjennende væremåte bidra til en positiv relasjon, som igjen kan gjøre det enklere for den profesjonelle og ungdommen å jobbe sammen om utfordringene.

4.3.2 Motivasjon

Hjelpen ungdommen har mottatt gjennom skolehelsetjenesten kommer frem som svært betydningsfull blant *alle*. Det ser ut til at for disse ungdommene har tjenesten hatt en klar positiv effekt i forhold til hvordan situasjonen var før de kontaktet helsesøster:

Maria: Jeg kjenner en som har vært der mye. Hun hadde nok ikke klart seg på skolen alle åra om ikke helsesøster hadde vært der. Jeg klarer nå bedre å konsentrere meg på skolen, er i bedre humør og sånt generelt egentlig.

Stine: Hjelpen har liksom forandra livet mitt da, hadde det ikke vært for henne så er det ikke sikkert ting hadde vært sånn det er i dag. Hun har liksom vært den ene viktige voksne for meg da.

Stian: Jeg føler virkelig at hvis jeg ikke hadde fått tak i helsesøster og fått videre den hjelpa jeg trengte, så hadde jeg hatt det mye verre enn jeg har i dag.

Kari: Hadde ikke tjenesten vært der, så hadde jeg ikke klart meg. I alle fall ikke gjennom ungdomsskolen.

Martin: Jeg kunne ikke gått så mye lenger sånn jeg hadde det, jeg var veldig heldig som fikk hjelp såpass fort, før kurven gikk nedover.

Ida: Det høres kanskje lit klisjeaktig ut, men jeg føler jo på en måte at hun forbedrer versjonen av meg selv.

Uttalelsene ovenfor viser at ungdommene uttrykker tjenesten som avgjørende for hvordan de har det nå, og at samtaler med helsesøster kan ha hjulpet dem ut eller på vei ut av en vond sirkel. Det kan også se ut til at hjelpen for enkelte har hatt en forebyggende effekt i forhold til hvordan de tenker situasjonen hadde vært om de ikke hadde fått hjelp. Uttalelsene illustrerer også hvor *viktig* skolehelsetjenesten kan være for ungdom som har psykiske vansker eller er i en sårbar situasjon. Det kan se ut til at hjelpen, gjennom blant annet å bli sett og bekreftet, og å oppleve selvbestemmelse og kontroll over eget liv, har gitt en følelse av mestring og motivasjon til å håndtere sine utfordringer.

4.4 Oppsummering

Jeg har i kapittel 4 presentert funnene gjennom hovedkategoriene «*Barrierer ved å ta kontakt*», «*Positiv relasjon til helsesøster*» og «*Betydningen av hjelpen*».

«*Barrierer ved å ta kontakt*» belyste jeg gjennom underkategoriene «*Informasjon*», «*Tilgjengelighet*», «*Skam*» og «*Sårbarhet*». Funnene kan vise at selv om ungdommene blir

presentert for skolehelsetjenesten ved skolestart, oppfattes ikke informasjonen som god *nok*. Dette er også i tråd med undersøkelsene fra Barneombudets fagrapport (2013) som viser at elevene ønsket mer informasjon om tjenesten og større deltakelse av helsesøster i elevmiljøet. Videre uttrykker ungdommen at de opplever en travel helsesøster. Det kan se ut til at ungdommen opplever at kvaliteten av tjenesten blir noe redusert på grunn av opplevelsen av en lite tilgjengelig tjeneste. Lite ressurser er trolig utfordrende for helsesøstrene, men også for ungdommen som kan føle at deres problemer ikke er store nok for å ta opp helsesøsters tid. De uttrykker også ønsket om at tjenesten nettopp skal være et *lavterskeltilbud*, og at ingen problemer skal være for små til kontakte tjenesten. Videre kommer det frem at flere av helsesøstrene i denne studien bruker mobiltelefon som en aktiv del av kontakten til ungdommene. Gjennom meldinger eller samtaler på mobil får de påminnelser om time, og spørsmål om hvordan de har det. Uttalelser viser her at dette kan bidra til at ungdommene opplever at helsesøster ser dem og bryr seg om dem. Videre ser det ut til at en barriere ved å ta kontakt med helsesøster er bekymringen for å ikke bli tatt på alvor. De uttrykker et behov for aksept, uansett hvilke problemer de sliter med. Her viser riktignok flere av ungdommene til opplevelser av at de ble tatt *mer* på alvor enn hva de hadde fryktet. Steget det kan være å oppsøke hjelp ser ut i fra uttalelsene som om kan være utfordrende for noen, med tanke på at psykiske vansker kan oppleves tabubelagt. I en sårbar situasjon kan det i seg selv være tøft å kontakte tjenesten, og det kom frem at omtrent halvparten av ungdommene ikke tok kontakt før de ble *rådet* til å kontakte helsesøster gjennom lærer, venner eller helsesøster selv. Dette kan igjen tyde på at et nært samarbeid med skolen og skolehelsetjenesten er hensiktsmessig.

Hovedkategorien «**Positiv relasjon til helsesøster**» beskriver egenskaper ved helsesøster som ungdommene uttrykker at de setter pris på og opplever som viktig i møtet tjenesten. Dette blir belyst gjennom underkategoriene «*Nøytralitet og konfidensialitet*», «*Kompetanse*» og «*Annerkjennelse*». For at ungdommene skal oppleve et godt møte med helsesøster uttrykker de som kanskje viktigst, behovet for å bli møtt med en anerkjennende væremåte gjennom å bli sett, bekreftet og at helsesøster viser at hun bryr seg. Opplevelsen av dårlige møter uttrykkes tilsynelatende som å ikke bli møtt med anerkjennelse. Slike følelser bidrar trolig til at ungdommen kan miste tro på og tillitt til at tjenesten kan hjelpe, noe Jentoft (2005) også viser til.

Nøytralitet kommer også frem som viktig, da ungdommen legger vekt på at de ønsker både nærhet og avstand i relasjon med helsesøster. Dette kan tyde på at den genuine omsorgen er viktig, samtidig som at forholdet skal være profesjonelt, og noe annet enn et venneforhold.

Videre legger de vekt på at hun må ha god kompetanse og vite hva hun snakker om, og at møtet mellom helsesøster og ungdommen bør preges av likeverd. Uttalelsene viser at de ønsker råd og veiledning, samtidig som de ønsker tid og rom til refleksjon. Det kommer også frem at ungdommen ønsker en helsesøster som er ærlig og tørr si hva hun mener. Her fant jeg likheter i Johannson og Ehnfors (2006) studie. Ungdommen uttrykker også konfidensialitet som betydningsfull faktor for å kontakte tjenesten og tørre å åpne seg opp for helsesøster.

Kategorien «**Betydningen av tjenesten**» beskriver hva hjelpen gjennom skolehelsetjenesten har betydd for ungdommene i studien. Dette presenteres nærmere gjennom underkategoriene «Å oppleve kontroll» og «Motivasjon». Ungdommenes uttalelser viser at det da å få hjelp til å strukturere hverdagen og egne tanker kommer frem som en viktig del av hjelpen. Videre uttrykker alle at hjelpen de har fått gjennom skolehelsetjenesten har vært av stor betydning for deres nåværende psykiske helse. Det kan se ut til at hjelpen, i form av blant annet å bli møtt med en anerkjennende væremåte, og å oppleve selvbestemmelse og kontroll over eget liv, har bidratt til følelsen av mestring og motivasjon til å håndtere utfordringene de sto ovenfor.

Kapittel 5. Drøfting av funn

5.1 Innledning

Formålet med denne studien var å belyse ungdoms erfaringer og behov knyttet til hjelpen de har fått gjennom skolehelsetjenesten vedrørende sin psykisk helse. Jeg ønsket å fremme ungdommens stemmer, da ungdom som brukere av tjenesten kan besitte nyttig kunnskap om hva som kan danne grunnlag for å forbedre skolehelsetjenestens arbeid. Studiens problemstilling er som følger:

- *Hva er ungdoms erfaringer og behov i møte med skolehelsetjenesten?*
- *Hvordan kan kunnskap om ungdoms erfaringer og behov bidra til å heve kvaliteten av skolehelsetjenesten?*

I forrige kapittel presenterte jeg studiens funn gjennom ungdommenes uttalelser fra intervjuene. Gjennom induktiv analyse ble funnene delt opp i ulike kategorier. Det ble klart for meg at funnene fra intervjuene gjenspeilet store deler av teorigrunnet i studien. Det ble derfor naturlig å velge en deduktiv tilnærming til drøftingen, der jeg forsøkte å belyse og forstå funnene i lys av studiens teorikapittel. Jeg valgte å ta utgangspunkt i Deci og Ryans (1985) motivasjonsteori, da temaene tilhørighet, kompetanse og selvbestemmelse utmerket seg som viktige for ungdommen i møte med skolehelsetjenesten. Temaene vil bli drøftet opp mot studiens teorikapittel, og hvilke rammebetingelser som må til for at disse faktorene er tilstede i skolehelsetjenesten og i møte med helsesøster.

Som det kommer frem i metodekapittelet reflekterer jeg med et kritisk blikk over egen subjektivitet og hvordan denne kan påvirke både intervjusituasjonen, analysen og tolkning av funnene. Da jeg har intervjuet 11 ungdommer, vil mine funn gjenspeile erfaringene til akkurat disse 11. Jeg kan dermed ikke vite hvordan mine funn ville sett ut om jeg hadde intervjuet 11 andre ungdommer. Selv om studiens funn har vist seg å harmonere og støttes opp av teori og annen forskning, ser jeg likevel verdien i at funnene undersøkes nærmere, både ved fremtidig kvalitativ og kvantitativ forskning. Det er først da jeg kan se om studiens funn kan vise til generelle mønstre av ungdoms erfaringer og behov i møte med skolehelsetjenesten. Gjennom den avsluttende drøftingen er allikevel målet å løfte frem ny innsikt om ungdommenes erfaringer og behov i møte med skolehelsetjenesten, og hvilke faktorer som støtter opp om deres tro på å mestre sine liv, slik det tredde frem gjennom uttalelsene fra de 11 ungdommene studien omhandlet.

5.2 Sårbarhet

Ungdommenes uttalelser ga viktig innsikt i hvor vanskelig det kan være for ungdom i en sårbar situasjon å kontakte helsesøster. Ungdommenes sårbarhet presenteres som første tema, da denne sårbarheten kan danne grunnlag for å løfte frem verdifull kunnskap om hvilke behov ungdom har i møte med helsesøster og skolehelsetjenesten.

Både i forskning og nyhetsbildet (Bøe, 2014; Barneombudet, 2013; Helsedirektoratet, 2013) vises det til et gap mellom skolehelsetjenestens oppgaver, tid og ressurser de har til rådighet. Omtrent alle ungdommene i denne studien forteller om opplevelser hvor de har blitt forstyrret av at andre har banket på under samtale med helsesøster, eller at de selv ikke har fått tak i helsesøster og opplever henne som stadig opptatt. Det å ta første kontakt med helsesøster uttrykkes av enkelte ungdommer som en bekymring. Da ungdommen er i en sårbar situasjon, og enkelte kanskje endelig har våget å banke på helsesøsters dør, kan det tenkes at den stengte døra kan gjøre det vanskeligere å prøve igjen. Uttalelsene kan tyde på at noen, og i størst grad gutter, kan føle det som et nederlag å oppsøke hjelp for sine psykiske utfordringer. Her finner jeg blant annet likheter fra Langaards (2011) og Jentofts (2005) studier, som og fant at gutter opplever det som vanskeligere å kontakte skolehelsetjenesten. Langaards (2011) studie viser videre at jenter kan oppleve det som lettere å snakke om følelser, mens det forventes at gutter skal være mer selvhjulpne. I min studie intervjuet jeg 9 jenter og 2 gutter. Det at jeg opplevde det som vanskeligere å finne gutter som hadde benyttet seg av tjenesten, kan nettopp forstås i lys av Langaards funn.

Videre er de ansatte i skolehelsetjenesten i hovedvekt kvinner. Betyr det at tjenesten har en mer feminin profil? I min studie kom det ikke frem om guttene hadde behov for en mer mannlig profil av tjenesten, eller ønsket om å ha noen mannlige å identifisere seg med. Da ingen tok dette opp, kan det på den ene siden tolkes som at om helsesøster er kvinne eller mann ikke er av den største betydningen for hjelpen. På den andre siden kan dette forstås som at guttene ikke kommer på å nevne dette, fordi den tradisjonelle oppfatningen av skolehelsetjenesten er at det er en *helsesøster* som er ansatt der, altså en kvinne. Om det faktisk er slik at gutter har et behov for en mer maskulin profil på skolehelsetjenesten, kan være interessant å studere i fremtidige studier.

Mine funn viser også at enkelte var bekymret for at problemet deres ikke var alvorlig nok til å kontakte tjenesten, eller at de var bekymret for hva andre ville tenke. Her fant jeg samsvar fra en studie fra USA (Mills et.al, 2007), der det går frem at noen ungdommer unnlater å oppsøke

hjelp fordi de er redd problemet deres ikke er alvorlig nok. Dette bekreftes i min studie når ungdommene uttrykker et ønske om at ingenting skal være for dumt å spørre om, og at tjenesten nettopp skal oppleves som en lavterskel i form av hva man kan henvende seg om. Her fant jeg også likheter med Bratlies (2012) artikkel «*Veien blir til mens vi går. Utvikling av helsestasjon for ungdom i et helhetlig og tverrfaglig perspektiv*». Bratlie har lang erfaring fra helsestasjonen og skolehelsetjenesten, og beskriver i artikkelen sin faglige utvikling og engasjement i prosjektet Team Lavterskel. Dette prosjektet hadde som mål å videreutvikle skolehelsetjenestene i Oslo. I artikkelen nevner hun nettopp at ungdom kan føle seg usikre og skamfulle i møte med helsesøster, da de er redd for hvordan de vil bli tatt imot. Videre mener hun at ungdom må oppleve at helsesøster «tåler» deres historie, for at tillit kan skapes (Bratlie, 2012). Dette kan tolkes som at respekt og aksept i møte med ungdommene er av stor betydning for at de skal våge å åpne seg for helsesøster.

Videre har trolig Opptrappingsplanen gitt tema psykisk helse større aksept og åpenhet enn det var for 5-10 år siden (Anderson & Steihaug, 2008), samtidig som ungdommenes uttalelser fra denne studien kan vise at vi fortsatt ikke er i mål. Hva skal så til for at *alle* ungdommer skal tørre å oppsøke hjelp når de har behov?

Solberg regjeringen har stort fokus på barn og unges psykiske helse, og har foreslått ytterligere bevilgning fra statsbudsjettet til helsestasjonene og skolehelsetjenestene (St.meld. nr. 2 (2014-2015)). Psykisk helse er også satt på dagsorden i stortingsmeldinger, forordninger og nasjonale undersøkelser (St.meld. nr. 34 (2012-2013); Sosial- og helsedirektoratet, 2007; Barneombudet, 2013; St.prp.nr 63, 1998). Den årlige Verdensdagen for psykisk helse i regi av Helsedirektoratet og interesseorganisasjonen Mental Helse, er også med på å bidra mot en større åpenhet (Verdensdagen for psykisk helse, 2015). Mediene har bidratt til å sette tabubelagte temaer på dagsorden, og man hører oftere om enkeltpersoner som «står frem». Med dette kan det se ut til at samfunnet er på rett vei i arbeidet mot større åpenhet og aksept rundt temaet psykisk helse.

Flere av ungdommene i denne studien uttaler at de visste lite om tjenesten før de tok kontakt, både i forhold til hvor helsesøster befant seg, og hva hun kunne hjelpe med. Med dette kan det se ut til at en synlig tjeneste med god informasjon bør ligge til grunn for at det skal være enklere og mindre skummelt å henvende seg til skolehelsetjenesten. Dette kommer også frem som forslag fra Barneombudets fagrapport (Barneombudet, 2013), hvor de i rapporten anbefaler at tjenesten aktivt må oppsøke barn og unge og informere om tjenestetilbudet,

meldeplikt og taushetsplikt. Videre kan hyppigere informasjon om hva skolehelsetjenesten har å tilby trolig bidra til å redusere fordommene ungdom kan ha om tjenesten. På den måten kan flere bli trygge på at man kan henvende seg til helsesøster uansett hvor liten eller stor utfordring en sliter med, og at man ikke nødvendigvis trenger å ha store psykiske problemer for å oppsøke hjelp. Da forebygging av psykisk helse er blant regjeringens satsningsområder kan dette ses på som et paradoks med tanke på den tilsynelatende mangelfulle markedsføringen av skolehelsetjenesten. Ungdommene i denne studien etterspør nettopp ytterligere informasjon og ønsket om en mer synlig skolehelsetjeneste.

Videre er skolen en arena barn og unge tilbringer store deler av tiden sin, og kan dermed ha stor betydning for deres holdninger rundt temaet, og være av betydning for deres egen psykisk helse. Da rapporter og undersøkelser (Folkehelseinstituttet, 2014; NOVA rapport, 10/14) viser at mange barn og unge sliter med psykiske helse utfordringer, bør forebygging av negativ utvikling være et større satsingsområde i skolen. Skolehelsetjenesten kan i samarbeid med skolen jobbe mot et godt psykososialt miljø, og være et sikkerhetsnett for ungdom som møter utfordringer. Kanskje bør psykisk helse som tema inn på timeplanen? Og kanskje bør samarbeidet med skolen og skolehelsetjenesten bli tettere, slik at ungdommene opplever at skolehelsetjenesten er en naturlig og integrert del av skolen?

Skoleprogrammet «*Psykisk helse i skolen*» er et eksempel på et prosjekt som gir skolene mulighet til å innføre psykisk helse på timeplanen, og enkelte skoler har gjort nettopp det.

Programmene er et samarbeid mellom Barne- og familiedepartementet,

Utdanningsdirektoratet, Sosial- og helsedirektoratet og fem ulike organisasjoner.

Programmene har blant annet fokus på elevenes psykososiale miljø, hvordan elevene selv kan ta vare på sin psykiske helse, og hvordan lærerne gjennom bedre forståelse av psykisk helse kan hjelpe elevene. Alle programmene oppfordrer til samarbeid mellom skolen og skolehelsetjenesten. Prosjektet er en nasjonal skolesatsing (2004-2008), og alle skoler skal få et gratis tilbud om opplæringsprogrammene (Helsedirektoratet, *Psykisk helse 1999-2008. Psykisk helse i skolen*, 2015).

På den ene siden vil slike tiltak trolig kreve tid, ressurser og engasjement fra lærerne. Sett i et forebyggende perspektiv kan slike tiltak på en annen side være av stor betydning i arbeidet med å fremme en god psykisk helse blant elevene. Gjennom ungdommenes uttalelser trer det frem at det å få hjelp til sine psykiske utfordringer kan bidra til å gi dem en opplevelse av bedre livskvalitet. En av ungdommene i denne studien uttaler for eksempel «*Jeg klarer nå*

bedre å konsentrere meg på skolen». Dette kan videre settes i sammenheng med at en dårlig psykisk helse kan gå utover skoleprestasjoner. Dette bekreftes blant annet av rapporten «*Sammenhengen mellom psykisk helse, skolemiljø, skoletrivsel og skoleprestasjoner*» som viser til at elever med lav tilfredshet vil ha en økt risiko for svake skoleprestasjoner (Samdal, 2009). Med dette kan «*Psykisk helse i skolen*», der psykisk helse inngår som et eget fag på timeplanen, ses på som like viktig som andre fag i skolen, da livsmestring også kan være av betydning for skoleprestasjoner.

Det å være i en sårbar situasjon eller ha psykiske vansker, *kan* ses på som det motsatte av følelsen av å mestre livet. Flere offentlige føringer (Helsedepartementet, 2003; St.meld. 34 (2012-2013)) utpeker nettopp mestring av livet som hovedmål i arbeidet med barn og unges psykiske helse. Videre vil jeg derfor ta utgangspunkt i Deci og Ryan motivasjonsteori og drøfte begrepene tilhørighet, kompetanse og selvbestemmelse. Disse utpekte seg som viktige faktorer for ungdommene i møte med skolehelsetjenesten, og kan dermed ses på som viktige faktorer i arbeidet mot følelsen av å mestre livet.

5.3 Deci og Ryans Motivasjonsteori

Som tidligere beskrevet handler Deci og Ryans motivasjonsteori om indre og ytre motivasjon. Om de grunnleggende behovene tilhørighet, kompetanse og selvbestemmelse er tilfredsstilt, vil dette gi betingelser for indre motivasjon, som handler å gjøre en aktivitet på grunn av interesse for selve aktiviteten. Om behovene derimot ikke er tilfredsstilt, vil ikke indre motivasjon oppstå, noe som igjen kan gi negativ påvirkning på mental helse og velvære (Deci & Ryan, 2000).

5.3.1 Tilhørighet

Deci og Ryan (2000) forklarer altså indre motivert atferd som i hvilken grad grunnleggende psykologiske behov er tilfredsstilt. De mener tilhørighet er et av de grunnleggende behovene, og at det blant annet handler om å føle seg akseptert og verdsatt.

Ungdommene i denne studien ga nettopp uttrykk for behovet for tilhørighet i møte med skolehelsetjenesten og helsesøster. Det kom frem at noe av det aller viktigste ved hjelpen var å ha en voksen å snakke med som bryr seg og tar ungdommen på alvor. De uttrykket et behov for å bli anerkjent av den profesjonelle. Noen ga også uttrykk for at helsesøster hadde vært

blant de viktigste personene i den sårbare fasen, og var av størst betydning for at de hadde det bedre nå. Både funn fra Langaard (2011), Johannson og Ehnfors (2006) og Olaisen (2007) understøtter dette, når de viser til at omsorg er en viktig del av hjelpen for ungdom.

Det å bli sett og føle tilhørighet kom blant annet til uttrykk fra en av ungdommene i studien på denne måten: «*Det å bli sett er viktig. For generelt i skolen så er det ikke så mye av det, og man kan fort bli glemt i mengden*».

Det kan tenkes at på videregående skoler blir elever i større grad overlatt til seg selv i forhold til blant annet personlige problemer, forhold i skolemiljøet eller arbeidspress. Da tilhørighet i følge Deci og Ryan er av betydning for indre motivasjon, kan det tenkes at følelsen av å ikke bli sett og ikke oppleve støtte bidrar til mindre følelse av mestring av situasjonen de befinner seg i. For å kunne forstå betydningen av ungdommenes opplevelse av tilhørighet bedre, utvidet jeg mitt litteratursøk i studiens avsluttende fase. En studie om lærer-elev-relasjonen og betydningen denne relasjonen har for elevenes motivasjon og læring (Federici & Skaalvik, 2013), viste seg spesielt interessant. Federici og Skaalvik fant at elevenes opplevelse av støtte fra læreren, og følelsen av tilhørighet til skolemiljøet, synker i takt med alderen. Det vises videre til forskning som sier at emosjonell støtte, i form av omsorg og respekt, fremmer læring og trivsel i skolen. Uttalelsene fra ungdommene i min studie, viser det at «å ha noen som bryr seg», er av stor betydning for å hjelpe dem ut av en vond sirkel og muligens forhindre at utfordringene utvikler seg til større psykiske vansker.

Rammebetingelser for tilhørighet

Hvordan kan så helsesøster bidra til at ungdom får oppleve tilhørighet til skolen og til helsesøster selv? For det første må helsesøstrene ha tid til ungdommene. Det er anslått at skolehelsetjenesten mangler om lag 1500 årsverk for å kunne klare å utføre alle de oppgavene de er satt til å utføre (Helsedirektoratet, 2010). Mediene (Bøe, 2014) viser også et bilde på at helsesøstrenes tid og ressurser ikke strekker til. Ungdommene selv uttrykker et sterkt ønske om flere ressurser til tjenesten, slik at helsesøster blir mer tilgjengelig. Viktigheten av en tilgjengelig skolehelsetjeneste kan blant annet støttes opp mot Olaisens (2007) og Johannson og Ehnfors (2006) studier, som fant at en tjeneste med god tilgjengelighet nettopp gjorde det lettere for ungdommene å oppsøke helsesøster. Da flere av ungdommene ikke opplever en fullt tilgjengelig helsesøster, kan det videre antas at det finnes mørketall i forhold til hvor mange som oppsøker helsesøster og hvor mange som *ønsker* å oppsøke helsesøster. Basert på

funn i denne studien det se ut til at økt tilgjengelighet i skolehelsetjenesten kan føre til en sterkere opplevelse av tilhørighet til helsesøster og skolehelsetjenesten for ungdommene. Videre, i et forebyggende perspektiv, kan en tilgjengelig skolehelsetjeneste trolig bidra til å forhindre at ungdoms problemer eskalerer, færre kan droppe ut og færre vil trenge hjelp fra spesialisthelsetjenesten. Valla (2014) viser til at vi bruker omtrent 60-70 millioner året på tapt arbeidsfortjeneste, uføretrygd og behandling. I et slikt perspektiv kan det tenkes at en skolehelsetjeneste med tilfredsstillende ressurser på sikt kan gi både en helsefremmende og samfunnsøkonomisk gevinst. Tross dette viser dessverre tidligere undersøkelser (Norsk Sykepleierforbund, 2014) at penger som er ment til helsestasjon og skolehelsetjenesten, ikke alltid går dit, kan dette tyde på at øremerking av pengene er nødvendig for at kommunene skal bruke ressursene på skolehelsetjenestene. Dette kommer også opp som forslag blant annet i Barneombudets fagrapport (Barneombudet, 2013).

Som vist i funnene opplevde flere av ungdommene i denne studien helsesøster som genuint opptatt av ungdommens beste. Andre hadde opplevelser hvor de opplevde at helsesøster ikke var mentalt tilstedeværende under møtene fordi hun hele tiden hadde dårlig tid.

Tilstedeværelse uttrykkes som viktig i form av at man kan få hjelp når man har behov, og at helsesøster faktisk har tid til å være tilstede i øyeblikket og ha fokus på ungdommen uten å stadig bli avbrutt. Med dette kan det tolkes som at både fysisk og mental tilstedeværelse av helsesøster er en forutsetning for at ungdommene skal oppleve tilhørighet. Dette er funn som støttes i Johannson og Ehnfors (2006) studie, der det vises til at ungdommene i deres studie ønsker en helsesøster som var oppmerksom tilstedeværende, viste respekt og var oppriktig interessert i å hjelpe.

Helsesøstre som ungdommene hadde kontakt med brukte mobiltelefonen aktivt i form av å påminne ungdommen på avtaler, og høre hvordan det gikk med dem. Under intervjuene kom alle ungdommene inn på denne kontakten over mobiltelefonen. Det kan virke som mobilbruken var med på å gi dem følelsen av å bli tatt på alvor og opplevelsen at helsesøster brydde seg. Dette kan tolkes dit hen at det å møte ungdom på deres «hjemmebane» faktisk bygger opp om følelsen av tilhørighet. Videre kan derfor bruk av mobiltelefon ses på som et hensiktsmessig verktøy for å opprettholde kontakt med ungdommene i sin travle jobbverdag. Å løfte dette frem som en bevissthet hos alle helsesøstre ser jeg derfor på som verdifullt. Nyere forskning innen bruk SMS mellom bruker og behandler i rusettervern påpeker nettopp

at SMS bruken kan bidra til å forskyve maktbalansen mellom partene, og på den måten gjøre at fagperson og bruker kommer nærmere hverandre og kommuniserer bedre (Kaljord, 2010).

5.3.2 Kompetanse

Deci og Ryan (1985) mener mennesket er naturlig nysgjerrig, opptatt av å lære og føle seg kompetent. De viser til at kompetanse er en av drivkreftene til å engasjere seg i vanskelig oppgaver. Eller motsatt, jo mindre kompetent en føler seg jo mindre lyst har man til å gjøre oppgaven. Med dette som bakgrunn kan det tenkes at ungdom som oppsøker skolehelsetjenesten føler de står ovenfor utfordringer de ikke makter å håndtere på egenhånd, og derfor trenger hjelp til å forstå hvordan de skal mestre de konkrete utfordringene som er årsaken til at de oppsøker hjelp. En viktig del av hjelpen vil også være hjelp til å tro på egen kompetanse. Skolehelsetjenesten kan her ses på å ha et ansvar for å sørge for at ungdom får dekt dette kompetansebehovet. Hvordan kan så skolehelsetjenesten bidra til å snu ungdommenes følelse av å ikke være kompetent?

Uttalelsene til ungdommene viser at de ønsker en profesjonell helsesøster som kan faget sitt. De uttrykker behov for å få hjelp til å strukturere tankene og se utfordringene i nye lys. Helsesøsters rolle blir her å hjelpe ungdommen til å få tilbake kontrollen tilbake ved å gi råd, veilede og vise støtte og tro på ungdommens egne tanker. Ungdommenes uttalelser i min studie samsvarer både med Langaards (2011) og Olaisens (2007) studier som viser til at ungdom ofte trenger hjelp til å strukturere indre og ytre kaos, og få frem deres egne ressurser som de ikke ser selv. Videre uttrykker ungdommene i denne studien at de ønsker en helsesøster som tørr å si det hun mener, og at hun ikke skal være for forsiktig. Dette kan tolkes som at de ønsker en ærlig helsesøster, noe som samsvarer med Johannson og Ehnfors (2006). Videre uttrykte ungdommene at venner og familie kan bli for nære å snakke med om sine utfordringer, og at de ofte ønsker en utenforstående med kompetanse på feltet. Ungdommene i denne studien er i fasen Kelly (1998) kaller *sen-ungdomstid*, som blant annet er preget av en psykologisk frigjøring fra foreldrene til egne sosiale nettverk. Selv om de ønsker en helsesøster som bryr seg om dem, uttrykker de også et ønske om en avstand i relasjonen. De ønsker altså at den profesjonelle har en distanse til den hjelpesøkende. Med dette som bakgrunn må en derfor være bevist på å ikke forveksle behovet for tilhørighet med emosjonell nærhet, eller det å bli privat.

Rammebetingelser for kompetanse

Hvordan kan skolehelsetjenesten bidra til at ungdom føler seg kompetent i forhold til å mestre sine utfordringer? For det første må helsesøster ha kompetanse og erfaring om hvordan de bør tilnærme seg dem. Nettopp derfor kan kunnskap om ungdoms ønsker og erfaringer av tjenesten bidra til å gi et bilde på hvordan helsesøstrene burde tilnærme seg ungdommene. Som tidligere nevnt legger de vekt på en kompetent helsesøster som gir råd og veiledning, viser at hun bryr seg, støtter og er mentalt og fysisk tilstedeværende. At helsesøster er bevisst på disse faktorene kan bidra til å støtte opp om ungdoms følelse av kompetanse, gjennom å få hjelp til å se utfordringene i nye lys og hjelp til å få tilbake troen på egen kompetanse.

Folkehelsemeldingen (St.meld. 34 (2011-2012)) legger vekt på at det skal legges til rette for mestring og synliggjøring av barn og unges sterke sider. Videre er «*Strategiplan for barn og unges psykiske helse*» (2003) enda et eksempel på føringer som vektlegger mestring av livet som viktige mål i arbeidet med barn og unges psykisk helse. Skolehelsetjenesten skal med andre ord bidra til å fremme god psykisk helse blant ungdom (Sosial- og helsedirektoratet (2004b). Langaards (2011) studie viser derimot til at helsesøstre etterspør utvidet innsikt om hvordan hjelpe ungdom med psykososiale vansker. Da forskning og rapporter viser til en økning av barn og unge med psykiske vansker (Mathiesen, 2009; Folkehelseinstituttet, 2014; NOVA rapport, 10/14), vil kunnskap om hvordan hjelpe disse ungdommene best mulig være av stor nytte. Det kan tenkes at denne kunnskapen nettopp bør komme fra ungdommen selv, da ungdommene, som vist i denne studien, besitter nyttig kunnskap og erfaringer om hva som gjør tjenesten god og hvordan kvaliteten kan bli bedre. Ikke minst legger regjeringens strategiplan «*Nasjonal strategi for forbedring av sosial- og helsetjenesten 2005-2015. Og bedre skal de bli!*» (Sosial- og helsedirektoratet, 2004c) vekt på brukermedvirkning i tjenestene som et av punktene for å skape en god kvalitet i sosial- og helsetjenestene. Videre anbefaler også Barneombudet (2013) at skolehelsetjenesten må ha tilstrekkelig kunnskap om psykisk helse, og at nettopp ungdommene som brukere må bli tatt med i planleggingen av tilbudet.

5.3.3 Selvbestemmelse

Deci og Ryan (1985, 2000) legger i sin teori vekt på selvbestemmelse som et grunnleggende behov for å oppnå indre motivasjon. Behovet for selvbestemmelse kom nettopp frem som viktig blant ungdommene i denne studien. Studien viser at det kan se ut til at ungdommenes

behov for selvbestemmelse i møtet med helsesøster er en viktig faktor for deres motivasjon til å håndtere deres utfordringer. Uttalelsene til ungdommene kan tolkes dit hen at de har behov for tid og rom til egne refleksjoner under møtene med helsesøster. Videre uttrykte de at det å oppleve å få bestemme over egen situasjon var noe de satt pris på. Moralisering og overstyring vil dermed trolig være lite hensiktsmessig for å bidra til at ungdom skal oppleve motivasjon til å håndtere sin utfordringer. Å ha respekt for ungdoms ønske om selvstendighet, vil derfor være en viktig faktor for helsesøsters tilnærming til dem. Behovet for selvbestemmelse kommer også frem som viktige faktorer i Langaard (2011) og Olaisens (2007) studier. Videre fant jeg også likheter i Jentofts (2005) studie, hvor hun legger vekt på at ungdom skal bruke egne ressurser til å håndtere utfordringene og oppleve mestring.

Videre viser ungdommenes uttalelser at omtrent halvparten oppsøkte skolehelsetjenesten på eget initiativ, mens andre halvpart ble anbefalt å oppsøke tjenesten gjennom venner, lærere eller helsesøster selv. Det at noen av ungdommene oppsøkte tjenesten på eget initiativ kan tolkes som at de tar ansvar for egen helse ved å innse at de hadde behov for støtte og veiledning. Derimot kan de som oppsøkte tjenesten gjennom *anbefaling* vise til hvor vanskelig det kan oppleves å gi fra seg noe av kontrollen over egen situasjon. Dette kom frem ved uttrykk om ønske om å klare seg selv, frykt for hva andre tenker om de oppsøker hjelp og bekymringen for å ikke bli tatt på alvor. Felles for alle ungdommene så derimot ut til å være at hjelpen *ga* følelse av selvbestemmelse, og med dette bidro til en større tro og motivasjon til å håndtere utfordringene de sto ovenfor.

Rammebetingelser for selvbestemmelse

Hvis det er slik at opplevelse av selvbestemmelse er essensielt for ungdom som oppsøker skolehelsetjenesten, vil det være viktig at vi vet hvordan tjenesten best mulig skal komme deres behov i møte. Hva skal til for at skolehelsetjenesten bidrar til at ungdommen opplever selvbestemmelse over egen situasjon?

På bakgrunn av funn i denne studien må helsesøster for det første legge til rette for at ungdommen skal oppleve tid og rom til refleksjon under samtalen. Langaard (2011) omtaler dette som en balanse mellom involvering og selvstendighet. Hun legger vekt på at nettopp dette kan være en utfordring for den profesjonelle. Da ingen ungdom er like, vil de ha ulike behov i forhold til hvor mye helsesøster skal «pushe» og hvor mye tid de selv trenger til å

reflektere over sine utfordringer. Det vil derfor her være nyttig for helsesøster å ha kunnskap og erfaring om denne balanserte måten å tilnærme seg ungdommene på.

For det andre kan det tenktes at konfidensialitet og anonymitet vil være av betydning for ungdoms følelse av å ha kontroll over situasjonen. Det at de kan velge om det som blir snakket om på kontoret blir tatt videre, kan bidra til følelsen av både å bli tatt på alvor og at de har reelle valg i forhold til egen situasjon. Konfidensialitet og anonymitet kom også frem som viktige faktorer i møte med skolehelsetjenesten i Langaard (2011), Olaisen (2007) og Jentofts (2005) studier. Da dette utpeker seg som betydningsfulle faktorer for ungdommen, kan nettopp god informasjon om konfidensialitet og anonymitet slik Barneombudet (2013) anbefaler bidra til en større trygghet i forhold til å åpne seg for helsesøster.

5.3.4 Oppsummering

I denne delen av studien har jeg løftet frem de mest sentrale funnen fra empirien, og drøftet funnene i lys av studiens foreliggende teori, lovverk, tidligere forskning og egne refleksjoner. Jeg ser også at studiens funn i stor grad harmonerer med flere studier og evalueringer av hva som er skolehelsetjenestens utfordringer, og hvilke faktorer ungdom legger vekt på i møtet med helsesøster.

I drøftingsdelen la jeg hovedvekt på Deci og Ryan motivasjonsteori (1985), da denne utpekte seg som svært relevant i sammenheng med ungdommenes uttalelser. Videre har også noe ny teori og forskning blitt presentert i drøftingskapittelet, da drøftingen ga nye perspektiver og videre behov for å belyse noen av funnene med ny teori og forskning.

Ungdommenes sårbarhet kom til uttrykk ved hvor vanskelig enkelte opplevde det å kontakte helsesøster. Det kom frem at gutter tilsynelatende opplever det vanskeligere enn jenter å kontakte tjenesten, da jenter kan ha lettere for å snakke om følelser enn gutter, og det å oppsøke hjelp for dem kan ses på som er mer kulturelt akseptert. Flere av ungdommene uttrykte bekymringen de hadde hatt for at problemet deres ikke var stort nok til å kontakte tjenesten, og bekymringen for å ikke bli tatt på alvor. Aksept og respekt i møte med helsesøster kan dermed tolkes som viktig for ungdommene. Videre kom behovet for større åpenhet rundt temaet psykisk helse frem, da åpenhet kan gjøre at flere ungdommer tørr å kontakte skolehelsetjenesten. Hyppigere informasjon om tjenestetilbudet slik at den blir

synligere og en mer integrert og naturlig del av skolen, utpeker seg også som betydningsfulle betingelser for at flere ungdom oppsøker tjenesten.

Videre utmerket ungdommenes behov for tilhørighet, kompetanse og selvbestemmelse i møte med helsesøster seg som viktige faktorer som bygger opp om følelsen av motivasjon og mestring til å håndtere sine utfordringer. Følelsen av tilhørighet handlet i hovedgrad om betydningen av at helsesøster viser at hun bryr seg, tar dem på alvor, er tilstedeværende fysisk og mentalt, og opptrer med en anerkjennende væremåte. Videre handlet kompetanseaspektet om behovet ungdommene hadde for å føle seg kompetente til å håndtere sin situasjon. Her satt de pris på en helsesøster som kunne faget sitt og ga råd og veiledning etter ungdommenes behov. Behovet for selvbestemmelse kom frem gjennom ønske om å få tid og rom til egne refleksjoner. Det så ut til at de ønsket en balanse mellom å bli «pushet» og tid til egne refleksjoner. Uttalelsene kunne tolkes dit hen at selv om de søkte hjelp, ville de fortsatt selv ha kontroll over egen situasjonen. Her var konfidensialitet og anonymitet faktorer som kunne bidra til at ungdommen opplevde det som tryggere å åpne seg for helsesøster.

Kapittel 6. Avslutning og konklusjon

Mitt hovedanliggende i denne studien har vært å beskrive, reflektere og drøfte over hvilke erfaringer og behov 11 ungdommer som har benyttet seg av skolehelsetjenesten besitter, og hvordan kunnskap om dette kan bidra til å heve kvaliteten av tjenesten. Jeg valgte å ha et brukerperspektiv på tjenesten, for nettopp å få frem ungdommenes stemmer.

Kvalitet handler som tidligere nevnt om kjennetegn som dekker krav og forventinger (Glavin & Økland 2007, i Glavin, Helseth, Kvarme, 2007). Kan funnene i denne studien si noe om ungdommens møte med dagens skolehelsetjeneste, og hva god kvalitet er for dem?

Ungdommenes uttalelser kan tolkes dit hen at de slet med psykiske utfordringer på det tidspunktet de tok kontakt med skolehelsetjenesten, og at de med å oppsøke skolehelsetjenesten gikk fra en sårbar og vanskelig periode til følelsen av å mestre utfordringene og få motivasjonen tilbake. De uttrykte alle en bekymring for hva som hadde hendt om de ikke hadde fått den hjelpen de fikk på det tidspunktet. Som beskrevet i drøftingskapittelet fremtrer ungdommenes opplevelse av tilhørighet, kompetanse og selvbestemmelse som viktige faktorer i møte med helsesøster. Disse begrepene ser ut til å styrke opp om ungdommenes opplevelse av motivasjon og mestring, og kan videre ses på som viktig for opplevelsen av det Bandura (2006) kaller *human agency*, eller det som oversatt til norsk kan sies å være *agent i eget liv*. Å være agent i eget liv handler om å ta ansvar for eget liv, og er ifølge Bandura et grunnleggende behov og noe vi mennesker er motivert for. Mer spesifikt handler dette om å ha tro på seg selv og egen kapasitet til å kunne påvirke livet i positiv retning. Ut fra funn i denne studien ser jeg at kvaliteten av skolehelsetjenesten bør ses i lys av målet om at ungdommene skal oppleve mestring og nettopp følelsen av å være agent i eget liv. Videre bør helsesøster i sitt arbeid være bevisst disse faktorer som bygger opp om denne følelsen, da disse ivaretar ungdommenes egne perspektiver på hva som gir god hjelp.

Med dette som bakgrunn kan modellen som presenteres nedenfor, gi et utvidet perspektiv på hvordan faktorene tilhørighet, kompetanse og selvbestemmelse i møte med helsesøster kan snu følelsen av sårbarhet og håpløshet, til følelsen av å selv mestre egne utfordringer:

Ungdoms behov i møte med skolehelsetjenesten



Figuren beskriver ungdoms behov for selvbestemmelse, kompetanse og tilhørighet i møte med skolehelsetjenesten for å oppnå det overordnede målet om motivasjon til å mestre eget liv. Disse tre utviklingsområdene er ment som en målestokk for tiltak omkring det helsefremmende arbeidet mot ungdommene, og kan videre ses på som kvalitetsindikatorer ved skolehelsetjenestens arbeid.

På bakgrunn av studiens funn kan en videre stille spørsmålet om *hvor* lavterskel skolehelsetjenestens «åpne dør» politikk er, hvis den «åpne døra» ikke oppleves åpen av ungdommene selv? Dette spriket mellom tjenestens idealer og faktiske realiteter dekkes nemlig best når nettopp ungdommen selv får komme til ordet. For at ungdommene skal oppleve skolehelsetjenesten som det lavterskeltilbudet det er ment å være, ser jeg det som et minimum at tjenesten har nok ressurser til å hjelpe alle som oppsøker den, og at tilbudet skal være noe alle ungdommene er godt kjent med. Videre må helsesøstrene ha kunnskap om tilnæringsmetoder i møte med ungdom, slik at de kan bidra til å fremme ungdommenes følelse av å være agent i eget liv og bygge opp om deres psykisk helse i dette perspektivet.

Sett i lys av funn i min studie, der digital kommunikasjon som verktøy ser ut til å støtte opp om ungdommenes følelse av tilhørighet, bør kanskje skolehelsetjenesten i fremtiden bruke mer ressurser på å tilnærme seg ungdommen på deres «digitale hjemmebane»? For videre forskning av skolehelsetjenesten sett fra brukernes perspektiv, kunne det dermed vært interessant å sett nærmere på hvordan digitale verktøy kan benyttes for å oppnå at ungdom opplever tilhørighet til skolehelsetjenesten og helsesøster. Som en forlengelse av min studie kunne det også vært spennende å se nærmere på hvilke forskjeller det kan være i hvordan gutter og jenter ønsker at helsesøster skal tilnærme seg dem og deres utfordringer. Og ikke minst kunne det vært interessant å se på om en mer maskulin profil av skolehelsetjenesten kunne bidratt til at flere gutter oppsøkte tjenesten. Er det å oppsøke hjelp mer kulturelt akseptert blant jenter, eller kan det være *tjenesten* som er bedre tilrettelagt for jenter?

Da ungdommenes stemmer gjennom denne studien har vist hvor stor betydning helsesøster har hatt for deres psykiske helse og mestring av utfordringene de sto ovenfor, gir dette en indikasjon på hvilken verdi tjenesten kan ha både i det helsefremmende arbeid og i et samfunnsøkonomisk perspektiv. Veileder i psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene (2007) definerer psykisk helse som «*Utvikling av og evne til å mestre tanker, følelser, atferd og hverdagens krav i forhold til ulike livsaspekter*». For å oppnå dette, håper jeg nettopp ungdoms erfaringer i møtet med skolehelsetjenesten kan ligge tydeligere til grunn som bærende perspektiver når kommunene skal jobbe mot en videre forbedring og kvalitetsheving av skolehelsetjenesten.

Referanseliste

- Andreassen, T.A (2005). *Brukermedvirkning i helsetjenesten: Arbeid i brukerutvalg og andre medvirkningsprosesser*. Oslo: Norsk Gyldendal Forlag AS
- Anderson W.H. & Steihaug S. (2008). *Tilgjengelighet av tjenester for barn og unge med psykiske problemer: Evaluering av opptrappingsplanen for psykisk helse*. SINTEF A4727. Sosial- og helsedirektoratet.
- Bakken A. NOVA (2014). *Ungdata. Nasjonale resultater 2013*. NOVA Rapport 10/14. Oslo: NOVA
- Bandura, A. (2006). Adolescent development from an agentic perspective. I F. Pajares & T. Urdan (Red.), *Self-efficacy beliefs of adolescents* (Vol.5). Greenwich, Connecticut: Information Age Publishing.
- Barneombudet (2013). *Barneombudets fagrappport 2013. Helse på barns premisser*. ISBN: 978-82-7987-038-8
- Bratlie, Møllebakken & Økland (2005). *Veiviser for skolehelsetjenesten i videregående skole*. Oslo: Norsk sykepleierforbunds Landsgruppe av helsesøstre.
- Bratlie E. (2012). *Veien blir til mens vi går. Utvikling av helsestasjon for ungdom i et helhetlig og tverrfaglig perspektiv*. Kapittel 17 i: Olaisen K. (2012). *Utviklingsfremmende samtaler. Samhandling på tvers*. Oslo: Kommuneforlaget
- Bøe, H. (05.11.2014) *Må avvise ungdommer hver uke*. Hentet 22.01.2015, fra: <http://www.nrk.no/vestfold/ma-avvise-ungdommer-hver-uke-1.12021852>
- Dalen, M. (2013). *Intervju som forskningsmetode- en kvalitativ tilnærming*. Utg.2 Oslo: Universitetsforlaget
- Deci, E.L. & Ryan, R.M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. New York: Plenum
- Deci, E.L. & Ryan, R.M. (2000). «*The `what` and `why` of goal pursuits: Human needs and the self-determination of of behavior*». *Psychological Inquiry*, 11, 227-268.
- Departementene (2009). *Regjeringens strategi for forebygging. Fellesskap – trygget – utjevning*. Hentet 02.04.15, fra: <https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/jd/vedlegg/rappporter/forebyggingsstrategi.pdf>

- Federici & Skaalvik (2013). *Lærer-elev-relasjonen. Betydning for elevenes motivasjon og læring*. Bedre Skole nr.1
- Glavin K. & Økland T. (2007). Kapittel 2 «Forebyggende og helsefremmende arbeid» i:
Glavin K., Helseth S., Kvarme L.G. (2007). *Fra tanke til handling. Metoder og arbeidsmåter i helsesøstertjenesten*. Oslo: Akribe
- Halvorsen, K. (2008). *Å forske på samfunnet. En innføring i samfunnsvitenskapelig metode*.
utg.5. Oslo: J. W. Cappelens Forlag AS
- Hartberg S. & Hegna K. (2011). *Hør på meg. Ungdomsundersøkelse i Stavanger 2013*.
Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.
NOVA Rapport 2/2014
- Helsedepartementet (2003). *Regjeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse. Sammen om psykisk helse*. Hentet 05.01.15, fra:
https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/vedlegg/strategiplan_for_barn_og_unge_psykiske_helse.pdf
- Helsedirektoratet (2010). *Utviklingsstrategi for helsestasjon og skolehelsetjenesten*.
Rapport IS-1798. Hentet 10.02.15, fra:
<http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/utviklingsstrategi-for-helsestasjons--og-skolehelsetjenesten/Publikasjoner/Utviklingsstrategi-for-helsestasjons-og-skolehelsetjenesten.pdf>
- Helsedirektoratet (2015). *Psykisk helse 1999-2008. Psykisk helse i skolen*. Hentet 04.05.2015,
fra: <http://www.psykiskhelseiskolen.no/>
- Helse- og omsorgsminister Bent Høie (04.09.2014) Tale/artikkel:
Åpning av Psykologikongressen 2014. Hentet 21.01.2015, fra:
<https://www.regjeringen.no/nb/aktuelt/Apning-av-Psykologikongressen-2014/id766782/>
- Jentoft, G. (2005). *Tillitsfulle stemmer: Unges møte med helsestasjonen*.
Masteroppgave, MPH 2005:11, Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap,
Göteborg.
- Johansson, A. & Ehnfors, M. (2006). *Mental health-promoting dialogue of school nurses from the perspectives of adolescent pupils*. *Vård i Norden*, 4/2006 publ. No 82 Vol 26
No 4PP10-13+19.
- Kaljord, C. (2010). *Nærhet på avstand*. Intervju med Trond Nergaard Bjerke. Artikkel i:

- Informasjon og fagformidlingstidsskriftet SPOR. KoRus-Nord , Rus og spesialpsykiatrisk klinikk, UNN. Hentet 02.05.2015, fra:
http://www.korusnord.no/Global/Publikasjoner/Spor/Spor_3_10_LoRes.pdf
- Kelly K.B. (1998) *Ungdomsmedisin*. Stockholm: Liber AB
- Kleven & Tveit (2014). *Innføring i pedagogisk forskningsmetode. En hjelp til kritisk tolkning og vurdering. 2 utgave*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS
- Kunnskapssenteret (2010). *Effekter av skolehelsetjenesten på barn og unges helse- og oppvekstvilkår*. Rapport 2010:15. ISBN 978-82-8121-355-5 ISSN 1890-1298
- Langaard K. (2011). *Et utviklingsperspektiv som ramme for samtaler med ungdom i skolehelsetjenesten. Aktivitet, intensjonalitet og tilpasset utviklingsstøtte*. Doktoravhandling, Oslo: Universitetet i Oslo, Det samfunnsvitenskapelige fakultet.
- Løwer. T.R (07.01.2014). *Vil skape pasientens helsevesen*. Hentet 19.01.2015, fra:
<http://www.mentalhelse.no/nyheter/vil-skape-pasientens-helsevesen>
- Mathiesen, K.S. (2009). *Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv*. Del2: Barn og Unge. Rapport 2009:8. Folkehelseinstituttet.
- Nilssen V. (2012). *Analyse i kvalitative studier. Den skrivende forskeren*. Oslo:Universitetsforlaget
- Norsk Sykepleierforbund (19.11.2014). *Kommunene vil ikke ansette flere i helsestasjon og Skolehelsetjenesten*. Hentet 21.01.2015, fra:
<https://www.nsf.no/vis-artikkel/2237477/561096/Kommunene-vil-ikke-ansette-flere-i-helsestasjon-og-skolehelsetjenesten>
- Samdal O. (2009). *Sammenhengen mellom psykisk helse, skolemiljø, skoletrivsel og skoleprestasjoner*. HEMIL-senteret. Universitetet i Bergen. HEMIL-rapport 4/2009.
- Olaisen K. (2007). *Ungdom og utviklingsfremmende samtaler*. Oslo: Nic Waals Institutt, Lovisenberg Diakonale Sykehus.
- Opplæringsloven (1998). *Lov og grunnskolen og den vidaregåande opplæring* (opplæringslova). Kap. 9a Elevane sitt skolemiljø. Hentet 03.03.2015, fra:
https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1998-07-17-61/KAPITTEL_11#KAPITTEL_11

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*.

Hentet 11.02. 2015, fra: <http://www.lovdata.no/all/hl-19990702-063.html>

Representantforslag, Dokument 8:11 S (2014-2015). *Representantforslag om en bedre skolehelsetjeneste*. Hentet 14.01.15 fra:

<https://www.stortinget.no/Global/pdf/Representantforslag/2014-2015/dok8-201415-011.pdf>

Ringdal (2013). *Enhet og mangfold. Samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode*,

3. utgave, Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS

Rubin, Herbert J. & Irene S. Rubin (2012). *Qualitative interviewing – The Art of Hearing*

Data. 3.utg. Sage. Thousand Oaks, Calif.

Seale C.(2007) *Qualitative research practice*. I: Thagaard T. (2013) *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*. 4. utgave. Fagbokforlaget: Bergen

Folkehelseinstituttet (2014). *Folkehelse rapporten 2014. Helsetilstanden i Norge*. Rapport

2014:4. Artikkel nr: 50070238. Hentet 20.02.15, fra:

<http://www.fhi.no/artikler/?id=110703> Publisert 30.06.2014, endret: 12.11.2014.

Sosial- og helsedirektoratet (2007). *Veileder i psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene*, IS-1405. Hentet 15.01.15 fra:

https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/is-1405_14898a.pdf

Sosial- og helsedirektoratet (2004c): *Nasjonalt strategi for kvalitetsbedring i sosial- og*

helsetjenesten. Og bedre skal det bli! (2005-2015). IS- 1399.

Sosial- og helsedirektoratet (2004b): «*Kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i*

helsestasjons- og skolehelsetjenesten». Veileder til forskrift av 3.april 2003 nr.450. IS- 1154.

Sosial- og helsedirektoratet (2006). *Brukermedvirkning – psykisk helsefeltet. Mål,*

anbefalinger og tiltak i Opptrappingsplan for psykisk helse. IS- 1315 Rapport.

Sosial- og helsedepartementet (1998). *Opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2006*.

st.prp. nr. 63. Oslo

- Stang I. (2003): «*Bemyndigelse. En innføring i begrepet og empowerment-tenkningens relevans for ansatte i velferdsstaten*». I: H.A. Hauge og M.B. Mittelmark (red.): *Helsefremmende arbeid i en brytningstid. Fra monolog til dialog?* Bergen: Fagbokforlaget.
- Stephan, Weist, Kataoka, Adelsheim & Mills (2007). *Transformation of childrens mental health services: the role of school mental health*. Psychiatric services volume 58 number 10. Hentet 03.03.15, fra:
<http://ps.psychiatryonline.org/doi/10.1176/ps.2007.58.10.1330>
- St.meld. nr. 16 (2002-2003). *Resept for et sunnere Norge*. Helse- og omsorgsdepartementet.
Hentet 08.02.2015 fra:
<https://www.regjeringen.no/contentassets/069d160b7cf54b04a1a375515d01659a/no/pdfs/stm200220030016000dddpdfs.pdf>
- St.meld. nr. 34 (2012-2013). *Folkehelsemeldingen*. Helse- og omsorgsdepartementet.
Hentet 08.02.2015, fra:
<https://www.regjeringen.no/nb/dokumenter/meld-st-34-20122013/id723818/?docId=STM201220130034000DDDEPIS&ch=1&q=>
- St.meld. nr. 20 (2006–2007). *Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller*. Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet 14.04.15, fra:
<https://www.regjeringen.no/contentassets/bc70b9942ea241cd90029989bff72d3c/no/pdfs/stm200620070020000dddpdfs.pdf>
- St.meld. nr. 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet 14.04.15, fra:
<https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>
- St.meld. nr. 2 (2014-2015). *Revidert nasjonalbudsjett 2015*. Finansdepartementet. Hentet 13.05.2015, fra:
http://www.statsbudsjettet.no/upload/Revidert_2015/dokumenter/pdf/stm2_2015.pdf
- Strøm A., Fagermoen M.S. (2011) Kapittel 4 «*Brukermedvirkning som medtjenesteytelse*» i:
Lerdal A., Fagermoen M.S (2011). *Læring og mestring – et helsefremmende perspektiv i praksis og forskning*. Oslo: Gyldendal Akademisk Forlag.
- Thagaard T. (2013). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*. Utg.4 Oslo: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Valla, B. (2014). *Videre – hvordan psykiske helsetjenester kan bli bedre.*

Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Verdensdagen for psykisk helse (2015). Hentet 02.05.2015, fra:

<http://www.verdensdagen.no/>

Verdens helse organisasjon (WHO). *Mental Health*. Hentet 16.01.2015, fra:

http://www.who.int/topics/mental_health/en/

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

Vedlegg 1

Intervjuguide

- Fortell meg om ditt møte med skolehelsetjenesten, bare begynn med det som umiddelbart faller deg inn.
- Hva var dine tanker om skolehelsetjenesten før du kom dit? (Hadde du sett for deg hvordan det ville være å komme dit?) Hva det likt/forskjellig fra det du hadde tenkt på forhånd?
- Hvordan ble du kjent med skolehelsetjenesten og deres tilbud til ungdom? Hvordan fant du frem til hjelpen?
- Hvordan opplever du tilgjengeligheten av skolehelsetjenesten?
- Var det noe som hindret deg i å ta kontakt tidligere?
- Hadde du noen tanker om hva som var viktig for deg, *før* du kom dit?
- Hvordan opplevde du å bli møtt da du tok kontakt?
- Kan du fortelle om ditt møte med helsesøster/rådgiver? God relasjon? Hvorfor, hvorfor ikke?
- Hva sitter du igjen med som hjelp - *etter* møtet med helsesøster/rådgiver? Hva skulle du ønske deg mer av? Hva har vært bra, og hva har du eventuelt savnet?
- Føler du at den hjelpen du fikk gjorde deg i stand til å håndtere livet bedre? Hva med hjelpen er grunnen til det tro du? Hvorfor ikke?
- Opplevde du hjelpen fra tjenesten som viktig for deg?

Hva var viktig og hvorfor?

- Hvordan ble du videre fulgt opp etter samtalen?
Skulle du ønske dette ble gjort annerledes?
- Hvor viktig tenker du skolehelsetjenesten er i forhold til å hjelpe ungdom som sliter?
Hvorfor?
- Noe du har lyst til å si til slutt?

Hjelpe-setninger

- Blikk, nikk, tid til tenkepauser.
- Du sa.. kan du beskrive det?
- Hvordan opplevde du det?
- Har du eksempler på det?
- Er det riktig å si at?
- Forstår jeg deg rett når?

Vedlegg 2

Godkjenning fra NSD

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



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

Marit Uthus
Pedagogisk institutt NTNU

7491 TRONDHEIM

Vår dato: 19.12.2014

Vår ref: 40902 / 3 / SSA

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 24.11.2014. Meldingen gjelder prosjektet:

40902	<i>Psykisk helse i skolen - Skolehelsetjenesten</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>NTNU, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Marit Uthus</i>
<i>Student</i>	<i>Vibeke Høifødt</i>

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

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

Vedlagt følger vår begrunnelse for hvorfor prosjektet ikke er meldepliktig.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Sondre S. Arnesen

Kontaktperson: Sondre S. Arnesen tlf: 55 58 33 48

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Vibeke Høifødt vibeke_hoifodt1@hotmail.com

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

Avdelingskontorer / District Offices:

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

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 40902

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

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

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

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

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