

Anne Ryntveit
Stine Lerstad

Lærerrollen i psykologisk helsefremmende arbeid for ungdom

En refleksiv tematisk analyse av læreres
opplevelser satt i kontekst

Hovedoppgave i Profesjonsstudiet i psykologi
Veileder: Nina Jakhelln Laugen
Januar 2023

Anne Ryntveit
Stine Lerstad

Lærerrollen i psykologisk helsefremmende arbeid for ungdom

En refleksiv tematisk analyse av læreres opplevelser
satt i kontekst

Hovedoppgave i Profesjonsstudiet i psykologi
Veileder: Nina Jakhelln Laugen
Januar 2023

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



Kunnskap for en bedre verden

Sammendrag

Skolen er en sentral arena for å skape god psykisk helse hos ungdom. Ungdom med god psykisk helse opplever større livskvalitet og livsutfoldelse, og har større sjanse for å bli mestrende og bidragsytende voksne (Uthus, 2022a, s. 21; World Health Organization, 2020, s. v). Samtidig rapporterer ungdom i Norge økende psykiske vansker (Bakken, 2021). Lærerne står tett på elevene i hverdagen og er nøkkelpersoner i skolens psykologisk helsefremmende arbeid. Lærernes rolle i psykologisk helsefremming aktualiseres av det nylig innførte tverrfaglige temaet Folkehelse og livsmestring. I Trøndelag ønsker dessuten MEST i skolehelsetjenesten samhandling med lærerne for å nå elevene med psykologisk helsefremmende tiltak. Denne studiens formål har derfor vært å oppnå kvalitativ innsikt i hvordan lærere opplever sin rolle i tverrfaglig psykologisk helsefremmende arbeid for ungdom i videregående skole. Herunder har vi også undersøkt deres opplevelser av MEST.

Vi gjennomførte seks semistrukturerte intervju av lærere ved én videregående skole og brukte refleksiv tematisk analyse som kvalitativ analysemetode (Braun & Clarke, 2021). I analysen avdekket vi fem tema: (a) *læreren er viktig i det psykologisk helsefremmende relasjonsarbeidet* og skaper et trygt rom for elevene. (b) *Fag og psykologisk helsefremmende arbeid kan være gjensidige inngangsporter*, hvor innsats på det ene området kan fremme arbeid på det andre. (c) *Håndtering av elevers psykiske strev vektlegges over bevisst helsefremmende arbeid*. I tillegg fant vi at (d) *en uavgrenset lærerrolle kan skape personavhengig involvering*, og (e) *skoleorganiseringen fungerer som en kompleks ramme for samarbeid med MEST i skolehelsetjenesten*. Temaene viser lærernes syn på sin rolle i, og forutsetninger for, psykologisk helsefremmende arbeid.

Resultatene indikerer at lærerne anser seg som nøkkelpersoner i psykologisk helsefremmende arbeid for elevene, både gjennom å være mellomledd til andre i skolen og i det kontinuerlige, relasjonelle og implisitte arbeidet i lærerhverdagen. Lærerrollen i psykisk helsearbeid fremstår likevel som uavgrenset og belastet av oppgaver lærerne ikke nødvendigvis har kompetanse, ressurser og kapasitet til å håndtere. Dessuten kan resultatene reflektere en kategorisk begrepsforståelse av «psykologisk helsefremming», hvor håndtering av psykisk uhelse vektlegges, og det er en viss avstand til skolehelsetjenesten. Dermed fremheves kontekstuelle mulighetsrom for lærerens psykologisk helsefremmende arbeid, blant annet innen prioritering av tilstrekkelig samarbeid, tid, ressurser og rolleavklaring.

Nøkkelord: lærerrolle, psykologisk helsefremmende arbeid, ungdom, refleksiv tematisk analyse, sosio-økologisk perspektiv, tverrfaglig samarbeid, psykisk helse, MEST

Abstract

The school plays an essential role as an arena in enhancing the mental health of youth. Young people with good mental health have a greater chance of becoming competent and contributing adults (Uthus, 2022a, s. 21; World Health Organization, 2020, s. v). Youth in Norway are at the same time reporting increasing mental health problems (Bakken, 2021). Teachers are closely involved with the pupils on a daily basis and are key figures in the school's mental health promotion work. The role of teachers in mental health promotion is highlighted by the recently introduced interdisciplinary subject «Public health and life management». In Trøndelag, Norway, the school health service («MEST») wishes to collaborate with teachers to reach the pupils with mental health promotion measures. The purpose of this study has therefore been to provide a qualitative insight into how teachers experience their role in interdisciplinary mental health promotion for youth in high school.

We conducted six semi-structured interviews with teachers at one high school and analysed the data using reflexive thematic analysis (Braun & Clarke, 2021). In the analysis, we identified five themes: (a) the teacher is important in the mental health promoting relational work and in creating a safe space for the pupils. (b) School subjects and mental health promotion can be mutual entry points, where efforts in one area can promote work in the other. (c) Handling pupils' psychological distress is emphasized over conscious mental health promotion work. In addition, we found that (d) an unlimited teacher role can lead to involvement dependant on personal characteristics, and (e) the school organisation is a complex framework for cooperation with the school health service. The themes show the teachers' views of their role in, and preconditions for, mental health promotion.

The results indicate that the teacher's role within mental health promotion is important, both through being a link to others in the school context, and in the continuous, relational, and implicit work in the teacher's daily life. The teacher role in mental health work appears however to be unlimited and burdened by tasks that teachers may not necessarily have the competence, resources, and capacity to handle. In addition, the results may reflect a categorical conceptualisation of «mental health promotion», where the work with mental struggles is emphasized, and there is a certain distance to the school health service. This highlights contextual opportunities for the teacher's mental health promotion work, including prioritizing sufficient cooperation, time, resources and role clarification.

Keywords: teacher role, mental health promotion, youth, reflexive thematic analysis, socio-ecological perspective, interdisciplinary collaboration, mental health, MEST

Forord

Vi vil rette en stor takk til vår hovedoppgaveveileder ved NTNU, Nina Jakhelln Laugen. Takk for grundig veiledning, god kommunikasjon, nyttige tips på veien og mange oppbyggende tilbakemeldinger. Takk for at du har vist engasjement gjennom hele prosessen. Din hjelp har utvilsomt hevet oppgaven flere hakk.

Vi vil også takke Nina Holmen, leder av MEST i skolehelsetjenesten i Trondheim. Vi har satt pris på at du har vært engasjert og på tilbudssiden, og satt oss i kontakt med skolen hvor vi intervjuet lærere. Uten din hjelp ville denne prosessen vært mye mer tungrodd.

Vi ønsker ikke minst å takke alle dere lærere som har bidratt i studien. Tusen takk for at dere har satt av tid til å snakke med oss i en hektisk hverdag, delt åpent om deres erfaringer og opplevelser, og for at dere har hjulpet til med rekruttering gjennom å spre budskapet til kollegaer. Dere er hovedårsaken til at denne oppgaven har blitt til og det setter vi veldig stor pris på!

En takk rettes også til rektor, rådgivere og skolehelsetjenesten ved skolen – takk for at dere var behjelpelige i prosessen.

Vi retter en siste takk til hverandre for godt samarbeid og vennskap i arbeidet med hovedoppgaven. Dette har vært et selvstendig forskningsprosjekt. Vi som forskere har, under veiledning, gjennomført hele forskningsprosessen, blant annet hva gjelder utformingen av forskningsspørsmål, datainnsamlingen, analyseprosessen og i skrivingen av oppgaven. Vi har uten tvil lært mye på veien.

Vennlig hilsen,

Anne Ryntveit & Stine Lerstad

Januar 2023

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	iii
Abstract	iv
Forord	v
1 Innledning	1
1.1 <i>Ungdomstid og psykisk helse</i>	1
1.2 <i>Helse, psykisk helse, psykologisk helsefremming og forebygging av psykisk uhelse</i>	3
1.3 <i>Psykologisk helsefremming som et felles prosjekt</i>	6
1.4 <i>Fagfornyelsen og de tverrfaglige læreplanene</i>	7
1.5 <i>MEST i skolehelsetjenesten</i>	8
1.6 <i>Retningslinjer for helsefremming i den norske skolen</i>	9
1.7 <i>Tverrfaglig samarbeid i skolen</i>	10
1.8 <i>Skoleledelsen er viktige i det psykiske helsearbeidet</i>	12
1.9 <i>Lærerrollen som frontfigur i psykisk helsearbeid – empiri fra norsk skolekontekst</i>	13
1.10 <i>Lærerrollen fra et rolleteoretisk perspektiv</i>	16
1.11 <i>Sosio-økologisk perspektiv på psykologisk helsefremming og lærers rolle</i>	16
1.12 <i>Formålet med studien</i>	17
2 Metode	19
2.1 <i>Metoden og dens teoretiske forankring</i>	19
2.1.1 <i>Begrunnelse for valgt metode</i>	19
2.1.2 <i>Epistemologisk og ontologisk standpunkt</i>	19
2.1.3 <i>Hermeneutisk og fenomenologisk tilnærming</i>	20
2.1.4 <i>Refleksivitet og vår forforståelse</i>	21
2.1.5 <i>Forskningsetiske betraktninger</i>	22
2.2 <i>Datainnsamling</i>	24
2.2.1 <i>Rekruttering</i>	24
2.2.2 <i>Utvalget</i>	24
2.2.3 <i>Intervju</i>	25

2.3 Analyse.....	26
2.3.1 NVivo.....	26
2.3.2 Fasene i tematisk analyse	26
2.3.3 Analysefokus.....	29
3 Resultater.....	30
3.1 <i>Læreren er viktig i psykologisk helsefremmende relasjonsarbeid.....</i>	<i>31</i>
3.1.1 Lærerne jobber relasjonsbyggende på både formelle og uformelle måter	32
3.1.2 Lærerens relasjonsarbeid gjør at eleven ikke er alene med sine utfordringer	33
3.1.3 Lærerens relasjonelle ferdigheter muliggjør elevenes utvikling av egen kompetanse.....	34
3.2 <i>Fag og psykologisk helsefremmende arbeid kan være gjensidige inngangsporter</i>	<i>35</i>
3.2.1 Psykologisk helsefremmende arbeid muliggjør læring av fag	35
3.2.2 Psykologisk helsefremmende arbeid kan foregå gjennom fag.....	36
3.3 <i>Håndtering av elevers psykiske strev vektlegges over bevisst helsefremmende arbeid.....</i>	<i>37</i>
3.3.1 Psykologisk helsefremming forstås som problemløsning for å unngå skjevutvikling.....	38
3.3.2 Å stå i det vanskelige tar emosjonell kapasitet fra psykologisk helsefremming.....	39
3.3.3 Skolens prioritering av problemløsning kan overskygge bevisst fokus på å være i forkant..	41
3.4 <i>Uavgrenset lærerrolle kan skape personavhengig involvering.....</i>	<i>43</i>
3.4.1 Ønske og behov for å avgrense egen lærerrolle i det psykiske helsearbeidet	44
3.4.2 Begrenset kompetanse på psykisk helse.....	45
3.4.3 Begrenset tid til å leve opp til ytre forventninger.....	47
3.4.4 Personlige egenskaper farger lærerens involvering i psykisk helsearbeid.....	48
3.5 <i>Skoleorganisering som kompleks ramme for samarbeid med MEST i skolehelsetjenesten</i>	<i>49</i>
3.5.1 Skolehelsetjenesten opererer i en egen verden.....	50
3.5.2 Samarbeid preget av tankegang om ansvarsfordeling.....	51
3.5.3 Ansvarsoverføring oppleves som lettelse.....	52
3.5.4 Lite synlige rammer for samarbeid	53
3.5.5 Uklare rammer medfører variasjon i samarbeid.....	54
4 Diskusjon	56
4.1 <i>Sosio-økologisk perspektiv: lærernes opplevelser satt i kontekst.....</i>	<i>56</i>
4.2 <i>Lærernes konseptualisering av psykologisk helsefremmende arbeid.....</i>	<i>57</i>
4.3 <i>Kategorisk begrepsforståelse av «psykisk helse».....</i>	<i>59</i>
4.4 <i>Lærernes rolle som nøkkelperson i psykisk helsearbeid med elevene.....</i>	<i>61</i>

4.5	<i>Relasjonens betydning i lærernes psykologisk helsefremmende arbeid</i>	62
4.6	<i>Gjensidighet mellom faglig arbeid og psykologisk helsefremming</i>	64
4.7	<i>Psykisk helsearbeid som tidstyv</i>	67
4.8	<i>En uavgrenset lærerrolle i psykisk helsearbeid</i>	68
4.9	<i>Begrenset kompetanse i møte med en ekspanderende lærerrolle</i>	70
4.10	<i>Personavhengig involvering i psykisk helsearbeid – på godt og vondt</i>	71
4.11	<i>En skoleorganisering som ikke fasiliterer for tverrfaglig samarbeid med skolehelsetjenesten</i>	73
4.12	<i>Psykologisk helsefremming – kognitivt og/eller relasjonsfokusert perspektiv</i>	76
5	Studiens validitet og implikasjoner	79
5.1	<i>Betraktninger rundt studiens validitet, styrker og svakheter</i>	79
5.1.1	Kontekstsensitivitet	79
5.1.2	Forpliktelse og grundighet	80
5.1.3	Sammenheng og transparens	81
5.1.4	Innvirkning og generaliserbarhet	81
5.2	<i>Studiens implikasjoner for psykologisk praksis</i>	82
6	Konklusjon	85
7	Litteraturliste	86
	Appendiks	96

1 Innledning

God psykisk helse hos ungdom fremmer livskvalitet og livsutfoldelse, og legger grunnlaget at de blir mestrende voksne som kan bidra i samfunnet (Uthus, 2022a, s. 21; Verdens helseorganisasjon; World Health Organization [WHO], 2020, s. v). Ungdoms rapportering av psykiske helseplager har imidlertid økt jevnlig det siste tiåret (Bakken, 2021). Kombinert fremhever dette behovet for psykologisk helsefremmende tiltak og forebygging av skjevutvikling hos ungdom. Helsefremmende og forebyggende tiltak gjøres best på de arenaene hvor ungdommen befinner seg. Skolen er en slik arena (Bjørnsen, Ringdal, Espnes, et al., 2018), og læreren blir dermed sentral.

Alle barn i Norge har lovfestet rett og plikt til grunnskoleopplæring, samt rett til et psykososialt miljø som fremmer helse, trivsel og læring (Opplæringslova, 1998, § 2-1, § 9 A-2). Læreren er blitt beskrevet som en endringsagent i elevenes skolehverdag (Klomstén, 2022, s. 260). De bruker mye tid med, og kjenner ofte godt til, sin elevgruppe. Dette gir dem en unik mulighet til å fremme god helse, utjevne sosiale forskjeller, samt bemerke seg om uhelse oppstår og ta tak i dette. Sett i lys av dette har skolen, også på et internasjonalt nivå, fått posisjon som frontfigur i arbeidet med helsefremming for unge (O'Reilly et al., 2018).

Å gi elevene god helseoppfølging innebærer ofte samarbeid med andre profesjoner i skolen, blant annet skolehelsetjenesten. I Trøndelag jobbes det psykologisk helsefremmende og forebyggende gjennom arbeidsstrategien «MEST i skolehelsetjenesten» (Trondheim kommune, u.å.-b). Arbeidsstrategien har vist lovende resultater (Bjørnsen, Ringdal, Espnes, et al., 2018), og MEST ønsker et tett samarbeid med lærerne (Aglen et al., 2018). Lærerne og deres perspektiver blir derfor sentrale for å bedre forstå hvordan man bør jobbe psykologisk helsefremmende for ungdom i videregående skole.

1.1 Ungdomstid og psykisk helse

For å forstå lærerens involvering i psykologisk helsefremmende arbeid for ungdom er det først relevant å belyse hva ungdomstiden innebærer og hvordan ungdom i Norge har det. I ungdomstiden blir spørsmål om identitet, «hvem er jeg?», viktig. En del kan oppleve at samfunnet har forventninger om at de er voksne, mens ungdommene fremdeles er mentalt umodne (Urnes, 2018, s. 133). Ungdommene er i en fase hvor både hjernen og kroppen utvikler seg raskt, noe som gjør dem formbare (WHO, 2020, s. 1). Slik umodenhet og utvikling gir stort potensiale for læring og tilegnelse av egenskaper og evner, noe som er viktig for å gå inn i voksne roller og bidra i samfunnet (WHO, 2020, s. v).

For en hjerne i utvikling, blir det viktig å oppleve god psykisk helse. God psykisk helse kan innebære både en opplevelse av psykisk velvære («well-being») og psykisk fungering (WHO, 2020, s. 51). Førstnevnte inkluderer blant annet opplevelse av livskvalitet, positiv selvfølelse og mestringstro. Sistnevnte referer til sosiale, emosjonelle og kognitive ferdigheter som eksempelvis motstandsdyktighet, problemløsning, emosjonsregulering og relasjonsbygging. God psykisk helse hos ungdom kan dermed ha positive effekter for deres livstilfredshet og generelle livsutfoldelse (Proctor et al., 2017).

Ungdommens utviklende hjerne gir samtidig en risiko for skjevutvikling. Flere psykiske lidelser debutterer ofte i ungdomstiden (Urnes, 2018, s. 133). Bakkens (2021, s. 36) nyeste rapport viser at 29% av jenter og 12% av gutter på videregående skole rapporterer om høyt nivå av psykiske helseplager. Symptomtrykket var høyere i videregående skole enn i ungdomsskole (Bakken, 2021, s. 36), og data spesifikt for ungdom i Trøndelag viser liknende tendens (Kvaløy & Rangul, 2020). Psykiske vansker har en påvirkning på ungdoms evne til å konsentrere seg over tid og farger dermed læring (Bru et al., 2016, s. 20). Dette kan i sin tur ha uheldige konsekvenser som manglende gjennomført skolegang og arbeidsledighet (Bragstad, 2018; Uthus, 2022a, s. 31). Ovennevnte tendenser aktualiserer behovet for å fremme bedre psykisk helse hos ungdom og forebygge skjevutvikling.

Vi vet en del om hva som er viktig for å fremme god helse og forebygge psykisk uhelse hos barn og ungdom (Bru et al., 2016; Holte, 2012). Trygge, forutsigbare og stimulerende oppvekstvilkår trekkes frem som viktige forebyggende faktorer, hvor skolen utgjør en viktig del av oppvekstmiljøet (Bru et al., 2016, s. 19). Opplevd tilhørighet, vennskap og anerkjennelse blant jevnaldrende er også viktig for elevene, og lærerne har en sentral rolle i å tilrettelegge for et slikt positivt, sosialt elevsamspill. Bru et al. (2016, s. 19) konstaterer at hvordan en lykkes med å tilfredsstille disse sosiale behovene vil ha stor betydning for barn og unges velvære og psykiske helse.

Holtes (2012) helsefremmende faktorer har likhetstrekk med de ovennevnte momentene. Faktorene omhandler blant annet opplevelsen av identitet og selvrespekt, at livet har mening, samt mestring og sosial støtte (Holen & Waagene, 2014, s. 21; Holte, 2012). Alle faktorene Holte (2012) viser til kjennetegnes av at de er gjeldende på de arenaene barn og unge befinner seg, ikke i helsetjenesten som sådan. Ungdom som opplever mange av disse faktorene har en økt motstandskraft i møte med belastninger (Helsedirektoratet, u.å.).

Vi har altså god kjennskap til hvordan ungdom i Norge i dag har det, samt kunnskap om faktorer som kjennetegner ungdom med god psykisk helse. Likevel er helsebegrepet stort

(Norges forskningsråd, 2002), og hva som oppleves som «god psykisk helse» kan variere fra person til person.

1.2 Helse, psykisk helse, psykologisk helsefremming og forebygging av psykisk uhelse

Med bakgrunn i helsebegrepets uklarhet, vil det være viktig å definere hvordan vi forstår begrepene «helse», «psykisk helse», «helsefremming» og «forebygging». Å definere begrepet «helse» kan være krevende. En av årsakene er at begrepet både brukes i det dagligdagse og det medisinskfaglige språket. En annen årsak er at mange ulike fag forholder seg til helsebegrepet. Slike faktorer er bidragsytende til å gjøre begrepet stort og uavgrenset (Norges forskningsråd, 2002, s. 2). Verdens helseorganisasjon (1946) har lenge definert helse som en tilstand av «komplett fysisk, psykisk og sosialt velvære» (s. 1). Begrepet rommer mer enn kun fravær av sykdom og er, ifølge Verdens helseorganisasjon, et positivt ladd konsept. Som følge av dette vil heller ikke sykdom utelukke god helse. Psykisk helse er dermed en viktig og integrert del av helsebegrepet. Ifølge Verdens helseorganisasjon (2022) finnes det ingen helse uten psykisk helse.

Denne positive forståelsen av helse er utbredt, men også kritisert for å gjøre god helse til noe uoppnåelig, samt for å blande helse med andre tilstander, som eksempelvis lykke (Hofgaard, 2010; Norges forskningsråd, 2002, s. 3). Kritikerne til Verdens helseorganisasjons originale definisjon foreslår heller å se helse som «evnen til å leve med kravene i hverdagen» (Braut, 2022a). Verdens helseorganisasjon (2022) har i ettertid definert psykisk helse som en «tilstand av velvære hvor mennesket kan håndtere normale påkjenninger, realisere egne evner, lære og arbeide produktivt og være i stand til å bidra til fellesskapet» (avsn. 1). Denne forståelsen illustrerer hvordan helse handler om hvordan livet oppleves for den enkelte.

Definisjonen til Verdens helseorganisasjon gjenkjennes i Antonovskys salutogenetiske tilnærming til helse (Antonovsky, 1987, 2012; Mittelmark et al., 2017, s. 7). I denne tilnærmingen ser man på helse som noe helhetlig og optimistisk, hvor det som er *meningsfullt* for individet belyses. Salutogenetisk teori argumenterer altså for å prioritere psykisk helse fremfor å bekjempe psykisk sykdom (Klomstén, 2022, s. 252). Perspektivet fremmer en tanke om at helse avhenger av fellesskapet, strukturer og kulturer i samfunnet rundt oss. Helse sees i lys av relasjon til andre mennesker og fokuset ligger på hvilke ressurser som bidrar til at noen mennesker opprettholder og utvikler god helse tross livsmotgang (Komsten & Fikse, 2021, s. 40; Langeland, 2014, s. 11).

Nåværende forståelse er dermed at psykisk helse favner mer enn fravær av psykisk uhelse. Psykisk helse er ikke statisk eller kategorisk, men utgjør et komplekst kontinuum

(WHO, 2022). Livets påkjenninger preger den enkeltes psykiske helse på ulike vis og det vil variere hvilke følger en påkjenning har (WHO, 2022). For barn og unges del utpeker Verdens helseorganisasjon i sin «handlingsplan for psykisk helse» et økt fokus på faktorer som positiv identitetsfølelse, evne til å håndtere tanker og følelser, evne til å bygge relasjoner, og evne til å lære og tilegne seg utdanning (WHOa, 2021). Verdens helseorganisasjon (2022) trekker også frem psykisk helse som grunnleggende for menneskets evne til å nyte livet. Dermed kan god psykisk helse ha betydning for både enkeltpersoner, lokalsamfunn og samfunnet som helhet.

Med grunnlag i Verdens helseorganisasjon (1946) sin presisering av psykisk helse som noe mer enn fravær av psykiske lidelser, aktualiseres behovet for psykologisk helsefremming. Helsefremming kan defineres som prosesser som muliggjør at mennesker får økt kontroll over egen helse og mulighet til å handle slik at det fremmer egen helse (WHO, 1986, 2022). Helsefremmende tiltak tilfører mestring, økt livskvalitet, opplevelse av glede og mening, samt mulighet til å skape egne interesser. Verdens helseorganisasjon sitt mål med helsefremming er å utjevne forskjeller i helsestatus og muliggjøre at ethvert menneske kan oppnå god helse.

Til forskjell fra psykologisk helsefremming handler forebygging av psykiske vansker om tiltak som gjøres for å hindre at skjevutvikling oppstår eller utvikler seg (Youth Gov., u.å.). Tross i denne forskjellen observeres en tendens til å konseptualisere forebygging av psykiske vansker som en del av psykologisk helsefremming (Ekornes et al., 2012). Det er derfor relevant å belyse hvordan forebyggende tiltak kan kategoriseres. Forebygging av psykiske vansker kategoriseres ofte til tre ulike nivå; indikative, selektive og universelle tiltak (Iowa Department of Public Health, u.å.). Særlig tiltak på universalnivå vektlegges i denne studien.

Indikative forebyggingstiltak er rettet mot enkeltmennesker med høy risiko for uhelse, eller allerede påbegynt uhelse. Forebyggende tiltak rettet mot disse menneskene handler om å hindre videre sykdomsutvikling og forebygge nye sykdomsepisoder (Bru et al., 2016, s. 260). Et eksempel på forebyggende tiltak på indikativt nivå kan være støttesamtaler med helsesykepleier.

Selektive tiltak rettes mot grupper hvor man har kjennskap til forhøyet risiko for sykdomsutvikling. Slik risiko kan vurderes på grunnlag av både miljøbaserte og individbaserte faktorer. Tiltakene som iverksettes kan ha god effekt for gruppen tiltaket rettes mot, men favner i mindre grad resten av samfunnet (Bru et al., 2016, s. 260). Et eksempel på et slikt tiltak, som ofte benyttes i skoler i dag, er gruppetilbud til ungdom som strever med ulike lærevansker.

Universelle tiltak rettes mot hele befolkningsgrupper. Baktanken ved slike intervensjoner er å nå en stor andel av befolkningen og at den summerte positive effekten for samfunnet dermed blir stor. Tross i stor summert effekt, kan effekten for enkeltmennesket være liten. Slike tiltak iverksettes med ønske om at den totale sykdomsbyrden i samfunnet reduseres (Madsen, 2020, s. 36). Tiltakene tilføres en hel befolkning med mål om å redusere fremtidige psykiske helsevansker (Youth Gov., u.å.). Universalforebyggende tiltak kan rettes mot skolearenaer, eksempelvis gjennom å bygge opp elevens helsekompetanse. På denne måten tenker man at elevene kan bygge opp sin beslutningskompetanse (Bru et al., 2016, s. 259), noe som viser til elevenes evne til å ta gode og meningsfulle beslutninger for egen helse i konkrete situasjoner (Norges offentlige utredning, 2011). De fleste universalforebyggende helsetiltak består av en kombinasjon av forebyggende og helsefremmende elementer.

Dermed aktualiseres behovet for å tydeliggjøre forskjellen mellom forebygging og helsefremming. Figur 1 skisserer hvordan helse utgjør et kontinuum, og hvordan begrepene relaterer seg til kontinuumet som ulike, men likevel overlappende fenomener.

Figur 1

Behandling, forebygging og helsefremming på helsekontinuumet



Notat. Fra *ABC for bedre psykisk helse*, av Krokstad, 2020

(https://www.utposten.no/journal/2020/2/m-82/ABC_for_bedre_psykisk_helse).

Sammenligner man psykologisk helsefremming og forebygging skiller de seg dermed ved at førstnevnte er forsøk på å *optimalisere* god psykisk helse ved å tilføre helsefremmende faktorer, mens sistnevnte omhandler forsøk på å *minimere* psykiske vansker gjennom å tilføre forebyggende faktorer før et spesifikt psykologisk helseproblem har oppstått, eller med mål om å forebygge videre skjevutvikling (Youth Gov., u.å.). Psykologisk helsefremming og forebygging av psykiske vansker har dermed ulik tilnærming, men samme ønske; et mål om å skape god psykisk helse i befolkningen.

Forskjellen mellom helsefremmende og forebyggende faktorer vil være mindre rigid i den yngre populasjonen. Dette fordi barn og ungdom er i utvikling og tiltak som fremmer god helse og velvære ved ett utviklingstrinn kan ha forebyggende effekter på senere tidspunkt i livet (Barnes, 1998). «Psykisk helsearbeid» vil heretter brukes som felles begrep som favner både psykologisk helsefremming og forebygging av psykiske vansker.

Krokstad (2020) illustrerer i figur 1 hvordan menneskers livskvalitet og psykiske helse kan bedres gjennom både psykologisk helsefremmende og universalforebyggende tiltak. Begge disse er arbeid som foregår på arenaene mennesker oppholder seg på i dagliglivet. Dette gjør psykisk helsearbeid til et felles prosjekt.

1.3 Psykologisk helsefremming som et felles prosjekt

Det er i alles interesse at ungdommene har god psykisk helse. God helse *skapes* ikke i helsetjenesten, men i kommunene hvor mennesker bor og lever. Kommunenes primære helseoppgaver omhandler derfor å forebygge uhelse, samt fremme god helse i arenaer som skoler, barnehager, arbeidsplasser og nærmiljø (Regjeringen, 2021). Norge har satt ambisiøse mål for populasjonens helse hvor satsning rettes særlig mot å fremme barn og unges psykiske helse og livskvalitet. Dette gjøres gjennom langsiktig og systematisk kommunalt folkehelsearbeid (Helsedirektoratet, u.å.). Dermed krever psykologisk helsefremming samarbeid mellom alle instanser som virker inn på våre helsevalg (WHO, 1986). Verdens helseorganisasjon (1986) argumenterer for at psykologisk helsefremming burde implementeres i både statlige og ikke-statlige retningslinjer og programmer. Også St. meld. nr. 37 (1992-1993) og St.meld. nr. 16 (2002-2003) belyser viktigheten av helsefremmende arbeid hvor alle samfunnssektorer må samarbeide på alle samfunnsnivåer (Braut, 2022a).

Utdanningssektoren trekkes frem som et viktig satsningsområde for psykologisk helsefremming. Verdens helseorganisasjon (2021b) understreket nylig at skolen er viktigere som helsefremmende arena enn noen gang, og at utdanningssystemet ikke er effektivt om det ikke også fremmer helse. Skolen er en arena hvor man kan legge til rette for å bygge opp under elevenes ressurser (se figur 1), for eksempel gjennom kreativitet, engasjement og medbestemmelse (Uthus, 2022a, s. 31). Uthus (2022a, s. 33) presiserer at en skole er helsefremmende når skolens krav og forventninger er tilpasset elevenes behov. Elevene gis da mulighet til mestring i en periode de er i vekst og utvikling som hele mennesker. Nielsen et al. (2015) påpeker hvordan skolen er en unik arena for å fremme sosial- og emosjonell kompetanse. Dette muliggjør elevenes evne til å påvirke hverdagen i positiv forstand, samt navigere og håndtere det bredere sosiale samfunnet (Nielsen et al., 2015). Ifølge Uthus

(2022a, s. 21) vil det at elevene får tilfredsstilt sine grunnleggende psykologiske behov i skolen kunne medføre god psykisk helse både her-og-nå og i fremtiden. Hun setter det at elevene får oppleve mening, autonomi, mestring og sosial tilhørighet her-og-nå i sammenheng med å få bedre betingelser for å realisere egne ressurser i fremtiden (Uthus, 2022a, s. 21).

God helse bør dermed fremmes gjennom ulike arenaer, på både individ-, gruppe- og systemnivå. Dette bør gjøres på arenaene ungdom benytter, deriblant skolen, og fagfornyelsen med de nye tverrfaglige temaene belyser denne tematikken.

1.4 Fagfornyelsen og de tverrfaglige læreplanene

Å legge til rette for god psykisk helse er en viktig del av skolens mandat (Bru et al., 2016, s. 22). Derfor er også psykisk helsearbeid et viktig tema for lærerne. Kunnskapsløftet 2020 fokuserer på psykisk helse gjennom det tverrfaglige temaet Folkehelse og livsmestring (Kunnskapsdepartementet, 2017a). Elevene skal utvikle kompetanse innenfor temaet gjennom problemstillinger som implementeres i ulike fag (Kunnskapsdepartementet, 2017a, 2017b). Dette impliserer at læreren må ha kunnskap om temaet og hvordan relevante problemstillinger kan implementeres (Gjerustad et al., 2019, s. 82). Målsetningen med temaet er å fremme god folkehelse og gi elevene gode forutsetninger til å mestre egne liv (Kunnskapsdepartementet, 2017a).

Alle norske skoler er lovpålagt å arbeide etter de nasjonale læreplanene (Opplæringslova, 1998, § 1-5). Dette medfører nasjonale standarder og forventninger om at de tverrfaglige temaene skal implementeres (Kunnskapsdepartementet, 2017b). En slik nasjonal forventning om implementering vil også kunne antas å fremme mindre sosiale forskjeller mellom skoler i ulike fylker, samt gi likhet i utdanningstilbudet på nasjonalt nivå (Borg & Pålshaugen, 2019).

Tross i denne styrken er det ikke presentert retningslinjer eller kompetansemål som hjelper skolene å forvalte Folkehelse og livsmestring eller prioritere psykisk helse (Madsen, 2020, s. 17). Det finnes dermed få strukturer for å sikre at Folkehelse og livsmestring implementeres, eller hvordan dette gjøres. Av denne grunn utformer ulike fylker og ulike skoler sine egne praksiser for tverrfaglig psykologisk helsefremmende arbeid. Som følge av dette vil også tilbudet elevene mottar variere fra skole til skole, og ut fra hvor i landet du er bosatt.

1.5 MEST i skolehelsetjenesten

I Trøndelag har det siden 2014 blitt jobbet systematisk helsefremmende og forebyggende i ungdoms- og videregående skole gjennom skolehelsetjenestens arbeidsstrategi MEST (Trondheim kommune, u.å.-b). Arbeidsstrategien utgjør ifølge MEST i skolehelsetjenesten et lavterskeltilbud med fokus på mestring av hverdagsutfordringer. MEST er en satsning på skolehelsetjenesten og drives av helsesykepleiere som tverrfaglig samarbeider med blant annet lærere (Bjørnsen, Ringdal, Eilertsen, et al., 2018; Corneliussen, 2017, s. 15).

Helsedirektoratet (2022) presiserer at «skolehelsetjenesten bør ha oversikt over trender og utvikling i miljøet på skolen og i lokalmiljøet for å kunne iverksette sekundærforebyggende tiltak når det er nødvendig» (avsn. 3). MEST i skolehelsetjenestens skaper dette kunnskapsgrunnlaget gjennom årlige datainnsamlinger ved bruk av spørreskjema elevene fyller ut (Trondheim kommune, u.å.-b). Den elektroniske kartleggingen omfatter blant annet elevenes egenopplevde helse, trivsel og deres ønsker om helsekompetanse. Basert på datagrunnlaget samhandler skolehelsetjenesten med blant annet skoleledelsen, lærerne og elevene om hvilke tiltak som kan bidra til å skape trivsel, mestring og læring (Aglen et al., 2018). Med dette som grunnmur utformes det seminarer om de temaene elevene ønsker økt helsekompetanse på.

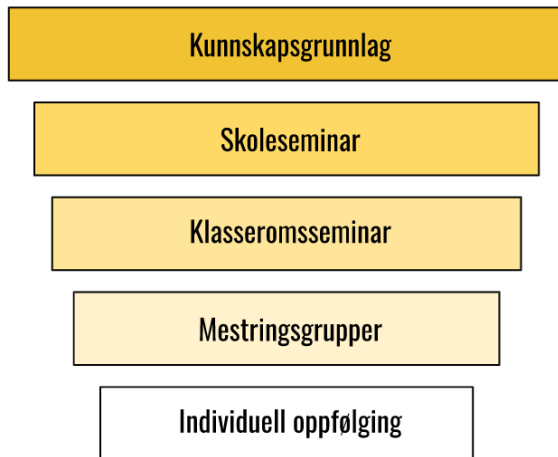
Når det kommer til begrepet «helsekompetanse», består dette av flere komponenter. Komponentene «kunnskap om hvordan oppnå og opprettholde god psykisk helse» (Kutcher et al., 2016, s. 155) er særlig relevant i vår studie. MEST i skolehelsetjenesten veksler mellom å bruke begrepene «helsekompetanse» og «helsekunnskap», og dermed vil begge begrep brukes også i vår studie.

Bjørnsen, Ringdal, Espnes, et al. (2018) fant at økt psykologisk helsekunnskap er en signifikant forklarende variabel for opplevelse av mentalt velvære blant jenter. De viser også til at helsekunnskapen til elever som mottok MEST-intervensjoner økte signifikant mer over et skoleår sammenlignet med de som ikke mottok MEST-tilbudet. Dette gjør MEST til en lovende arbeidsstrategi for helsefremming (Bjørnsen, Ringdal, Espnes, et al., 2018, s. 7). Målet med MEST-tiltak er dermed å øke elevenes helsekompetanse og opplevelse av autonomi, samt tilrettelegge for et godt psykososialt miljø (Aglen et al., 2018). MEST deler sine tiltak inn i fire ulike nivå av systemarbeid (se figur 2), på bakgrunn av det innhentede kunnskapsgrunnlaget. «Skoleseminar» er for alle elever på skolen som ønsker å delta. «Klasseromsseminar» er for spesifikke klasser. Disse to første nivåene kan beskrives som universalforebyggende tiltak rettet mot større elevgrupper uten nødvendigvis å alltid ha

identifiserte risikofaktorer. Det tredje nivået, «mestringsgrupper», er derimot for enkeltelever fra ulike klasser og kan beskrives som selektivt forebyggende tiltak. Det fjerde nivået, «individuell oppfølging», er for enkeltelever og utgjør et typisk indikativforebyggende tiltak (Trondheim kommune, u.å.-b).

Figur 2

Modell for MEST i skolehelsetjenestens helsefremmende arbeidsstrategi



Notat. Fra MEST i skolehelsetjenesten, av Trondheim kommune, u.å.-b.

<https://sites.google.com/trondheim.kommune.no/mestalle/hva-er-mest-i-skolehelsetjenesten>.

MEST-modellens oppbygning viser at det etterstrebes å sette inn tiltak på universelt nivå i forkant av tiltak rettet mot spesifikke grupper eller individer (Trondheim kommune, u.å.-b). Seminarenes innhold varierer ut ifra hva de ulike klassene og utdanningsprogrammene rapporterer manglende helsekompetanse om. Det er dog noen seminartema som har vært tilbakevendende, som eksempelvis søvn, eksamensstress og ensomhet (Corneliussen, 2017, s. 15). Seminarene skal både bestå av tilpasset helseinformasjon og konkrete verktøy for å praktisk kunne hjelpe ungdommen med sine helsevansker (Corneliussen, 2017, s. 15). MEST sine seminarer kan således sies å både være helsefremmende og forebyggende; de tilfører faktorer som fremmer god psykisk helse hos ungdommen (Bjørnsen, 2019), samt tilfører verktøy som skal hjelpe dem i møte med fremtidige vansker (Corneliussen, 2017, s. 15).

1.6 Retningslinjer for psykologisk helsefremming i den norske skolen

MEST i skolehelsetjenesten tar i sitt arbeid utgangspunkt i Helsedirektoratets (2019) retningslinjer for helsefremmende og forebyggende arbeid. Helsedirektoratet (2019) gir en sterk anbefaling om at skolehelsetjenesten skal samarbeide med skolen, og således lærerne, i

det psykiske helsearbeidet for barn og unge. Det anbefales at samarbeidet bør være rettet mot å fremme godt psykososialt miljø, samt forebygge mistrivsel og psykiske plager (Helsedirektoratet, 2022). Psykisk helsearbeid blir dermed en viktig tematikk for både lærerne og skolehelsetjenesten.

Ifølge Helsedirektoratet (2019) bør samarbeidsfokuset fra skolehelsetjenestens side være systemrettet. I dette tilfellet bør samarbeidet rettes mot skolen som overordnet organisasjon eller mot klasser som en helhet (Bargel & Samuelsen, 2007). Anbefalingene presiserer at skolehelsetjenesten bør se etter sterke sider hos elevene i like stor grad som de ser etter risikofaktorer og sykdom (Helsedirektoratet, 2022). På denne måten skal skolehelsetjenesten bidra i det universalforebyggende arbeidet i skolen. I tillegg til disse sterke anbefalingene er det lovfestet at skolehelsetjenesten blant annet skal bistå i undervisning etter skolens læreplan i aktuelle fag (Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten, 2003). Det foreligger dermed både anbefalinger og lovpålegg for hvordan skolehelsetjenesten skal arbeide inn mot skolen.

Tross i dette finnes det ikke retningslinjer for hvordan skolen, og lærerne, skal samarbeide med skolehelsetjenesten eller ta imot deres initiativ. Opplæringslova (1998, § 9A-4) konstaterer dog at skolen skal drive et kontinuerlig og systematisk arbeid for helsefremming. Arbeidet er lovfestet, skal være «føre var»-rettet og drives gjennom hele året. Likevel foreligger det ingen retningslinjer som hjelper skolene å forvalte dette arbeidet.

Lærerne står dermed i en posisjon hvor utenforstående kan forvente fokus på psykisk helsearbeid mens de selv ikke nødvendigvis har kunnskap om hvordan dette arbeidet best bør gjøres. Dermed fremstår et godt fungerende tverrfaglig samarbeid mellom skolehelsetjenesten og lærerne som hensiktsmessig.

1.7 Tverrfaglig samarbeid i skolen

Det tverrfaglige og tverretatlige samarbeidet har blitt fremhevet som en særlig nyttig måte å samarbeide på i skolen (Borg & Pålshaugen, 2019; Braut, 2022b), og blir viktig i skolens psykologisk helsefremmende arbeid. I et tverrfaglig samarbeid deler ulike profesjoner informasjon og erfaringer på tvers av bakgrunn for å finne alternative måter å håndtere utfordringer på (Borg & Pålshaugen, 2019). Dette kan gi tjenesten høy kvalitet og et helhetlig fokus (Gjerustad et al., 2019; Lauvås & Lauvås, 2004, s. 17).

Borg og Pålshaugen (2019) utforsket i sin studie hvordan tverrfaglig samarbeid for psykologisk helsefremming kan fungere i norske skoler. Gjennom spørreskjema kartla de tverrfaglige grupperes samarbeidskvalitet på tvers av ulike skoler, hvor noen av gruppene

samarbeid var strukturert av en intervensjon og andres ikke. De beskriver to årsaker til hvorfor det er særlig hensiktsmessig med tverrfaglig samarbeid i skolen angående psykologisk helsefremming. For det første har elevpopulasjonen gjennom de senere årene blitt mer kompleks og fått mer varierende behov. Én bidragsyter til elevpopulasjonens kompleksitet kan være at alle ungdommer fikk rett til tre års videregående skole etter Reform 94, og at det dermed er en *bredere* elevgruppe tar videregående skole (Borg & Pålshaugen, 2019). Borg og Pålshaugen (2019) belyser også at (b) lærere har begrenset kompetanse, tid og ressurser tilgjengelig til å følge opp psykologisk problematikk på egenhånd (Ekornes, 2015). Disse faktorene understreker viktigheten av tverrfaglig samarbeid. Tross i dette er ikke lærerne entydige angående ønsket om økt tverrfaglig samarbeid. Mens noen lærere har uttrykket et ønske om mer tverrfaglig samarbeid for psykologisk helsefremming (Ekornes, 2015), har andre lærere belyst at økt samarbeid mellom lærere og eksterne profesjoner kan oppleves truende for lærerens faglige identitet (Borg et al., 2015, s. 5) og derfor ikke er utelukkende ønsket. Bildet av tverrfaglig samarbeid i skolen er dermed intrikat.

Ekornes (2015) så på læreres opplevelse av utfordringer ved tverrfaglig samarbeid for psykologisk helsefremming gjennom fokusgruppeintervju og spørreskjema. Hun fikk et overordnet inntrykk av mangelfullt samarbeid om psykisk helsearbeid i skolen. For eksempel følte lærerne seg alene om ansvaret for oppfølging av elevers psykiske helse og ønsket seg mer kompetanse på psykologiske tema (Ekornes, 2015). Angående samarbeid mellom lærere og skolehelsetjenesten fant Ekornes (2015) at en viktig årsak til dårlig samarbeid var opplevelsen av at helsepersonell skjuler seg bak «konfidensialitet». En annen faktor som trekkes frem er at skolehelsetjenesten og lærerne har ulik forståelse av konseptet «psykisk helse» (Ekornes et al., 2012).

En litteraturgjennomgang av Connolly og James (2006) undersøkte samarbeid på tvers av roller og profesjoner innad i skolen. Gjennomgangen viste egenskaper ved grupper som har større sannsynlighet for å lykkes med sine prosjekter. I samarbeid som lykkes opplever medlemmene å ha en relativt jevnbyrdig innvirkning på gruppen og beslutningene som tas. Disse samarbeidene lykkes i større grad enn hierarkiske grupper (Connolly & James, 2006). Connolly og James' (2006) forskning gir et interessant perspektiv på den norske videregående skoles struktur. Den videregående skolen i Norge er stor, kompleks og med relativt store avstander mellom de ulike enhetene i skolen. Eksempelvis er skolehelsetjenesten organisert under kommunale helse- og omsorgstjenester, mens videregående skole er organisert under fylkeskommunen. Denne organiseringen gjør at ansatte i skolehelsetjenesten og ansatte i den videregående skolen har ulike ledergrupper de rapporterer til og følgelig kan ha mindre

innblikk i hverandres arbeidshverdag. Dette kan være ugunstig for godt tverrfaglig samarbeid (Connolly & James, 2006).

Et godt tverrfaglig samarbeid i skolen kan ha en rekke positive følger for det psykologisk helsefremmende arbeidet. Når rammene er til stede kan dette føre til blant annet økt kunnskap om andre profesjoners bidragmuligheter, opplevd kollegastøtte og mer effektiv arbeidsfordeling (Borg & Pålshaugen, 2019). I forlengelsen kan dette føre til bedre tjenestetilgang til flere elever og ikke minst at helsefremmende og forebyggende tiltak favner en større elevgruppe, kanskje også de elevene som hadde vært vanskelig å nå uten tverrfaglig samarbeid (Borg & Pålshaugen, 2019). Potensialet er dermed stort, men som vist til er det likevel strukturelle forhold ved den norske videregående skolen som utfordrer tverrfaglig samarbeid (Borg & Pålshaugen, 2019; Connolly & James, 2006; Ekornes, 2015).

1.8 Skoleledelsen er viktige i det psykiske helsearbeidet

Rektor er videregående skolens øverste leder. I større skoler består øverste ledergruppe ofte av rektor, undervisningsinspektør og avdelingsledere, mens ledergruppen i mindre skoler kan bestå av kun rektor og en deltidsansatt inspektør (Utdanning, u.å.). Skoleledelsen er viktig når det kommer til å legge til rette for lærerens involvering i psykologisk helsefremmende arbeid (Ekornes, 2015). Tilrettelegging kan gjøres gjennom å vektlegge psykologisk helsefremming som tematikk i skolens rutiner og retningslinjer, samt benytte standardiserte, kvalitetssikrede praksiser for psykisk helsearbeid i skolen (Ekornes, 2015). Dermed kan skoleledelsen både ha en symbolsk funksjon i å vise at de prioriterer psykologisk helsefremming, i tillegg til å ha en praktisk funksjon i å tilrettelegge for tverrfaglig samarbeid (Ekornes, 2015).

En sterk skoleledelse anses som viktig for å tilrettelegge for godt tverrfaglig samarbeid mellom lærere og andre profesjoner (Ekornes, 2015). Således er rektors rolle avgjørende i enhver endringsprosess og hans aktive støtte er svært viktig (Braskén et al., 2020). Skoleledelsens viktige rolle underbygges av forskning som viser til at manglende støtte fra egen institusjon, uklare roller og lav informasjonsdeling er bidragsyttere til vanskelig tverrfaglig arbeid (Ball et al., 2010; Ekornes, 2015; Ødegård, 2005). Basert på en studie med norske ungdoms- og videregående skolelærere trekkes svak skoleledelse frem som en overhengende utfordring i det psykologisk helsefremmende arbeidet (Ekornes, 2015). Implisitt i dette ligger at psykisk helsearbeid for ungdom har stort potensiale om skoleledelsen legger til rette for slikt samarbeid.

Et av de viktigste aspektene ved skoleledelsen er å skape rammer for skolens evne til å være i forkant (Ekornes, 2015; Feigenberg et al., 2010). Proaktiv skoleledelse anerkjenner at elevers psykiske helse påvirker læring og forsøker å igangsette intervensjoner før problemer oppstår (Feigenberg et al., 2010). Å være proaktiv er likevel ikke uproblematisk. Nordisk forskning har utforsket skolelederes syn på implementering av ulike endringstiltak i skolen (Pyhäntö et al., 2011). I følge Pyhäntö et al. (2011) er en fallgrube at skoleledelsens oppfattelse av *målsetningen* for et helsefremmende tiltak kan være tydeligere enn oppfattelsen av hvordan tiltaket konkret skal *gjennomføres*. En annen fallgrube kan være at lærerne, som ofte skal implementere tiltaket i skolehverdagen, ikke føler eierskap til tiltaket og ikke deler samme målsetning som skoleledelsen. Dette kan føre til at de ikke jobber for samme målsetning som ledelsen (Pyhäntö et al., 2011). Utfordringene tilknyttet skoleledelsens rolle aktualiserer behovet for tydelige retningslinjer for hvordan helsefremmende arbeid skal implementeres på «lærernivå». Tydelige retningslinjer kan føre til at tjenestene som ytes ikke er vilkårlige og opp til den enkelte læreres personlige egenskaper og engasjement (Ekornes, 2015).

Ifølge Ekornes (2015) bør ledelsen legge til rette for samarbeid på tvers av profesjoner ved å koordinere de ulike tjenestene på en effektiv og fordelende måte. Samtidig er hierarkisk struktur og avstand mellom ulike profesjoner uheldig for vellykket resultat av samarbeidet (se avsnitt 1.7). Disse sprikende forventningene og kontekstene kan antas å utfordre enhver ledergruppe og skisserer kompleksiteten i skoleledelsens rolle.

1.9 Lærerrollen som frontfigur i psykisk helsearbeid – empiri fra norsk skolekontekst

Læreren, og skolen, har posisjon som frontfigur i arbeidet med helsefremming for unge (O'Reilly et al., 2018). Læreren har en viktig jobb, både i å gi barn og unge kunnskapen som trengs for å videreutvikle samfunnet, men også i å være en trygg voksen i barn og unges liv. Verdens helseorganisasjon (2021a) beskriver lærere som en av de “uformelle” psykiske helsearbeiderne (WHO, 2021a, s. 9). Læreren er altså i en unik posisjon, både til å tilby et godt psykososialt læringsmiljø, men også til å identifisere elever med psykiske vansker og formidle hjelp til dem (Bru et al., 2016, s. 18). Psykisk helsearbeid krever imidlertid kompetanse på psykologiske tema og på hvordan psykisk stress kan se ut i skolesammenheng (Bru et al., 2016, s. 18). Dette er en kompetanse mange lærere ikke nødvendigvis innehar (Borg & Pålshaugen, 2019). Disse er faktorer som gjør at lærernes perspektiv på psykisk helsearbeid er viktig å undersøke, noe noen studier har gjort i norsk skolekontekst.

«Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning» (NIFU) har i sine to rapporter, for henholdsvis Helsedirektoratet (Gjerustad et al., 2019) og

Utdanningsdirektoratet (Holen & Waagene, 2014), sett på blant annet hvordan lærere forholder seg til temaet psykisk helse i skolen, samt lærernes erfaringer med skolebaserte programmer for psykisk helse. Funnene viser spredning i lærernes opplevelse av kompetanse til å gjennomføre tiltak for psykisk helsearbeid på egenhånd. I tillegg rapporterer én av tre lærere at de ikke har tid og ressurser til å hjelpe elever med psykiske vansker (Holen & Waagene, 2014, s. 54). Gjerustad et al. (2019, s. 82) viser til at det finnes lærere som vegrer seg for å prioritere psykisk helsearbeid over fag. Samtidig anser lærerne psykisk helse som et viktig prioriteringsområde, og for en del lærere som noe de mestrer. Ved spørsmål om hvilken rolle lærerne bør ha med hensyn til elever med psykisk strev finner Holen og Waagene (2014) at lærernes svar samler seg i to ulike grupperinger: de som mener at skolen er viktig i det psykiske helsearbeidet og de som opplever at andre fagmiljøer skal ta dette ansvaret (Holen & Waagene, 2014, s. 63). Nesten 30% av lærerne sa seg enig i at “å hjelpe elever med mentale helseproblemer ikke er skolens oppgave; skoler bør fokusere på læring” (Holen & Waagene, 2014, s. 38). Spennet antyder at psykisk helse i skolen i varierende grad oppleves som viktig og noe lærerne er kompetent til (Gjerustad et al., 2019, s. 82; Holen & Waagene, 2014, s. 54, 63). En slik opplevelse kan videre føre til at lærerne vurderer at andre profesjoner er bedre rustet til å hjelpe elevene med psykisk strev enn de selv er (Mælan et al., 2018).

Ekornes (2015) har også utforsket lærerens rolle innenfor tverrfaglig samarbeid for psykologisk helsefremming. Hun fant at lærerne beskrev en opplevelse av å ha begrenset tid til både å drive psykologisk helsefremming på et universelt nivå, samt til oppfølging av enkeltelever med psykiske vansker. De fortalte om utilstrekkelig kunnskap om psykologisk helsefremming. Sett samlet resulterer dette i en opplevelse av profesjonell utilstrekkelighet og manglende evne til å ta informerte beslutninger om hva som er innenfor og utenfor normalvariasjonsområdet for elevenes aldersgruppe (Ekornes, 2015). Det kan også medføre at psykologisk helsefremming havner i skyggen av fokus på tematikk læreren opplever å ha mer kompetanse på (Ekornes, 2015). Dette tross i at det er en kjent gjensidig påvirkning mellom mental helse og skoleprestasjoner (Baskin et al., 2010; Gustafsson et al., 2010; Mælan et al., 2018) og at helsefremmende tiltak kan støtte læringsprosessen samtidig som det utgjør en proaktiv støtte for bedret psykisk helse. I tillegg bør elevenes psykiske helse vektlegges i skolen helt uten å referere til elevens akademiske prestasjoner (Uthus, 2022a, s. 33). Uthus (2022a, s. 33) viser i denne forbindelse til at en del elever som presterer godt på skolen ikke nødvendigvis har god psykisk helse. Sammenhengen mellom psykisk helse og skoleprestasjoner er med andre ord sammensatt.

Borg og Pålshaugen (2019) viser til at manglende kompetanse, samt prioritering av akademiske prestasjoner er to av årsakene til at arbeid med mental helse i en norsk skolekontekst ofte blir overlatt til sosialarbeidere og helsearbeidere i og utenfor skolen. Dette tross i at tilgjengeligheten og tilstedeværelsen til helsepersonell i skolen er en utfordring (Ekornes, 2015), og en ressurs som varierer fra skole til skole.

Variierende psykologisk helsetilbud i samfunnet, i kombinasjon med opplevd manglende kompetanse hos lærerne, kan føre til at lærerrollen blir stor og mangefasettert. Det er ikke lærerens ansvar å være elevens terapeut, ei heller veie opp for manglende foreldrefunksjon (Bru et al., 2016, s. 287). Likevel har læreren en viktig rolle i å hjelpe elever til å kombinere hverdagen med skolegang og eventuell psykologisk oppfølging. Dermed forsøkes det å lages avgrensede skiller mellom de ulike profesjonene og deres roller, samtidig som lærerrollen ofte dras ut til å omhandle både fagformidling og omsorgsutøving (Smette, 2017). Som lærer har du ansvar for at selv de sykeste enkeltelevne skal få et opplæringsstilbud som muliggjør læring og mestring, samtidig som du har ansvar for en større elevgruppe. Å skulle dekke både enkeltelevners og elevgruppens behov kan gi motsetningsfylte forpliktelser og dra lærerrollen i ulike retninger.

Arbeid med psykisk helse i skolen blir ofte er knyttet til psykiske vansker (Borg & Pålshaugen, 2019). Ekornes et al. (2012) utforsket læreres konseptualisering av mental helse. Studien belyser at psykologisk helsefremming i et norsk perspektiv ofte konseptualiseres som å handle om behandling og forebygging av diagnostiserbare helseforhold. Dette blir typisk arbeid i etterkant av at en psykisk utfordring har oppstått. 62% av lærerne i studien var enig eller sterkt enig, i at begrepet «psykisk helse» er knyttet opp til sykdom eller diagnoser (Ekornes et al., 2012). I samme studie viser Ekornes et al. (2012) til at intervensjoner for å øke lærernes kunnskap og aksept for skolens psykiske helsearbeid har en positiv effekt, men at denne effekten faller fort over tid om ikke organisatoriske systemer følger opp arbeidet. Disse funnene belyser lærernes behov for kunnskapspåfyll og alternative forståelser av «psykisk helse», men understreker også viktigheten av at organisasjonen tilrettelegger for helsefremmende arbeid over tid.

Lærere viser en tendens til å tolke sin hovedrolle innenfor psykisk helsearbeid som å registrere at eleven har mentale vansker og, ved behov, oppfordre eleven til å søke hjelp for sine vansker (Ekornes, 2015). Selv i en studie hvor lærerne trakk frem viktigheten av sin proaktive rolle innenfor psykologisk helsefremming, lå fremdeles hovedfokuset i utøvingen på hvordan elevenes stress kunne reduseres, istedenfor å sette søkelys på stressets opphav (Mælan et al., 2018). Denne formen for konseptualisering står i kontrast til Verdens

helseorganisasjon (1946) sin positive og holistiske definisjon. Lærerrollen, i en norsk skolekontekst, er med andre ord mangefasettert og kan oppleves overbelastet (Myhren, 2021).

1.10 Lærerrollen fra et rolleteoretisk perspektiv

Å utøve psykologisk helsefremming fordrer at læreren går inn i en rolle som de potensielt opplever som ukjent. Innenfor rolleteori vektlegges blant annet rolleforventninger (Biddle, 1986), noe som betyr at lærerne tilpasser seg forventningene de møter i sin rolle og agerer deretter. Gjennom å tilpasse seg forventningene utvikler enkeltpersonen en dypere forståelse og forpliktelse til rollen (Biddle, 1986). Således vil en lærer som tilpasser seg rollen som psykisk helsearbeider øke forpliktelsen til denne hjelperrollen. Videre kan rollen både ekspanderes og avgrenses av ytre forventninger (Biddle, 1986). En rolle kan også utformes strategisk, ved at ulike aspekt vektlegges. Denne utformingen foregår gjerne over tid og gjennom erfaring (Biddle, 1986). Det kan antas at strategisk utforming er særlig krevende når de ytre forventningene er store og motstridende til egne ønsker for rollen.

Biddle (1986) sitt perspektiv på rolleteori belyser hvordan én person kan ha flere roller å fylle, alt ut fra ytre krav og forventninger. Følgelig blir egen selvpoppfatning avhengig av evne til å leve opp til forventninger, dette for å unngå rollekonflikt (Biddle, 1986). Forskning på lærerrollen i norsk skolekontekst belyser deler av overnevnte teori i praksis ved å skissere hvordan lærere kan oppleve det som krevende å leve opp til ulike roller. Lærere kan forsøke å hjelpe elevene ved både å fylle en hjelperrolle, en rolle som fagansvarlig, en helsepersonellrolle og en rolle som kompenserer for manglende foreldrefunksjon (Bru et al., 2016, s. 287). Dette kan antas å føre med seg ulike og tidvis motstridende forventninger og kan kreve ferdigheter lærerne ikke nødvendigvis innehar.

1.11 Sosio-økologisk perspektiv på psykologisk helsefremming og lærers rolle

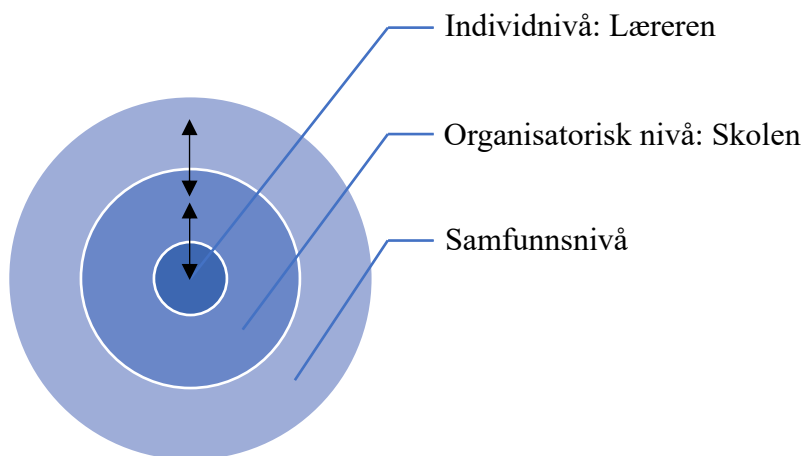
Den sosio-økologiske modellen gir et rammeverk for å forstå både psykologisk helsefremming og lærerens opplevelse av sin rolle i dette (Barry, 2009; Barry et al., 2007; Ekornes et al., 2012). De økologiske modellene for menneskelig utvikling understreker kontekstens betydning, hvor individet blir påvirket av flere interagerende systemer (Bronfenbrenner, 1979, 2005). Ses psykologisk helsefremming i lys av den sosio-økologiske modellen, tar man høyde for at positiv mental helse er integrert i, og påvirket av, en større sosial, økonomisk og kulturell kontekst (Barry, 2009). Dette understreker skolens rolle i arbeid for god psykisk helse hos unge mennesker. Dessuten vises det til at konseptualiseringen av psykisk helse og psykologisk helsefremming varierer på bakgrunn av

tid, sted, kultur og kontekst (Barry, 2009). Slik sett har også forståelsen av lærers rolle i psykologisk helsefremming variert. For eksempel har det over de siste tiårene skjedd en endring i måten man forstår helse, fra et individualisert perspektiv til et mer systemisk perspektiv. Ifølge Ekornes et al. (2012) ser man nå heller på endringskapasitet og miljøfaktorer i større grad enn risikofaktorer. Dermed har måten man tenker om lærers rolle endret seg fra at de er en «individuell aktør» til at de heller er en del av et system som driver helsefremming for alle elever.

Lærerens egen opplevelse av psykologisk helsefremming og egen rolle i dette vil dermed kunne påvirkes av faktorer på både det individuelle, organisatoriske og samfunnsmessige nivå (Ekornes et al., 2012). Disse nivåene har dessuten gjensidig påvirkning på hverandre (se figur 3). Lærerne står sentralt i dette systemet, og deres perspektiver, erfaringer og opplevelser blir derfor av interesse.

Figur 3

Sosio-økologisk perspektiv på lærerens opplevelser



Notat. De tre kontekstuelle nivåene som påvirker lærerens opplevelser av psykologisk helsefremmende arbeid. Basert på «Teachers as mental health promoters: a study of teachers' understanding of the concept of mental health», av S. Ekornes, T.E. Hauge, og I. Lund, 2012, *International Journal of Mental Health Promotion*, 14(5), s. 292.

1.12 Formålet med studien

Å jobbe aktivt og strukturert for å fremme robuste og fornøyde barn og ungdom er et dagsaktuelt perspektiv på psykisk helse. Skolen er en arena hvor et slikt arbeid lar seg gjennomføre, og læreren har da en fremtredende rolle. Tross i dette finnes det relativt lite

forskning som tar utgangspunkt i lærerens perspektiv på psykologisk helsefremming for ungdom.

Læreres opplevelse av sin rolle i psykologisk helsefremmende arbeid har blitt undersøkt i noen norske studier, da med fokus på konseptualisering av psykisk helse (Ekornes et al., 2012) og utfordringer i tverrfaglig samarbeid (Ekornes, 2015). Hvor disse studiene er basert på fokusgruppeintervju og spørreskjema, ser vi det som nyttig å utforske liknende problemstillinger gjennom individuelle dybdeintervju. En individuell intervjusituasjon kan være hensiktsmessig for å senke sosial ønskelighets mulige innvirkning og gjøre det enklere for lærerne å være åpne, ærlige og utdypende om sine opplevelser. Dessuten vil det være hensiktsmessig å utforske problematikken i en annen kontekst og tid enn tidligere studier.

Så vidt vi vet er det ikke blitt gjennomført studier som kvalitativt utforsker arbeidsstrategien MEST fra lærerens perspektiv. Å utforske lærernes opplevelser, assosiasjoner og erfaringer med denne arbeidsstrategien er av interesse da MEST i skolehelsetjenesten ønsker samarbeid med lærere (Aglen et al., 2018). Corneliussen (2017, s. 85) foreslo at det vil gi et mer helhetlig bilde av hemmende og fremmende faktorer for MEST om de ulike partene som er involvert i implementeringen blir intervjuet. Denne anbefalingen følger vår studie opp ved å intervjuere lærere.

Formålet med denne studien er dermed å få en økt forståelse for hvordan lærere opplever det er å jobbe psykologisk helsefremmende ovenfor elevene, samt hvordan de opplever sin egen rolle i dette arbeidet. Det vil være viktig å få kunnskap om hva lærerne ser på som hemmende og fremmende faktorer. Slik kunnskap vil kunne ha implikasjoner for fremtidig psykologisk praksis. Vi håper at vi ved å belyse hvilke utfordringer og mulighetsrom som finnes i det tverrfaglige psykologisk helsefremmende arbeidet, både på strukturelt nivå og individnivå, kan bidra til å sette noen kunnskapshull for hvordan å fremme god psykisk helse hos ungdom. Som følge av kunnskapshullene på feltet og studiens formål blir problemstillingen, og de primære problemformuleringene (punkt 1 og 2), vi ønsker å besvare dermed:

Hvordan opplever lærerne sin rolle, utfordringer og mulighetsrom i tverrfaglig psykologisk helsefremmende arbeid for ungdom i videregående skole?

- 1) *Hvordan opplever lærerne sin rolle i helsefremmende og forebyggende psykologisk arbeid? og*
- 2) *Hvordan opplever lærerne skolehelsetjenestens arbeidsstrategi MEST og spesifikke tiltak initiert gjennom MEST?*

2 Metode

2.1 Metoden og dens teoretiske forankring

2.1.1 Begrunnelse for valgt metode

Hovedoppgavens mål er å utforske hvordan læreren opplever sin rolle i tverrfaglig psykologisk helsefremmende arbeid for ungdom i videregående skole. For å få innsikt i den enkelte lærers opplevelse besluttet vi at en kvalitativ analysetilnærming med færre, men detaljerte beskrivelser var hensiktsmessig (Braun & Clarke, 2006).

Etter grundig vurdering valgte vi refleksiv tematisk analyse som analysemetode. Metoden ble vurdert opp mot andre tilnærminger, eksempelvis fenomenologisk fortolkende analyse. En viktig årsak til at vi valgte refleksiv tematisk analyse var metodens store fleksibilitet og teoretiske uavhengighet (Braun & Clarke, 2021, s. 41; Smith, 2015, s. 223). Den teoretiske uavhengigheten muliggjorde at vi selv valgte teoretisk ståsted, noe som gjorde metoden anvendbar til oppgavens eksplorative problemstilling.

Innenfor tematisk analyse finnes det ulike retninger (Smith, 2015, s. 223). Valget vårt falt på en refleksiv tematisk analyse da denne tilnærmingen er svært tro til det kvalitative paradigmet, i motsetning til mer kvantitativt rettede tematiske analyser. Refleksiv tematisk analyse ga også mulighet til å utforme tema på tvers av datamaterialet (Braun & Clarke, 2021, s. 115). Dette var derfor en hensiktsmessig metode ved utforskning av denne problemstillingen da vi ønsket å utforske individuelle opplevelser og samtidig belyse mønstre på tvers av ulike deltakere. Metodens popularitet og tilgjengelighet for begynnende forskere gjorde den også svært anvendbar for vår studie (Braun & Clarke, 2006). Refleksiv tematisk analyse oppfordrer forskeren til å ta en aktiv og reflekterende rolle gjennom analyseprosessen (Braun & Clarke, 2021, s. 310), noe som skinner gjennom i vårt epistemologiske, ontologiske og teoretiske standpunkt.

2.1.2 Epistemologisk og ontologisk standpunkt

Ifølge Braun og Clarke (2021, ss. 198, 212), må forskerens bruk av tematisk analyse lokaliseres i henhold til et ontologisk og epistemologisk ståsted for å kunne gjøre en teoretisk bevisst analyse. Disse begrepene er nært relaterte og viser til metateorier som er viktige for alle kvalitative forskere (Braun & Clarke, 2021, s. 199; Smith, 2015, s. 224). Ontologi referer til «teorier om virkelighetens natur», mens epistemologi viser til «teorier om kunnskap og kunnskapsproduksjon» (Braun & Clarke, 2021, s. 198).

Vårt ontologiske ståsted faller inn under kritisk realisme. Av noen teoretikere klassifiseres kritisk realisme som en epistemologi, men Braun og Clarke definerer det som en ontologi (Braun & Clarke, 2021, s. 299). Den kritiske realisten plasserer seg mellom realisten og relativisten (Smith, 2015, s. 224). Mens realisten tenker at virkeligheten finnes og er observerbar gjennom forskningsprosessen, tenker relativisten at det ikke finnes én ytre virkelighet observerbar gjennom forskning. Som en gylden middelvei sier den kritiske realisten at selv om det finnes en virkelighet der ute, får man ikke som forskeren direkte tilgang til denne. Det man derimot får tilgang til, er deltakerens persepsjon av sin virkelighet (Braun & Clarke, 2021, s. 201). Verden vi ser, og måten vi fortolker denne er farget av kontekstuelle faktorer som språk og kultur (Braun & Clarke, 2021, s. 299). Slik sett blir representasjonen av virkeligheten og den faktiske virkelighet to forskjellige ting (Braun & Clarke, 2021, s. 200). Hva gjelder vårt epistemologiske standpunkt, favnes dette av kontekstualisme, som også i stor grad rommes av den kritisk realistiske ontologi (Braun & Clarke, 2021, ss. 205, 206). Kontekstualisme viser til at kunnskap og menneskene som skaper kunnskap er påvirket av kontekst og situasjon (Braun & Clarke, 2021, ss. 206, 299).

Sett sammen, vil dette ha innvirkning på hvordan vi som forskere forstår datamaterialet vårt. Forsker og deltaker samskaper mening gjennom et intervju, heller enn å skape den hver for seg (Braun & Clarke, 2021, s. 206). Dermed er informasjonen lærerne ga oss skapt og formet i den spesifikke intervjukonteksten. Det vi får vite om lærernes opplevelser og forståelse farges av sosiokulturelle faktorer (Braun & Clarke, 2021, s. 200). Kunnskapen som genereres reflekterer lærernes egne oppfatninger av virkeligheten og kan farges av at de er på jobb, i «lærerrollen». Grunnet vårt kontekstualistiske ståsted har vi valgt å ved noen anledninger ha med spørsmålet vi stiller deltakeren i forkant av deres sitater i resultatkapittelet (se kapittel 3). Dette har vi gjort med ønske om å på en transparent måte vise at deltakernes svar skapes i samhandling med oss som forskere. Av samme grunn skriver vi i stor grad med aktivt språk, for eksempel i «vi»-form, for å tydeliggjøre vår rolle som forskere i prosessen.

2.1.3 Hermeneutisk og fenomenologisk tilnærming

I tråd med et kritisk realistisk og kontekstualistisk ståsted er hermeneutikk og fenomenologi nærliggende teoretiske perspektiver. Den hermeneutiske tilnærmingen viser til at forskningsprosessen, fra datainnsamling til ferdigstilt analyse, består av faser hvor forskeren fortolker respondentens konstruksjon av verden (Smith, 2015, s. 19). Som allerede belyst legger vi til grunn at lærerne har med seg sosiokulturelle faktorer som påvirker deres

opplevelser. Vi som forskere fortolker respondentens verden og bruker i tillegg et fagspråk for å forklare opplevelsene deres. Dermed er den hermeneutiske prosessen dobbel i form av at vi som forsker fortolker respondentens fortolkning (Smith, 2015, s. 26).

Videre er den fenomenologiske tilnærmingen relevant grunnet vår problemstilling hvor vi ønsker å få innsikt i levd erfaring og individuelle opplevelser. Braun og Clarke (2021, ss. 205, 299) viser til at det er overlapp mellom det kontekstualistiske standpunktet og det fenomenologiske perspektivet. En av årsakene til dette er at både fenomenologien og kontekstualismen sentrerer rundt menneskelig persepsjon og har en tanke om at virkeligheten er kontekstuell (Braun & Clarke, 2021, s. 305). Husserl, den antatte grunnleggeren av fenomenologisk filosofi, avviser antagelsen om at det finnes noe mer grunnleggende enn opplevelser (Gill, 2020, s. 73). Subjektive opplevelser bør behandles som valide og meningsfulle fokusområder for utforskning (Braun & Clarke, 2021, s. 307) og menneskets tanker, følelser og opplevelser bør studeres fra førstepersonsperspektiv (Smith, 2015, s. 12).

2.1.4 Refleksivitet og vår forforståelse

De ovennevnte teoretiske standpunktene understreker viktigheten av refleksivitet i refleksiv tematisk analyse. Refleksivitet kan defineres som «prosessen hvor forskeren kritisk reflekterer over hvordan egne antagelser og valg av forskningsdesign former kunnskapen man produserer» (Braun & Clarke, 2021, s. 310). Refleksivitet blir altså en systematisk bevissthet til forskers egen kunnskapskonstruksjon (Malterud, 2001). Å reflektere rundt egen interesse og motivasjon for å gjennomføre et forskningsprosjekt øker forskningens troverdighet og integritet (Finlay, 2002; Finlay, 2003).

For å illustrere - siden vi forstår kunnskapsproduksjon som kontekstuell, har det vært viktig å være bevisst egen forståelse, bakgrunn og verdier da dette vil påvirke kunnskapen vi produserer. På samme måte som lærerne er påvirket av eget verdenssyn og sosiokulturelle faktorer, er også vi som forskere det (Smith, 2015, s. 224). Forskerens bakgrunn og interesser vil påvirke hele forskningsprosessen, fra utforming av problemstilling til analyse og diskusjon av resultatene.

Vi tok flere refleksive valg for å sikre høy analytisk kvalitet, blant annet å gjennomføre datainnsamling i forkant av litteraturgjennomgang. Dette induktive grepet gjorde vi med mål om ha en naiv, åpen og nysgjerrig holdning til informasjonen vi mottok fra deltakerne, hvor de er eksperter på sine opplevelser. Vi drøftet også umiddelbare tanker i etterkant av hvert intervju, med mål om å reflektere rundt vår egen innvirkning på

datamaterialet vi nettopp hadde hentet inn, samt for å muliggjøre videreutvikling av intervjuguiden ved behov (Malterud, 2001).

Som forskere og studenter innehar vi en viss forforståelse for tematikken vi har utforsket. Vi er begge psykologstudenter og har i all hovedsak kjennskap til lærerrollen kun fra egen skolegang, gjennom bekjente og media. Vår forforståelse ble fremtredende da vi ved studiens startsfase skrev ned antakelser og forventninger til forskningsprosessen. Vi observerte da særlig mange forventninger tilknyttet *utfordringer* innenfor psykologisk helsefremmende arbeid. Vi hadde forventninger om at lærerrollen oppleves som en viktig og givende jobb, men at den kan oppleves hektisk å stå i og kreve harde tidsprioriteringer. Vi hadde videre en forforståelse av at tverrfaglig samarbeid med skolehelsetjenesten er noe lærerne verdsetter og opplever som viktig for elevene, men også at samarbeidet kan være krevende å gjennomføre i praksis. Vi forsøkte å være bevisst disse forventningene gjennom datainnsamlingsprosessen. Eksempelvis forsøkte vi å aktivt være bevisst å også følge opp på tematikk som omhandlet styrker, mulighetsrom og ressurser underveis i intervjuene.

Dermed forsøkte vi å ha et bevisst forhold til egen forforståelse og egne partiskheter, ikke med mål om å eliminere disse, men med mål om å utforske hva de betyr og hvorfor de finnes. Dette er i tråd med våre teoretiske standpunkt; vi som forskere farger og fortolker hvilken virkelighet deltakerne får vist gjennom intervjuet. Vi har etterstrebet å være tro mot datamaterialet deltakerne har gitt oss. Tross i dette, sett i lys av det doble hermeneutiske perspektivet, vil det alltid være en risiko at vi fortolker deltakerens utsagn på en måte deltakeren ikke ville kjent seg fullstendig igjen i. At vi var bevisste vår forforståelse og partiskhet muliggjorde videre at vi aktivt kunne følge opp også de temaene vi ikke forventet å finne. Dette tror vi ga analysen mer dybde og nyanser. Dermed forsøkte vi å bruke vår bakgrunn som verktøy, både for å generere og analysere datamaterialet.

2.1.5 Forskningsetiske betraktninger

Innenfor all psykologisk kvalitativ forskning er forskningsgruppen ansvarlig for å verne deltakernes konfidensialitet (Smith, 2015, s. 203). Derfor har studien blitt vurdert og godkjent av Norsk senter for forskningsdata (u.å.) når det gjelder den planlagte datainnsamlingen og datalagring (se appendiks 3). Dette har sikret at personopplysninger er blitt håndtert og lagret forsvarlig.

Siden det i denne studien er relativt få deltakere økes behovet for å ta forholdsregler som minimerer risikoen for at deltakeren gjenkjennes. Gjennom transkriberingen ble transkripsjonene anonymisert med henhold til dialekt, navn, stedsnavn og lignende. Med

bakgrunn i anonymisering har vi også valgt å ikke benevne deltakerne med “han” eller “hun”, men heller bruke det kjønnsnøytrale pronomenet “hen”. I tillegg har vi anonymisert noen sitater som vises til i resultatdelen ved å endre ordlyd. Meningsinnholdet i sitatene er ikke endret på. Grunnet anonymisering vurderte vi det som mest riktig å ikke nummerere deltakernes sitater i resultatdelen. Tross i dette er alle seks deltakere representert med sitat innenfor samtlige tema.

Videre har vi utelatt identifiserbare karakteristikk ved deltakerne i rapporteringen av studien, som deltakernes bakgrunn, utdanningsprogram og spesifikke lærerrolle. Denne forholdsregelen kunne teoretisk sett ha begrenset i noen grad hva vi har kunnet rapportere og diskutere, men vi har ikke opplevd dette som en aktuell utfordring. Overordnet har vi tatt nødvendige grep for at den alminnelige leser ikke skal kunne identifisere deltakerne.

Informasjonsskriv om blant annet formål med studien, frivillig samtykke, rett til å trekke seg både underveis og etterpå, samt kontaktinformasjonen vår ble formidlet både skriftlig og muntlig til deltakerne (se appendiks 2). Før datainnsamlingen signerte deltakerne en erklæring der de samtykket til å delta på intervju, at dataene kunne analyseres for hovedoppgaven og at nødvendig persondata kunne lagres i trygt lagringssystem frem til prosjektets slutt (se appendiks 2). Samtykkeskjema og annet fysisk materiale med personidentifiserbar informasjon ble oppbevart i skap med kodelås.

Vi tok lydopptak av intervjuene på ekstern lydopptaker for å muliggjøre transkribering, og i denne sammenheng ble NICE-1 benyttet som fillagringsområde for trygg lagring av data (Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, u.å.). Behandling av datamaterialet krevde dermed både bruk av VPN og tofaktorautentisering. Bruk av NICE-1 for fillagring sikret at vi overholdt NSD sine krav om forsvarlig håndtering av data og muliggjorde en felles plattform for oppbevaring av forskningsmaterialet.

Vi tok også forskningsetiske hensyn i forbindelse med gjennomføringen av intervjuene. Deltakerne ga oss innblikk i opplevd evne, eller manglende evne, til å leve opp til egne eller andres forventninger i egen yrkesrolle. Slik tematikk kan for noen oppleves utfordrende å snakke om. Det dukket i tillegg opp andre personlige tema underveis i noen av intervjuene. I slike tilfeller forsøkte vi å ivareta deltakeren på en omsorgsfull måte, samtidig som vi bevegde oss tilbake til studiens tematikk. Dette krevde at vi i korte tidsrom beveget oss bort fra den noe distanserte forskerrollen og gikk inn i rollen som varmt medmenneske. En slik ivaretagelse har vi vurdert som viktig for å unngå at intervjuet blir en unødig belastende erfaring for lærerne.

I løpet av skrivearbeidet med studien har vi også gjort oss tanker om at vi ikke ønsker at deltakerne i studien skal oppleve det ubehagelig å lese oppgaven, samtidig som vi får formidlet dataene på en god måte. Dette har ført til refleksjoner rundt hvilken informasjon som er riktig å trekke frem og ikke, samt refleksjoner rundt risikoen for at deltakerne kan føle seg utlevert eller feiltolket. Dette er drøftinger vi har forsøkt ha med oss gjennom analyseprosessen, samtidig som vi har ønsket å være tro vårt teoretiske ståsted.

2.2 Datainnsamling

2.2.1 Rekruttering

Vi begynte prosjektutformingen med å ta kontakt med ansatte i Trondheim kommune som arbeidet med SteinSaksPapir-strategien, en strategi «for å bygge sterke barne- og ungdomsfellesskap i Trondheim kommune» (Trondheim kommune, u.å.-a). På denne måten kom vi i kontakt med MEST i skolehelsetjenesten. Ved utformingen av prosjektet anbefalte vår kontaktperson i MEST oss å ta kontakt med én videregående skole med bakgrunn i at skolen var relativt stor og hadde en stabil skolehelsetjeneste. Etter avklaringer med rektor ved skolen, ble det denne skolen vi har intervjuet lærere ved.

Alle de over 100 lærere ved den valgte videregående skolen hadde lik mulighet til å melde sin interesse for å delta i forskningsprosjektet. Lærerne ble rekruttert gjennom et bekvemmelighetsutvalg (Suri, 2011) hvor vi sendte ut e-post med informasjon om prosjektet og informasjon om påmelding. E-posten ble sendt ut til lærerne via rådgivere ved de ulike studieprogrammene på skolen. Vi gjennomførte også en presentasjon av forskningsprosjektet på en kort informasjonssending som strømmes over nett og som alle lærerne hadde mulighet til å se. Der fikk vi også informert om hvordan lærerne kunne melde sin interesse. Grunnet noe begrenset respons benyttet vi oss også av snøballutvalg (Suri, 2011) hvor allerede rekrutterte deltakere hjalp oss å rekruttere flere deltakere. Å bruke allerede etablerte kontakter til å utvide deltakergruppen var effektivt, men utfordret også faktorer som eksempelvis anonymitet (Parker et al., 2019). Dermed har vi tatt aktive valg for å veie opp for anonymitetsutfordringene, som skissert under «forskningsetiske betraktninger» (se avsnitt 2.1.5).

2.2.2 Utvalget

Gjennom ovennevnte rekrutteringsmetode rekrutterte vi seks deltakere. Siden ulike videregående skoler jobber noe ulikt med tanke på psykologisk helsefremming, samt er noe

ulikt strukturert, valgte vi å kun rekruttere fra én videregående skole. Dette sikret at lærerne hadde likere forutsetninger for å kunne besvare problemstillingen.

Utvalget bestod av både kvinner og menn. Både fag- og kontaktlærere var representert, og deltakerne hadde bakgrunn fra varierende utdanningsprogram. Lærerne hadde ulik studiebakgrunn og arbeidserfaring, hvorav både nyutdannede og erfarne lærere var representert. En viss grad av variasjon i utvalget var ønskelig for å kunne få bredde i besvarelsene og få belyst problemstillingen fra flere perspektiv, samtidig som utvalget var homogent i form av at de alle var ansatt som lærere på én og samme skole.

2.2.3 Intervju

Informasjon om problemstillingens tematikk ble samlet inn gjennom semistrukturerte dybdeintervjuer i tidsperioden april til juni 2022, spredt over ulike dager. Intervjuene varte mellom 60 og 90 minutter. Semistrukturerte intervjuer ble benyttet for å forsikre oss om at vi dekket de viktigste interesseområdene innenfor temaet, samtidig som deltakernes egne opplevelser og assosiasjoner fikk plass. Flexibiliteten til det semistrukturerte intervjuet har vært viktig i dette forskningsprosjektet for å gi respondenten rom til å fortelle om sine opplevelser og hva som er viktig for seg (Fylan, 2005, s. 66).

Intervjuguiden vår ble utformet med nøytrale, relativt åpne spørsmål (se appendiks 1), en karakteristikk som er typisk for det semistrukturerte intervjuet (Fylan, 2005, ss. 65-66). I arbeidet med å utarbeide intervjuguiden kom vi frem til fem hovedspørsmål vi ønsket å utforske. Hovedspørsmålene fikk ulike underspørsmål, samt oppfølgingsspørsmål som ble stilt ved behov. Denne spørsmålsstrukturen muliggjorde praksisnære besvarelser med fokus på enkeltindividets opplevelser. Intervjuguiden ble revidert etter første intervju grunnet behov for å definere og tydeliggjøre hva vi mente med «psykologisk helsefremming» og «MEST i skolehelsetjenesten». Videre ble intervjuguiden revidert ved behov, og spørsmål ble omformulert hvis respondentene gjentatte ganger misforstod et spørsmål.

De semistrukturerte dybdeintervjuene ble gjennomført enten digitalt over videosamtale, eller i fysisk person på den videregående skolen lærerne jobbet ved. Vi var begge to til stede på alle intervju og begge var tilnærmet likt involvert underveis i intervjuene. Vi noterte ikke mye underveis i intervjuene, da vi hadde lydopptaker og ønsket å være fullt til stede i intervjuet. I intervjuene forsøkte vi å balansere oppfølging av deltakerens assosiasjoner med å dekke intervjuguidens hovedspørsmål. Dette var tidvis krevende grunnet blant annet tidsbegrensning hos deltaker, samt stor variasjon blant deltakernes grad av erfaring og assosiasjoner. Dermed så vi en styrke i å være to som samarbeidet om dette.

Da vi avrundet de to siste intervjuene noterte vi oss at en del informasjon begynte å gå igjen og vi vurderte at vi hadde nok informasjonsstyrke (Braun & Clarke, 2021, s. 68) i datamaterialet. Det var dermed naturlig å avslutte datainnsamlingen.

2.3 Analyse

2.3.1 NVivo

Gjennom analysen ble NVivo versjon 1.6.1 benyttet som analyseverktøy (Universitetet i Oslo, u.å.). Vi deltok på to ulike kurs arrangert av Universitetsbiblioteket ved NTNU for å lære oss hvordan NVivo kan brukes innenfor kvalitativ forskning. Dette analyseverktøyet ble benyttet som hjelpemiddel gjennom hele analyseprosessen og bistod i transkribering av data, koding og temagenerering. Bruken av NVivo gjorde det enklere å samarbeide mens vi jobbet med datamaterialet, samt ga rom for god oversikt over datamaterialet som helhet.

2.3.2 Fasene i tematisk analyse

Gjennom analyseprosessen har vi tatt utgangspunkt i Braun og Clarke (2021, s. 74) sine seks faser for refleksiv tematisk analyse: (a) gjøre seg kjent med datasettet, (b) koding, (c) generering av initiale tema, (d) utvikling og gjennomgang av tema, (e) finpusse, definere og navngi tema og (f) skrive ut temaene.

Første fase omhandler å bli kjent med dataene (Braun & Clarke, 2021, s. 79). Vi begynte vårt kjennskap til dataene ved å begge intervjuer alle deltakerne. I etterkant av datainnsamling transkriberte vi lydfilene til tekst. Vi transkriberte halvparten av intervjuene hver og fokuserte underveis i transkriberingen på å notere oss fyllord, stemmebruk, stotring, latter, pauser og lignende. Nonverbal informasjon kan fortelle noe om respondentens involvering og tilstand, og kan både underbygge og tilbakevise det som sies verbalt (Onwuegbuzie et al., 2010). Underveis i transkriberingsprosessen noterte vi oss umiddelbare tanker, assosiasjoner og mulige spørsmål for å sikre nærhet og et interaktivt forhold til datamaterialet. Videre leste begge to gjennom alle transkripsjoner, samt hørte gjennom intervjuene vi ikke selv hadde transkribert. Også under gjennomlesing og gjennomhøring noterte vi oss tanker og assosiasjoner, både spesifikke for det enkelte intervjuet og generelt for alle intervju.

Braun og Clarke (2021, s. 80) oppfordrer til å kritisk engasjere seg i datamaterialet. Dette gjorde vi i familiariseringsfasen ved å stille oss selv spørsmål som «hvilke briller ser respondenten verden gjennom», «hvorfor reagerer jeg på dataene på denne måten» og «hvilke antagelser om verden viser respondenten når hen sier dette?». Slike metaspørsmål fremmet

både dybde og distanse til dataene, samt ga et refleksivt forhold til analyseprosessen (Braun & Clarke, 2021, s. 80). Alle refleksjonene som ble generert gjennom første fase ble skrevet inn i et felles dokument. Dokumentet utgjorde en viktig oversikt over initiale forståelser som var nyttig for å sikre nærhet til datamaterialet også senere i analysen.

Andre fase i refleksiv tematisk analyse omhandler å kode datamaterialet. Grunnet vårt fenomenologiske ståsted med vekt på individets egen meningsdanning valgte vi en induktiv tilnærming hvor vi holdt oss nær data (Braun & Clarke, 2021, ss. 302-303). Vi forsøkte å ta et nøytralt standpunkt, selv om dette aldri vil være mulig å oppnå fullstendig grunnet vår psykologiske kompetanse og egne erfaringer (Braun & Clarke, 2021, s. 200). Dermed etterstrebet vi å bruke våre forkunnskaper som en styrke for å fremme kompleksitet og nyanser i analysen.

Vi sikret nærhet til datamaterialet ved å ikke danne forhåndsdefinerte koder. Videre holdt vi kodene nær data ved å i hovedsak kode semantisk, altså deltagerens eksplisitt uttrykte meninger (Braun & Clarke, 2021, s. 92). Vi dannet dog også latente koder, altså mer abstrakte og oppsummerende koder som skisserte hvordan vi opplevde deltakernes utsagn og verdenssyn (Braun & Clarke, 2021, s. 92). På denne måten gjorde det doble hermeneutiske perspektivet seg gjeldende gjennom kodeprosessen; vi fortolket deltakernes fortolkninger. En kombinasjon av semantiske og latente koder er ofte brukt innenfor refleksiv tematisk analyse (Braun & Clarke, 2021, ss. 92-93), og bidro i vår studie til et detaljert og nyansert kodeutvalg.

Vi forsøkte å holde kodene spesifikke, presise og med kun ett enkelt meningsfullt segment per kode. Begge to kodet alle intervjuene separat. Da vi begge var nye til kodingsarbeidet og vi ikke ønsket å miste viktig informasjon endte vi opp med å generere mange og detaljerte koder. I NVivo hadde vi mulighet til å kode samme stykke tekst til flere koder og holde oversikt over begge koder samlet på ett sted. Dette muliggjorde å se likheter og variasjon i hverandres forståelse, og dermed få stor bredde i forståelsen av datamaterialet. Vi dannet nye, oppsummerende morkoder med flere datterkoder for å få økt oversikt i kodelisten. I denne siste delen av kodingsarbeidet snevret vi kodefokuset noe inn ved å sortere ulike koder inn i grupper som favnet samme tematikk.

Generelt opplevde vi at det grundige kodingarbeidet ga flere nyanser og rikere beskrivelser enn om kun én av oss hadde kodet de ulike intervjuene. Denne opplevelsen underbygges av Malterud (2001) som viser til at flere forskere som jobber på samme studie kan tilføre og utfordre hverandres forståelse. Dessuten er kvaliteten på de to innledende fasene av refleksiv tematisk analyse viktig for kvaliteten på de følgende fasene (Braun &

Clarke, 2021, s. 114). Dette utgjorde et tungtveiende argument for å bruke god tid på disse analysefasene.

Tredje fase av refleksiv tematisk analyse handler om å generere begynnende tema, som er mønster av delt mening eller delte ideer på tvers av datamaterialet. Mønsteret kan være mer eller mindre eksplisitt uttalt, men skal kunne knyttes til flere deltakere (Braun & Clarke, s. 115), samt oppfattes som viktig i relasjon til forskningsspørsmålet (Braun & Clarke, 2006). På dette punktet i analysen hadde vi god kjennskap til datamaterialet vårt. Vi startet fasen med å jobbe interaktivt med post-it-lapper i ulike farger, en begynnende tematisk kartlegging (Braun & Clarke, 2021, s. 312). Begge to ga innspill til mulige tema vi opplevde gikk igjen i datamaterialet. Her gikk vi blant annet gjennom alle kodelistene våre. De ulike temaideene ble satt sammen i ulike samlinger som gjennom drøfting fikk nye temanavn; tentative kandidattemaer (Braun & Clarke, 2021, s. 74). Vi etterstrebet å skille mellom oppsummeringer og delte meninger på tvers av datasettet (Braun & Clarke, 2021, s. 114), samtidig som vi erkjente at en slik begynnende temagenerering krever en ukritisk og kreativ tilnærming til datamaterialet. I denne prosessen tok vi et steg opp fra datamaterialet, så etter større linjer og koblet på egen faglighet. Vi gjorde et skifte i fokus fra små meningsenheter til større mønstre av mening (Braun & Clarke, 2021, s. 116). Dette skiftet førte til at vi så sammenhenger som ikke hadde vært like tydelige før og mulige nye forståelser ble formet.

I den fjerde fasen ble temaene utviklet og gjennomgått. I denne fasen vektlegges det å utvide og sjekke ut de initiale temaene generert i forrige fase (Braun & Clarke, 2021, ss. 128-129). Målet med fasen er å utvikle en rik, nyansert analyse som adresserer forskningsspørsmålet (Braun & Clarke, 2021, ss. 128-129). For vår del var overgangen mellom fase tre og fire noe flytende. Vi fortsatte en videreutvikling av de begynnende temaene gjennom å knytte koder til tema. Post-it-arbeidet ble flyttet over til delt arbeid på PC for å enklere organisere og redigere koder opp mot tema. Temaene ble illustrert gjennom skjematiske oversikter og modeller. Noen av temaene vi startet denne fasen med viste seg å ikke være levedyktige og vi måtte gjøre flere omformuleringer og omstruktureringer av de skjematiske oversiktene etter hvert som vi utformet temaer. Det ble tydelig for oss hvor mye og sammensatt data vi hadde. Det var en tidkrevende prosess å utvikle tema som var ulike hverandre, som kun omhandlet *én enkelt* sentral idé (Braun & Clarke, 2021, ss. 128-129) og som ikke ble for bredt. Denne utfordringen skisserte kompleksiteten i oppgavens problemstilling.

I denne fasen ble det tydelig at det var utfordrende å avgrense temagenereringen vår til å *kun* omhandle våre innledende problemformuleringer. Dette fordi deltakerne generelt hadde

få erfaringer og inngående formeninger om arbeidsstrategien MEST sett opp imot hvor mye de fortalte om bakenforliggende strukturer som fremmet eller hindret MEST og psykologisk helsefremming, i å få plass i skolehverdagen. Dermed gjorde vi et valg om analysefokus for å favne den tematikken som stod frem som viktigst (se avsnitt 2.3.3).

Den femte fasen av refleksiv tematisk analyse er dedikert til å avgrense, definere og navngi temaene. Fasen henger tett sammen med den sjette, og dermed siste fasen, som omhandler å utarbeide resultatene til en skriftlig rapport. Disse fasene tok oss i flere retninger og var tidkrevende. For oss var det fremtredende at den analytiske prosessen fremdeles pågikk underveis i skrivearbeidet. I arbeidet med å raffinere resultatkapittelet økte vår forståelse for datamaterialet og kvaliteten på analysen. Analysen endte opp med fem hovedtema med tilhørende undertema (se figur 4). Resultatene presenteres i kapittel 3, underbygget med sitater fra studiens deltakere og med gjennomarbeidede temadefinisjoner og temanavn (Braun & Clarke, 2021, s. 138).

2.3.3 Analysefokus

Da vi ble kjent med materialet i den begynnende temagenereringen utviklet det seg to analysefokus som fremstod som viktig for analysen. Analysefokusene har rot i hovedproblemstillingen «hvordan opplever lærerne sin rolle, utfordringer og mulighetsrom i tverrfaglig psykologisk helsefremmende arbeid for ungdom i videregående skole?» og dens problemformuleringer «hvordan opplever lærerne sin rolle i helsefremmende og forebyggende arbeid?» og «hvordan opplever lærerne skolehelsetjenestens arbeidsstrategi MEST og spesifikke tiltak initiert gjennom MEST?», men omhandler mer bakenforliggende aspekt ved problemformuleringene.

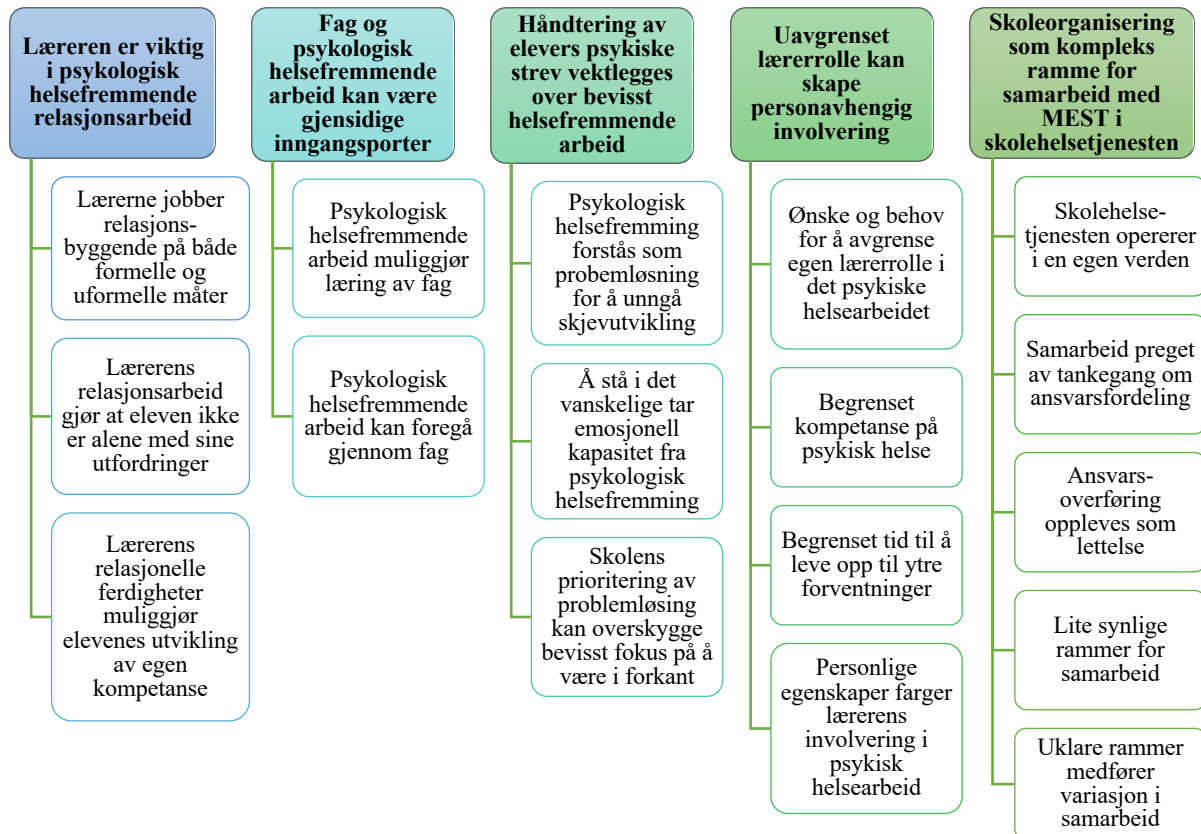
Vi utviklet analysefokusene med bakgrunn i hva som stod frem som viktig tematikk for lærerne i datasettet, men også med bakgrunn i hva som ble vurdert som nyttig for videre utvikling av psykologisk helsefremmende arbeid i skolen. Analysefokusene sentrerte seg rundt spørsmålene: (a) «hvordan *forstår og utøver* lærerne psykologisk helsefremmende arbeid?» og (b) «hvordan opplever lærerne sine *forutsetninger* for å bedrive psykologisk helsefremmende arbeid i videregående skole?». Disse spørsmålene brukte vi aktivt gjennom utforming, avgrensning og rapportering av temaene.

3 Resultater

Gjennom refleksiv tematisk analyse av dataene (Braun & Clarke, 2021) utviklet vi fem hovedtema med tilhørende undertema (se figur 4):

Figur 4

Oversikt over resultatenes hovedtema og undertema



Alle temaene har utgangspunkt i analysefokusene fokusert på lærernes forståelse og utøvelse av, samt opplevelse av forutsetninger for, psykologisk helsefremmende arbeid. De tre første hovedtemaene handler i størst grad om hvordan lærerne konseptualiserer og utøver psykologisk helsefremmende arbeid i hverdagen. Analysen viste på den ene siden at lærerne jobber for å fremme god psykisk helse i de hverdagslige møtene med elevene, uten at dette alltid forstås som psykologisk helsefremmende arbeid. Dette gjøres gjennom både (a) relasjonsarbeid og (b) fag. På den andre siden har lærerne i stor grad (c) et konsept om psykologisk helsefremmende arbeid som arbeid med psykisk strev. De to siste hovedtemaene handler om faktorer og strukturer som fremmer og hemmer lærerens involvering i psykologisk helsefremmende arbeid. Dette omhandler (d) hvordan læreren opplever rollen som uavgrenset, og at involveringen i det psykologisk helsefremmende arbeidet dermed blir

personavhengig. I tillegg (e) skaper skoleorganiseringen en kompleks ramme for lærernes samarbeid med MEST i skolehelsetjenesten angående psykologisk helsefremming.

* Leserveiledning: Deltakernes sitater er i kursiv for å gjøre de enkelt tilgjengelige og identifiserbare for leser. I noen sitater viser «I» til intervjuer og «R» til respondent.

3.1 Læreren er viktig i psykologisk helsefremmende relasjonsarbeid

Et gjennomgående tema i intervjuene er relasjonsarbeid og dets betydning for god psykisk helse hos elevene. Mange av deltakerne fremhever de voksne ved skolens rolle i dette arbeidet, og ser på seg selv som en potensielt viktig relasjon for mange elever. For eksempel sier en deltaker at *«relasjonsbiten er jo utrolig viktig, er kanskje det viktigste vi holder på med»*.

Hvor noen deltakere bringer frem relasjonsarbeid spesifikt når spurt om assosiasjoner til psykologisk helsefremmende arbeid, nevner andre det mer indirekte eller refererer til det som en grunnleggende del av læreryrket. Deltakerne bruker ofte begrepene *«relasjonsarbeid»* og *«relasjonsbygging»* som samlebetegnelser som kan bety flere ulike ting i deres arbeid med elevene. Hovedsakelig refererer de til innsats de gjør for å bygge relasjon med enkeltelever og klassen, samt elevene seg imellom. Flere deltakere bruker relaterte begrep som *«klassemiljø»*. Felles er at de tillegger begrepene stor viktighet i arbeidet for at elevene skal ha det bra. Følgende sitat illustrerer en deltakers refleksjoner rundt temaet:

I: *Hvis jeg sier helsefremmende psykologisk arbeid, hva er det som dukker opp i hodet ditt da?*

R: *Nei, jeg tenker relasjon, jeg. Relasjon mellom lærer-elev, elev-elev, ikke minst ... det vet vi jo er svært helsefremmende, også psykisk da-, eller mentalt. Og hvis det er en god tone mellom elevene i en klasse så, så er vi kommet langt på vei ... i forhold til ... miljø og trivsel og ikke minst [...] hvis en elev har utfordringer så kan eleven ivaretas på en ganske enkel måte. [...] Men før, før det skjer noe så er det det som er hovedarbeidet. Det her med miljøskapende arbeid og det her med bygge relasjon ... Det er det absolutt viktigste som jeg mener da.*

I vår analyse identifiserte vi at deltakerne (a) bruker både formelle og uformelle fremgangsmåter i sitt relasjonsbyggende arbeid. Respondentene setter dessuten lærerens evne til å skape en trygg relasjon i sammenheng med viktige konsekvenser for elevene. De mest

fremtredende konsekvensene er at en trygg relasjon skaper et rom hvor elevene (b) ikke trenger være alene med utfordringene sine, og (c) kan utvikle sin egen kompetanse.

3.1.1 Lærerne jobber relasjonsbyggende på både formelle og uformelle måter

Deltakerne beskriver flere fremgangsmåter for å bygge gode relasjoner i klassen og med enkeltelever, hvor målene er å skape «*tilhørighet*», «*trygghet*», «*inkludering*» og «*tillit*» hos elevene.

Noen fremgangsmåter følger en mer formell struktur. Her nevnes at skolen har tillitsvalgte elever og et elevråd hvor elevene har mulighet til å gi tilbakemeldinger og innspill. I tillegg trekkes klassens time frem som en arena som kan brukes til å sette psykologiske tema på agendaen. Makkerpar- og grupper beskrives av mange som tiltak som skaper trygge rammer for elevene med tanke på det sosiale i klassen. En deltaker sier: «*vi setter dem i makkerpar. Også har de litt sånn gjensidig ansvar for hverandre. Ikke sånn egentlig på ordentlig da. Men vi gir dem det litt*».

I denne sammenheng trekker også mange deltakere frem en startsamtale de har med alle elevene før første skoledag. «*Det er en halvtimes samtale med litt om familie, litt om bakgrunn, litt om interesser, hvilke styrker de har, hva ønsker de i fremtiden*», sier en deltaker. De beskriver denne samtalen som meget positiv, både for å begynne relasjonsbygging og for å kartlegge hva de bør følge med på videre i semesteret. En deltaker sier at det er «*essensielt*» å ha en relasjon til elevene for at de skal kunne lære og at startssamtalen derfor er viktig:

Allerede da skape relasjon til dem, slik at de skal føle at det er trygt å komme på skolen og føle at de blir sett, som da skal være med på å bygge videre resten av skoleåret.

Andre grep lærerne gjør er mer uformelle i sin natur, og følger dermed i større grad eget initiativ. Sosiale aktiviteter blir nevnt av mange deltakere, en deltaker sier: «*vi leker mye, spiller mye, gjør artige oppgaver som er utenfor læreboka.. også tur i byen og.. på kunstbesøk eller noe sånt og ja, faktisk ganske mye*». Andre respondenter nevner at de har arrangert aktiviteter som kino, kafé, quiz, samtalekort og turer. Flere deltakere forteller at elevene selv etterspør sosiale aktiviteter i skoletiden, også for å bli bedre kjent med lærer: «*så det liker de veldig godt da, da føler de blir litt mer kjent med meg også på en litt annen måte*».

Majoriteten av deltakerne nevner initiativ de gjør for å bli kjent med enkeltelever og bygge tillit. Dette kan være å vise personlig interesse for elevene og prate om ikke-faglig tematikk, en respondent sier at hen: «*spør hvordan det går, eller.. hva har de gjort i helga.. hvordan var kampen.. var det en fin skitur.. Ja sånne småting*». En deltaker forteller at hen inviterer elevene sine til å skrive brev til hen for å bli bedre kjent:

Prøver å bli kjent med dem og, prøver å bli litt sånn kompis kanskje med dem, finner ut hva de gjør på fritiden og.. så ofte så, når vi begynner så får jeg dem til å skrive et brev til meg om hva de ... om de har en hund som heter [hundenavn], og spiller håndball og har to søsken og ... Det er topp da for da vet jeg noe om alle.

3.1.2 Lærerens relasjonsarbeid gjør at eleven ikke er alene med sine utfordringer

Deltakerne opplever at egen evne til å bygge en trygg relasjon kan ha positive konsekvenser for elevene. Flere trekker frem eget relasjonsbyggende arbeid som meget viktig for å få innblikk i elevens indre liv. En deltaker sier at relasjonsarbeid «*er jo på en måte nøkkelen inn da ... til eventuelle, altså det som måtte være da*».

Den hyppigst nevnte positive konsekvensen, er at elevene skal ha noen å gå til hvis de ønsker å prate. Dette kan være for hjelp eller veiledning, men i størst grad når de synes noe er vanskelig. Flere av deltakerne mener at hvis de selv klarer å være en trygg voksenperson, vil elevens terskel for å ta kontakt for en prat senkes betraktelig. En respondent sier: «*vi har jo den rollen at vi skal gjøre eleven trygg. Og det er kanskje den viktigste rollen og det at på en måte eleven vet at de kan komme til oss og snakke med oss. Men ikke nødvendigvis at vi skal løse alt*».

Flere av deltakerne trekker dessuten frem at de kan bruke egne evner til relasjonsbygging som verktøy hvis en elev begynner å få utfordringer. En respondent trekker frem «*blikket*» og «*samtalen*» som viktige verktøy hen har i møte med elever. En annen deltaker forteller om at hen bruker relasjonen til å hjelpe elever å ta sosial kontakt med andre, i tillegg til å jobbe med «*lederne*» i klasserommet. Samme deltaker sier: «*også er vi jo ganske god, at hvis det er en elev som har utfordringer – vi merker det ganske fort og så jobber alle lærerne rundt for å lage gode relasjoner da, mellom lærer-elev da og selvfølgelig elev-elev*».

Mange deltakere ser det også som viktig at de får eleven til å oppleve seg sett og forstått. De beskriver at de som lærere gjør en innsats for å vise genuin interesse og omsorg for elevene. Flere nevner at en samtale med læreren kan være nok i seg selv for at eleven skal få det bedre, og at man ikke nødvendigvis trenger å sette i gang større tiltak. En respondent

sier: «noen ganger hjelper det jo bare at eleven er blitt møtt og hørt, og så skjedde det noe magisk. Fordi man følte seg plutselig veldig trygg og så var alt mye bedre».

3.1.3 Lærereens relasjonelle ferdigheter muliggjør elevenes utvikling av egen kompetanse

Noen av deltakerne nevner også at egen evne til å bygge lærer-elev-relasjon er viktig for elevenes egne kompetanseutvikling. Kompetanseutvikling viser her til både å utvikle psykologisk helsekompetanse og relasjonskompetanse, og å utvikle seg som menneske.

Når det kommer til helsefremmende arbeid på gruppenivå, forteller noen respondenter at det blir enklere å jobbe med psykologiske tema hvis de har en god relasjon til elevene. En respondent sier at siden elevene da er trygge, skapes det høy takhøyde for å stille spørsmål, lese ulike tekster og diskutere vanskelige tema: «*hvis du ikke har den relasjonen så er det et minefelt man går ut i*». Slik sett ser flere av deltakerne på egen evne til relasjonsbygging som grunnlag for at elevene skal kunne opparbeide seg helsekompetanse om psykologiske tema i skolen og klasserommet.

Et annet perspektiv er at lærerne gjennom relasjonsarbeid bistår eleven i å utvikle seg som et friskt og trygt menneske som forstår seg selv og sin plass i verden. Respondentene nevner blant annet at de selv kan være med og normalisere eller nyansere elevenes opplevelser. De nevner for eksempel at de som lærere kan normalisere rundt hva som er normal tristhet og kjærlighetssorg, i forhold til depresjon. I tillegg kan en trygg relasjon skape rom for eleven å prøve ut det å være menneske på, som en deltaker sier:

Det som jeg tenker på som lærer da [...] det står ingen steder, det er ikke sånn – det er ikke noe jeg er instruert i, men, vi er liksom den som ungdommen skal prøve og feile på. Vi er jo en del av det her når de skal finne seg selv, finne ut «hvem er jeg?» og sånne ting.

Flere deltakere mener dessuten at de som lærere har en viktig rolle i elevens utvikling av relasjonskompetanse. En deltaker sier: «*og for at eleven skal kunne få [relasjons- og kommunikasjonskompetanse] må læreren også ha det*». Den samme deltakeren mener det er viktigere at elevene lærer seg denne typen ferdigheter, i kontrast til hva de lærer i det tverrfaglige temaet Folkehelse og livsmestring eller eventuelle MEST-seminar. Dermed understrekes lærernes relasjonskompetanse som innvirkende grunnlag for elevenes psykiske helse:

Jeg har mer tro på kommunikasjons- og relasjonsferdigheter, at de lærer det. [...] I forhold til livsmestring da, som har kommet inn i læreplanen.. Har man relasjonsferdigheter, har man kommunikasjonsferdigheter, så tror jeg livsmestringen også kommer.

3.2 Fag og psykologisk helsefremmende arbeid kan være gjensidige inngangsporter

I analysen identifiserte vi beskrivelser av et potensielt gjensidig forhold mellom fag og psykologisk helsefremmende arbeid. Gjensidigheten går ut på to perspektiver som vises i følgende undertema; at (a) arbeid som sørger for god psykisk helse hos elevene kan åpne for bedre læring av fag, og (b) arbeid med fag kan åpne opp for å jobbe med psykologiske tema.

Det gjensidige forholdet beskrives ikke like tydelig hos alle deltakerne. Hvor noen beskriver sammenhengen konkret, forteller andre om den på en måte som formidler at de ikke nødvendigvis forholder seg aktivt til dette i lærerhverdagen. Flere respondenter nevner dessuten at det har vært diskusjoner i skolen rundt hvordan psykologisk helsefremmende arbeid på gruppenivå ikke skal gå utover elevenes faglige måloppnåelse. Dette demonstrerer hvordan begrepene «faglig arbeid» og «psykologisk helsefremmende arbeid» av noen deltakere kan forstås som to separate enheter. Av flere blir likevel faglig arbeid satt i sammenheng med psykisk helsearbeid, konkret eller indirekte, på måter som viser at de ikke nødvendigvis er gjensidig utelukkende, men kan forstås som gjensidige inngangsporter.

3.2.1 Psykologisk helsefremmende arbeid muliggjør læring av fag

Det ene perspektivet deltakere formidler er hvordan deres egen innsats i psykisk helsearbeid muliggjør egen metodefrihet og elevens læring av fag. Blant annet nevner deltakerne at det kan bli enklere å jobbe med fag hvis de selv som lærer legger inn en innsats i relasjonsbygging (se avsnitt 3.1). I tillegg beskriver de at ved å jobbe med visse enkeltelevs tilretteleggingsbehov og trivsel, kan også læringsmiljøet bli bedre for hele klassen. Slik sett er det flere deltakere som forstår egen rolle i det psykologisk helsefremmende arbeidet som en grunnstein for arbeid med fag. Ved spørsmål om lærerens rolle i psykologisk helsefremmende arbeid, sier en respondent:

Det handler jo om læring. Læringsforutsetninger. Og det å på en måte være i stand til å motta noe og følge med på noe og være til stede og delta i noe. For det ser vi jo at, de som sliter mye med psykiske, ja, psykisk helse da, de har utfordringer med å være til stede fysisk, eventuelt mentalt da. [...] Og jeg tror at selv om ikke vi kan behandle

de, så tror jeg vi kan jobbe veldig forebyggende i forhold til hvor stor plass deres psykiske eller utfordringer skal ta da i klasserommet. Så tror jeg at ved å for eksempel ha fokus på klassemiljø og trivsel, det å sørge for at de får relasjoner i klassen, og at vi har en relasjon, det tror jeg er kjempeviktig. [...] Fordi når de tør å gjøre ting sammen, så kan vi jo gjøre mange forskjellige ting. Det er jo veldig vanskelig å ha gruppearbeid i en klasse som ikke tør å snakke sammen liksom.

Det er dog ikke alle som aktivt beskriver sammenhengen mellom psykologisk helsefremmende arbeid og faglig læring. I stedet for begrepet «*psykologisk helsefremmende*», tar deltakerne ofte i bruk andre begrep, slik som «*å skape godt læringsmiljø*». Dataene viser dermed at deltakerne opplever en praktisk sammenheng mellom psykologisk helsefremming og læring av fag, selv om de i hverdagen forstår det som noe annet. En deltaker beskriver hvordan hen i hverdagen i større grad fokuserer aktivt på å skape et godt miljø for læring:

Det handler om å lage et godt miljø i klassen da mer enn ... men det er jo helsefremmende, det er jo på en måte bra sånn da, men det er ikke sånn at jeg tenker aktivt på det egentlig da, jeg tenker jo på å få de interessert i faget og gjøre det bra på eksamen. Det er liksom det som er hovedperspektivet da, som faglærer.

3.2.2 Psykologisk helsefremmende arbeid kan foregå gjennom fag

Det andre perspektivet, som flere respondenter nevner, er at de kan jobbe psykologisk helsefremmende i fagene de har. Deltakerne nevner flere fag hvor det er mulig å fasilitere refleksjon rundt psykologiske tema med elevene. Gjennom arbeid med fagtekster gir lærerne elevene mulighet til å møte andre mennesker, kulturer, følelser og tanker. Dermed kan deres valg av fagstoff legge til rette for diskusjoner hvor elevene blant annet må sette seg inn i andres ståsted og reflektere rundt hvordan de selv er. Noen av deltakerne setter fingeren på at dette arbeidet kan bidra til normalisering av elevenes opplevelser og tilby ulike perspektiver og nyansering av verden. En respondent mener lærerne jobber mye helsefremmende på denne måten uten at andre ser det, og uten at det nødvendigvis kan måles:

I: *Er det noe du skulle ønske folk visste om lærerens meninger og tanker om tematikken?*

R: *At vi indirekte jobber med det. Ikke indirekte. Vi jobber egentlig med det ganske mye. [...] Det er så rart for det er ofte - «Lærerne må ha mer fokus på det og det», så*

blir det sånn- men ja, vi holder jo egentlig på med det. Det er ikke sånn at du sier «Nå skal vi lære om selvmord dere!» Det er ikke det du sier. «Nå skal vi møte Hamlet, og vi skal lære om, ja ... Altså hva er det Hamlet går og kjenner på, hvorfor kjenner han det? Ja, sånne ting. For eksempel. Og jeg tror at vi får det til ganske greit. Men så er det ikke så konkret at – du blir sånn, du kan ikke måle det, så derfor så blir det egentlig ikke at du kan, det blir egentlig ikke at du kan bevise det på et vis.

Likevel er det også en respondent som reflekterer rundt hvordan hen ikke har med seg det psykologiske fokuset nok i utvalg av tekster i faget sitt: «så det har jeg jo tenkt [...] at det perspektivet skal mer inn ja». Dessuten får noen deltakere assosiasjoner mellom psykologisk helsefremming og det tverrfaglige emnet Folkehelse og livsmestring, en deltaker sier: «nå er det enda tydeligere at det står at det skal fokuseres på». Slik sett opplever noen av deltakerne et økt fokus på å ta opp psykisk helse som tema i det faglige.

Et supplerende perspektiv er deltakernes opplevelse av å ha et vindu til elevenes psykiske helse gjennom deres faglige prestasjoner. For det første kan de få et innblikk i hvordan elevene har det hvis prestasjonene forverres: «da ringer det jo en bjelle og at vi må ta en prat med dem». For det andre kan de bruke vurderinger til å kommunisere positiv utvikling i samtale med eleven: «men du har jo gått opp en hel karakter siden i fjor! Er ikke det bra da?» sier en deltaker at hen kan si til en elev for å «vise dem at se her – du har gjort en kjempejobb!».

Selv om ikke alle deltakerne er bevisst begrepet psykologisk helsefremmende arbeid eller konseptualiserer det kontinuerlige arbeidet slik, er det like fullt det samme arbeidet som legges ned. En respondent sier:

Jeg tenker jo de her små dryppene som man gjør har mye mer betydning enn man skulle tro. Men også det der at man ... for hvis alle gjør det samme, hvis alle gjør litt, så blir det jo ganske mye til slutt. I alle fag.

3.3 Håndtering av elevers psykiske strev vektlegges over bevisst helsefremmende arbeid

Analysen tydeliggjorde at deltakerne selv ofte konseptualiserer psykologisk helsefremmende arbeid for elever som håndtering av deres psykiske strev. Mange av deltakerne vektlegger viktigheten av sin egen rolle i oppfølgingen av disse elevene og at arbeidet setter krav til deres kapasitet. I analysen oppdaget vi at denne tematikken får større plass hos deltakernes forståelse av begrepet, enn det kontinuerlige arbeidet de gjør gjennom

fag og relasjoner eller helsefremmende gruppetiltak som MEST. Et eksempel på dette er at når deltakerne får spørsmål om egen involvering i psykologisk helsefremmende arbeid, er det flere som svarer med eksempler direkte knyttet til elever med psykiske vansker:

I: *Hvis jeg sier «helsefremmende psykologisk arbeid». Hva er det som dukker opp i hodet ditt da?*

R: *Da tenker jeg på elevenes psykiske helse. Også tenker jeg på deres opplevelse av å gå på videregående skole og det å være ungdom ... Og at det er mange elever som har mange utfordringer som vi kanskje ikke ser, men som vi får gradvis innsikt i med mer som vi blir kjent med dem. [...] Det er mye, det er mye psykisk helsearbeid som lærer.*

Analysen viser at respondentene har et ønske om å være gode og trygge lærere for sine elever, hvor fokuset, eller bevisstheten, innen psykisk helsearbeid ligger på hvordan hjelpe elever med strev. I analysen fant vi flere ulike forklaringsmodeller for hvorfor håndtering av strev vektlegges i deltakernes forståelse og utøvelse av psykologisk helsefremmende arbeid. Disse reflekteres i undertemaene. For det første (a) forstår deltakerne psykologisk helsefremming som løsning av allerede tilstedeværende problemer, dette for å unngå videre skjevutvikling. Dessuten formidler deltakere at (b) det krever mye emosjonell kapasitet å stå i elevenes utfordringer, noe som sammen med (c) skolens prioriteringer, påvirkes lærernes utøvelse og forståelse av psykologisk helsefremming.

3.3.1 Psykologisk helsefremming forstås som problemløsning for å unngå skjevutvikling

Et perspektiv samtlige deltakere nevner er at de prioriterer håndtering av psykisk strev da dette forebygger videre skjevutvikling for eleven. Slik sett blir psykologisk helsefremming forstått som arbeid for å unngå at elevens utfordringer utvikler seg i negativ retning. Deltakerne understreker sin egen rolle i dette. Et poeng som ofte nevnes er at deltakerne opplever å stå som et knutepunkt, hvor de ønsker å «*plukke opp*» elever som strever på et tidlig stadium for å kunne gi dem god oppfølging, og eventuelt «*sende dem videre*» til andre instanser som kan hjelpe. Angående opplevelser av å jobbe *helsefremmende*, sier en deltaker:

Jeg synes det er vanskelig å si.. når du sier forebygge, vi, som regel så kanskje vi, når vi forebygger så, [...] vi har kanskje en utfordring, men vi forebygger jo at det skal utvikle seg til å bli noe verre. [...] Alle har jo med seg sitt i kofferten, og det beste vi kan gjøre er å være klar over det og være med på å møte elevene og hjelpe dem så

tidlig som mulig.. men problemene vil jo være der sånn, det som de har hatt med seg [...] vår jobb er å forebygge, å enten hjelpe noen til at de skal bli ferdig med det, og klare å komme seg videre, eller at det ikke skal utvikle seg til at det blir skolevegring, eller at de skal slutte på skolen, eller at de skal bli ytterligere syke.

I stor grad beskriver altså deltakerne sin egen rolle som preget av å løse eller begrense problemer som allerede finnes. Videre gir flere deltakere uttrykk for at det er vanskelig å drive godt psykisk helsearbeid når de ikke har informasjon om elevenes problematikk. Noen opplever det som utfordrende når de «*plutselig*» får informasjon om eleven. For eksempel sier en deltaker: «*det sitter fast en plass og det er det som gjør at det blir feil ... for plutselig så får du vite det midt i semesteret, det synes jeg er for sent*». Slik fremheves hvordan deltakerne opplever sin egen rolle i psykisk helsearbeid som å forebygge skjevutvikling hos elever, samtidig som rollen som problemløser kan overskygge bevisst fokus på å være i forkant av vanskene.

Forståelsen av psykologisk helsefremming som problemløsning reflekteres også i hvordan deltakerne snakker om MEST-seminarene. De beskrives noen ganger som universelle tiltak som kan virke helsefremmende for alle, og andre ganger som gode for «*de som trenger det*». Slik sett forstår noen også seminarene som best for å hjelpe elever å forebygge skjevutvikling av strev, bare at arbeidet her skjer på gruppenivå heller enn individnivå. Flere deltakere setter dessuten skolehelsetjenestens synlighet ovenfor elevene i sammenheng med at elevene skal ha noen å snakke med. En deltaker sier at det mest positive med å ha MEST-seminar, er ikke nødvendigvis at dette i seg selv gir kunnskap eller løser problemet, men gir eleven mulighet til å snakke om tematikken i senere tid:

Og så er dette kontinuerlig arbeid også, det er ikke sånn at du får ett foredrag om stress og så har du løst stress og så får du et foredrag om søvn og så er det løst [...], men du skaper et rom for elevene til at de også kan komme og søke hjelp ... Så det tror jeg er det mest positive egentlig altså.

3.3.2 Å stå i det vanskelige tar emosjonell kapasitet fra psykologisk helsefremming

Et annet perspektiv vi identifiserte i analysen, er at når lærerne står med elevenes utfordringer, tar dette så mye kapasitet at det blir vanskeligere for lærer å rette fokus mot det psykologisk helsefremmende arbeidet. Arbeid med elevenes psykiske uhelse opptar mye emosjonell kapasitet og oppleves krevende for majoriteten av deltakerne. Elever med psykisk

strev og håndtering av utfordringer i klasserommet blir områdene deltakerne opplever at «brenner» mest i hverdagen. En respondent sier: *«det preger jo skolehverdagen veldig. Psykisk helse. Mange ungdommer som har ... i ulik grad da, utfordringer med det».*

Flere av deltakerne gir uttrykk for at det er krevende å leve opp til ytre forventninger om tilrettelegging for elever med strev. En respondent sier: *«der er det nok store forventninger noen ganger, til at vi bare skal ordne opp. Og det er ikke bestandig så enkelt. Og det handler ikke om uvilje».* Flere respondenter sier at det utfordrende å stå i disse forventningene. Samme respondent forteller: *«for man blir jo dratt veldig ... i ulik retning i forhold til det, man har jo veldig omsorg for eleven».* Slik eksemplifiserer respondenten den emosjonelle belastningen lærerne står i når ytre forventninger overstiger egen kapasitet og kompetanse. En annen deltaker skisserer hvordan hen opplever denne belastningen som tung å bære: *«vi har en ryggsekk full av oppgaver vi ikke mestrer».*

Liknende opplevelser fortelles om når elevene har alvorlige vansker. Flere deltakere nevner at de har opplevd å føle seg alene med problematikk som egentlig burde vært håndtert i psykisk helsevern. Opplevelsen av å stå uten tilstrekkelig emosjonell kapasitet og kompetanse til å håndtere dette skinner gjennom hos flere av respondentene. Noen av respondentene har for eksempel opplevd å få vite at en elev har selvmordstanker, uten selv å oppleve nok kompetanse og ressurser til å følge opp dette. Selv om deltakerne presiserer at dette ikke skjer ofte, formidler de at slike erfaringer krever stor grad av kapasitet. Dette tar dermed en plass hos læreren, både emosjonelt og tidsmessig, som kunne blitt brukt på psykologisk helsefremmende arbeid. En respondent sier:

R: *Hvem skal de kontakte når de står på en bru og har lyst til å hoppe? Hvem er det – de ringer ikke til politiet vet du, de ringer, altså, de – hvor – hvilke – hvem skal de da ... gå til? Det er det veldig få elever som vet. Hvem kan de kontakte når de er ... for da er, klokka 4 er alt stengt. Og hvem ringer de da? Jo - mest sannsynlig kontaktlæreren, for eksempel.*

I: *Så de gjør det?*

R: *Ja, en del gjør det. Jeg har hatt flere som har ringt meg. Der jeg har måtte ut på nattetid og kveldstid. Med mer. Og da har jeg prøvd å ringe barnevernsvakta, og de har bedt meg – ja, men du kan jo dra. Ja, men, så sier jeg, det er jo ikke på en måte jeg som.. kan, altså, jeg har ikke- hva gjør jeg da? Når jeg kommer til den her eleven? Jeg har jo ikke noe, jeg har jo ikke noe erfaring med å ... [...]*

3.3.3 Skolens prioritering av problemløsning kan overskygge bevisst fokus på å være i forkant

I dataene identifiserte vi hvordan deltakernes opplevelse av og involvering i psykologisk helsefremming gjenspeilet seg i deres opplevelse av skolens prioriteringer. I forlengelse av dette, så vi hvordan deltakernes fokus på håndtering av psykisk strev reflekterer hvordan de opplever at skolen prioriterte dette. I store linjer gjelder dette både hvor stor plass denne tankegangen tar i den kollektive skolebevisstheten, i tillegg til hvor mye tid og ressurser lærerne får tilgjengelig til å jobbe psykologisk helsefremmende. «Skolen» som begrep her referer ikke kun til den spesifikke skolen, men også skolesystemet generelt. Flere deltakere opplever psykisk helsearbeid som et viktig satsningsområde i skolen, hvor man har fått økte ressurser og dermed større tilbud til elevene, slik som MEST i skolehelsetjenesten. Likevel trekker flere deltakere frem ressursmangel i skolen, både hva gjelder rammer og «*tid og hender*».

Blant annet opplever flere deltakere at det er systemer på plass for håndtering av utfordringer, men at skolen ikke har samme forventninger eller rammer når det kommer til lærernes helsefremmende arbeid. En deltaker sier:

For vi har en del ting når det er, når det først har dukket opp problemer så er liksom rutinene på plass da. Sånn, ovenfor de som er, ja, både i risikozonen sikkert og de som allerede har utfordringer. For der er, da er det liksom et system som fanger dem da. Så det er primærforebygging, der tenker jeg, der savner jeg litt kursing da og tilbud og sånt da.

Et eksempel på dette, er skolens arbeid med det deltakerne kaller «mobbeparagrafen», opplæringslovens paragraf §9A (Opplæringslova, 1998, § 9 A-2). Noen deltakere gir uttrykk for at det er positivt og betryggende å ha gode rutiner på plass. På den andre siden mener noen deltakere at dette fokuset kan ta overhånd, og at man som lærer kan bli påvirket av hvordan ledelsen prater om psykisk helsearbeid: «*ledelsen snakker jo mest om 9A, som er den her mobbeparagrafen som de er redd for, fordi det er mye arbeid [...] Så det er egentlig det mest lærerne snakker om*». Samme respondent snakker om hvordan §9A som «i etterkant»-arbeid kan overskygge «i forkant»-arbeid:

Men 9A handler ikke om egentlig om hvordan elevene har det, det handler mer om hva skjer hvis, hva er prosedyrer, eller hva er ja, sånne ting. [...] Men klarer vi å jobbe i

forkant, igjen, så kan vi kanskje unngå 9A. [...] Du begynner liksom etter det har skjedd istedenfor før det har skjedd.

Noen deltakere opplever at egen integritet i rollen og det å ønske det beste for elevene, utfordres av hvordan skolen ønsker å få elever gjennom på normert tid. En deltaker sier at ledelsens forventninger forårsakes av at «*det tar seg ikke ut vet du, om folk slutter eller stryker*». En deltaker beskriver hvordan hen dras i ulike retninger, hvor det er et press for å tilrettelegge for å sikre normert skolegang, samtidig som hen har omsorg for eleven og ønsker å gjøre det som er hensiktsmessig. Hen gjengir hvilke uheldige konsekvenser det kan ha for eleven hvis man prioriterer normert skolegang overfor å sikre at eleven skal stå oppreist:

Noen ganger så [...] man kommer jo aldri i land, sant nei, for da skal vi prøve det og så skal vi prøve det. [...] Noen ganger veldig uheldig for eleven, for det er ikke sikkert at det er så ålreit for eleven å ... liksom oppleve å ikke mestre førti ting før vi gir oss, ikke sant, kanskje holdt det å ikke mestre fire. Og så slutter vi liksom mens eleven fortsatt står oppreist, ikke sant. Og ikke bare totalt grusa.

Deltakerne gir dessuten uttrykk for at videregående skoles målstyring, læreplaner og vurderinger skaper en ramme som begrenser deres mulighet til å jobbe psykologisk helsefremmende. Dette fremhever hvordan skolen kan være med å skape de problemene de samtidig ønsker å forebygge. En deltaker reflekterer rundt hvordan målstyringen av elevene i seg selv kan skape problemer for elevene: «*men når er det de har lov å være seg selv, ut fra der dem er? [...] De skal vurderes, de skal målstyres og vi skal målstyres og det er jo ikke rart de er stressa*».

Flere deltakere opplever å ha for lite tid til å jobbe psykologisk helsefremmende, blant annet grunnet kompetansemålstyringen og at det blir lærers ansvar å oppnå faglige mål: «*det jeg savner er mer tid. Til også å kunne [...] gi dem mer glede, til å jobbe med tilhørigheten og føle seg inkludert i et klassemiljø. [...] Vi har mange mål vi skal gjennom i løpet av et skoleår*». Tid er også en faktor noen deltakere opplever som hinder for å prioritere MEST-seminarer. Dette setter noen deltakere i sammenheng med at deres rolle er å stå ansvarlige for elevenes faglige læring. Dermed kan de oppleve det som vanskelig å prioritere seminarer hvis dette betyr at de ikke kommer seg gjennom det faglige. En deltaker sier:

Faren er jo, med alt som skal inn i skolen, er jo at alt går utover fag. Og nå skal jo ikke jeg si at man skal jo ikke tenke fag hele tiden, men det er jo derfor [elevene] er der. Og i andre enden så står vi med eksamen og standpunkt der vi skal begrunne hvorfor vi ikke har klart å komme oss gjennom alt.

Deltakernes opplevelse av og påvirkning av skolens prioriteringer, kan også belyse hvordan de snakker om MEST og klasseromsseminarene. Selv om deltakerne beskriver MEST-seminarene i nesten utelukkende positive ordelag, fant vi i analysen at denne arbeidsmåten opptar dem i liten grad i hverdagen. Deltakerne beskriver at de selv er lite involvert i arbeid tilknyttet MEST, og flesteparten har begrenset med innsikt og perspektiver angående MEST. Dette kan ses i lys av at deltakerne opplever få ytre krav og forventninger fra skolen når det kommer til hvordan de selv skal arbeide med MEST-tiltakene. Deltakerne opplever uklare rammer for organiseringen av seminarne, selv om de tenker ansvaret ligger på seg selv og skolehelsetjenesten. Helsefremmende tiltak som MEST, kan ut fra deltakernes beskrivelser karakteriseres som et overskuddsprosjekt og et positivt tilskudd når man får det til, men ikke noe som forventes å gjennomføre. En deltaker setter ord på denne opplevelsen: *«det stilles egentlig ikke, vet du hva, det stilles egentlig ikke krav sånn, egentlig ikke sånn at jeg hører tydelige forventninger på de tingene der»*. En respondent spør seg blant annet hvorfor ledelsen ikke prioriterer å bruke planleggingsdager på å snakke om MEST og psykologisk helsefremmende arbeid: *«kanskje vi i år skal fokusere på det i stedet for noe vi har gjort hundre ganger før»*.

3.4 Uavgrenset lærerrolle kan skape personavhengig involvering

Lærerrollen i psykisk helsearbeid beskrives av deltakerne som viktig, bred og mangefasettert, med ønsker og forventninger fra ulike hold. Dette gjør samtidig at flere av lærerne opplever rollen som uavgrenset. I analysen fant vi at denne manglende avgrensningen kan gjenspeile hvordan utøvelsen av psykisk helsearbeid varierer fra lærer til lærer, og dermed blir personavhengig. At læreren selv former egen rolle i det psykiske helsearbeidet, kan både oppleves som en frihet og være krevende å forholde seg til. Dermed gir flere deltakere uttrykk for (a) et ønske om og behov for å avgrense egen rolle i det psykiske helsearbeidet. Dette henger sammen med en opplevelse av begrenset (b) kompetanse og (c) kapasitet, som en deltaker belyser: *«for det første så har ikke jeg kompetanse.. på å hjelpe eleven. Og for det andre så er det sånn at hvor, når skal jeg klare å på en måte putte det inn i det 24-timers døgnet jeg har?»*.

Opplevelsen av en ekspandering av lærerrollen gjør den, ifølge flere deltakere, mottakelig for (d) at personlige egenskaper ved læreren farger deres involvering i psykisk helsearbeid. Som en deltaker beskriver angående lærers rolle i psykologisk helsefremmende arbeid: *«det som er utfordrende med å forklare lærerens rolle er at den er litt sånn læreravhengig»*.

3.4.1 Ønske og behov for å avgrense egen lærerrolle i det psykiske helsearbeidet

Deltakerne beskriver en opplevelse av utvidelse av lærerrollen, for eksempel i form av nye tverrfaglige læreplaner og en større involvering vedrørende psykisk strev. En deltaker beskriver denne rollen som ny: *«det er en ny rolle da, eller en.. mhm.. som ikke var lærerrollen-, som ikke var like uttalt ... det oppleves som en forventning gjennom de nye lærerplanene»*.

Flere reagerer på dette med et ønske om å avgrense eller definere egen rolle, og dette behovet blir særlig fremtredende når det kommer til elever med psykisk strev. En deltaker belyser hvordan det er hens eget personlige ansvar å være bevisst skillet mellom lærer- og hjelperrollen, samt sørge for å ikke bli for involvert selv:

Etter å ha jobbet som lærer i noen år, så prøver jeg jo å avgrense litt min rolle også. Ikke sant, fordi, man har jo, man kan havne i, litt sånn, veldig opp i det, og bli litt sånn oppslukt av alt det som foregår og så plutselig så er jeg ikke lærer lenger, ikke sant, for jeg har ikke tiden til eller kapasitet til å holde på med det, jeg driver bare og ivaretar og passer på og ikke sant ...

Flere av lærerne ønsker også å avgrense sin rolle opp mot helseprofesjoners rolle. Dette utgjør et eksempel på hvordan de opplever ansvarsområdet som større enn kompetanseområdet, eller forståelsen av hva som burde tilfalle lærer. En deltaker sier:

Jeg er veldig ... forsiktig med å leke terapeut, jeg er ikke terapeut, jeg er ikke helsesykepleier, jeg er ikke rådgiver, jeg er lærer. Så jeg snakker med dem og sender dem da videre ... fordi at jeg har ikke den kompetansen som skal til for å hjelpe dem. Jeg kan være der, det kan jeg være! Det er jeg alltid.

Ønsket og behovet om å avgrense egen lærerrolle kan sees i sammenheng med deres opplevelse av at rollen ekspanderes av ulike, flere og noen ganger utydelige forventninger

utenfra. Hvor noen av lærerne er tydelige på at det er mange forventninger utenfra med tanke på psykologisk helsefremmende arbeid, forteller andre at de ikke kjenner på dette i like stor grad. Analysen viser at deltakerne i liten grad beskriver *definerte* og *tydelige* krav, men har en rolle hvor de i hverdagen kan møte *vage*, *undefinerte* og *flerfoldige* ønsker fra ulike hold. Følgende sitat viser et eksempel på hvordan en deltaker beskriver skolens forventninger til elevoppfølging, hvor det ikke pålegges, men at det likevel må gjøres: «og det er ikke ledelsen som pålegger oss det, men det er jo det som kommer da».

3.4.2 Begrenset kompetanse på psykisk helse

Deltakernes opplevelse av en utflytende og uavgrenset lærerrolle kan reflektere opplevelsen av å ikke kunne nok for å håndtere oppgavene. Det er flere deltakere som uttrykker å ikke ha nok kompetanse på psykologiske tema til å snakke med elever om det, verken når det kommer til å jobbe med å øke elevenes helsekompetanse eller det å prate med elever som sliter. En deltaker skisserer sin utfordring med å tematisere psykologiske tema og klassemiljø med sin klasse: «*jeg føler meg litt dust, for jeg er ekspert i fagene mine, men på det her blir jeg bare litt sånn rar selvlært coach som ikke vet hva [hen] driver på med liksom*». En annen deltaker reflekterer rundt å ikke ha tilstrekkelig erfarings-, og kunnskapsgrunnlag til å bistå BUP (psykisk helsevern for barn og unge) i samarbeidet om elever med psykisk strev:

Hvordan skal jeg kunne klare å gjøre det her beste for eleven? Jeg vet jo ikke. [...] For det er så tydelig nå at den eleven her trenger mer hjelp enn kontaktlæreren sin. Så da blir det vanskelig. For da føler vi at, selv om ikke kravene er der sånn tydelig, så føler vi at nå er vi ikke gode nok fordi vi har ikke redskapene til det vi skal holde på med. Da kan vi føle på den der. At nå er kravene litt større enn, at når BUP kommer med forventninger, da blir vi stressa. Da blir det sånn, ja, men, det her er vi egentlig ikke vi skapt for. Det her kan ikke vi.

Flere respondenter etterlyser også mer eksplisitt kompetanseheving på psykisk helse i skolen. Deltakerne opplever at psykisk helsearbeid ikke er fokusområde verken i utdanning eller gjennom kurs på skolen. Blant annet gir lærerne uttrykk for at det ikke legges til rette for å lære seg relasjonsarbeid. De opplever at de må få til dette på egen hånd, noe som gjør at deres personlige egenskaper skaper variasjoner i hvordan de utøver relasjonsarbeidet. Av en respondent trekkes frem at det i skolen heller prioriteres å heve lærerens faglige kompetanse:

Vi snakket om det senest i dag [...] Lærerne må ha mer studiepoeng i faget de underviser i ... og det er helt riktig at man kan helt sikkert trenge mer studiepoeng for også kunne undervise. [...] Men det er også viktig å ha fokus på lærernes relasjonskompetanse der. For, som jeg sa, jeg tror ikke det er så veldig stort fokus på det i læreryrket, egentlig, i hvert fall ikke i lektorutdannelsen.

Manglende kunnskap om psykologisk helsefremmende tematikk trekkes frem som særlig aktuelt i nyere tid hvor forventningene til lærernes rolle i psykisk helsearbeid har ekspandert. En respondent karakteriserer dette som et «press» om å skulle kunne mer:

Det er jo mye snakk om at mange føler et press da på å kunne noe mer som vi ikke kan så mye om da, sånn som å jobbe med stress, eller, at hvis elever har uro eller angst eller, så jeg opplever jo det som nytt ja.. det, sånn var det ikke før da...

Opplevelsen av manglende kompetanse blir særlig fremtredende hvis det oppstår utfordrende hendelser, for eksempel i samtale med en elev med vanskelige tanker (som eksemplifisert i avsnitt 3.3.2). Angående utfordrende situasjoner i klasserommet, spesifiserer en respondent at hen savner kompetanse på «*hva kan gjøres, ikke hvem skal kontaktes*». Når en annen deltaker forteller om en utfordrende situasjon i klassen, sier hen at den manglende kompetansen kan føre til at man ikke tar tak i problemet: «*vanskelig å vite hva vi skal gjøre ... så da blir det fort det at man lar det skure og gå, og håper at det ordner seg*».

Det etterspørres også informasjon om hva slags tilbud skolen har, hvor en deltaker trekker frem at ikke alle lærere vet hva som finnes: «*jeg tror det er ganske mye tiltak som er inni skolen, men det er veldig lite der hvor vi lærere er involvert i*». Når det kommer til opplæring sier samme respondent at det trengs mer på psykologiske: «*rett og slett et lite kurs før vi begynner. Det kunne vært veldig fint, ja. Det går mye mer på det praktiske*».

Samtidig som samtlige lærere gir uttrykk for begrenset kompetanse på psykologiske tema i større eller mindre grad, setter noen av lærerne ord på en opplevelse av å kunne stå lenger i situasjoner og psykologisk tematikk enn andre lærere gjør. Dette kan sees i lys av hvordan de beskriver ulike opplevelser av trygghet på egen psykologiske kompetanse. En deltaker opplever at hen selv kan stå lenger i visse elevsituasjoner enn enkelte andre ved skolen. Disse situasjonene beskrives som tilfeller hvor hen kan bidra med å romme og nyansere følelser, hvor andre i skolen raskere tenker man må koble på andre:

Det er jo flere sånne eksempler, merker i skolen hvor første tanken man tenker er at kanskje det kan kobles på noe, men så kommer du inn i en god sånn prat [...] - Hva er det for noe egentlig? Hvor alvorlig er det? Er det engstelse, er det angst? Er det depresjon, eller er du trist?

Dette knyttes av deltakeren til hvordan mange assosierer det å snakke om psykisk helse til at man må være helsepersonell: «*jeg tror mange lærere synes det er vanskelig at vi er jo ikke helsepersonell. Så det er litt vanskelig å gå inn i den praten*». Samme deltaker undres om flere lærere ikke står støtt i at det kan være nok å være en trygg voksen, siden «*eleven har jo valgt seg ut oss*»: «*og det tror jeg mange lærere glemmer- hvordan ville jeg bli møtt selv?*». På denne måten skisserer hen at opplevelsen hen har av egen kompetanse på psykisk helsearbeid påvirker hvordan hen møter elevene.

3.4.3 Begrenset tid til å leve opp til ytre forventninger

Flere av deltakerne formidler en opplevelse av lite ytre forståelse for egen komplekse arbeidshverdag, eget ansvarsområde og hva de kan få til og ikke. I analysen finner vi dermed at forventningene tilknyttet hvilke ansvarsområder lærerrollen skal håndtere, tidvis ikke går overens med lærerens kapasitet. Angående sin opplevelse av å ikke strekke til eller ha nok tid i møte med urealistiske forventninger, forteller en deltaker:

Altså jeg er én lærer på [et 30-talls] elever. [...] Og to timer i uka - skal man regne ut hvor mange sekunder man får på hver, eller minutter man får på hver elev. [...] Jeg har jo perioder jeg ikke spiser jeg spiser aldri lunsj, jeg spiser lunsj på arbeidsplassen min for å få tid til å snakke med elever. Og det er det flere og flere av oss som gjør.

Begrenset tid til elevoppfølging er et gjennomgående tema for deltakerne. Særlig relevant er dette for kontaktlærerne som forteller at de må bruke mer enn avsatt kontaktlærerressurs på elevoppfølging:

Men egentlig så får bare kontaktlærer på videregående [...] 4,5 prosent tror jeg, av stillingen si som går til kontaktlærer. Og så kan dere jo regne ut hvor mye 4,5 prosent, hvor mange timer er det. [...] Så hvis vi skal forholde oss til det, så kan vi jo glemme alt mulig. Da er vi ferdig når vi har hatt start samtalen med elevene, så er vi ferdig, vi, med kontaktlærerarbeidet for hele året.

Flere deltakere nevner også at det heller ikke er satt av tid til samarbeid mellom lærere eller med skolehelsetjenesten når det kommer til å følge opp elevene. Slik sett må lærerne engasjere seg utover formelle forventninger for å kunne jobbe med psykisk helsearbeid. Respondentene beskriver dette som krevende å stå i, men at mange bruker tiden likevel av pliktfølelse og omsorg overfor elevene. Som følge av dette kan involveringen i psykisk helsearbeid bli personavhengig og dermed varierende fra klasse til klasse.

3.4.4 Personlige egenskaper farger lærerens involvering i psykisk helsearbeid

Siden deltakerne ikke opplever tydelige nok skillelinjer eller føringer for hva de skal drive av psykisk helsearbeid, blir dette et tema de må ta stilling til for egen del. Deltakerne må altså selv forme sin egen lærerrolle. I forlengelse av dette, blir lærerens personlige egenskaper formende for hvordan de involverer seg i psykisk helsearbeid, som en deltaker sier: *«så tror jeg at det er veldig personavhengig. Personavhengig i forhold til hvilken lærer, hvem de personene er [...], hvilken bakgrunn de har».*

Lærerne bruker seg selv som verktøy i det psykiske helsearbeidet overfor elevene, og analysen viser at respondentene har ulike ressurser i sine personlige verktøykasser. Det er tydelig at mange av deltakere strekker seg langt i det psykiske helsearbeidet, som en respondent sier:

Og det er ikke noe artig å høre fordi at vi - det er klart, vi er forskjellige vi og, og det finnes flere lærere som kanskje ikke burde vært lærere. Men det finnes også psykologer som heller ikke burde vært psykologer, så sånn er jo nå det - men det jeg jo har inntrykk av hvert fall med de jeg har jobbet tett med, at det her er folk som virkelig står på og mer enn de bør - står på for å hjelpe til.

Samtidig er det også tydelig at en del deltakere synes det er krevende å engasjere seg i psykisk helsearbeid og opplever at de ikke mestrer. Eksempelvis gir en deltaker uttrykk for at det er utfordrende å jobbe med klassemiljøet, mens andre respondenter uttrykker at dette ligger naturlig for dem. Respondenten som synes det er utfordrende forteller: *«jeg synes det er forferdelig vanskelig å gjøre det i praksis da, jeg skjønner ikke hva jeg skal gjøre».* Denne deltakeren opplever heller å få til å møte elevene på en god måte i én-til-én-interaksjoner. Hen reflekterer over at lærerne på denne måten har forskjellige styrker:

Jeg tror det er veldig forskjell skjønner du, noen lærere er veldig flinke på det og andre er ikke så flink på det én til én og, jeg tror veldig sann, ja, jeg tror det er veldig ulikt fra lærer til lærer.

Lærernes ulikhet viser seg både i ulik grad av engasjement og interesse for psykologiske tema, helsefremming og den organisatoriske strukturen rundt, samt ulik opplevelse av motivasjon, overskudd og mestring. En respondent som er faglærer reflekterer rundt at de personavhengige variasjonene kan føre til at elevene får ulike tilbud, her med tanke på MEST-seminarer:

R: *Men det kan hende at for eksempel at A-klassen har besøk ... det er jo kjempefint, men det er litt usikkert om B-klassen får samme besøk ...*

I: *Og så har du elever fra både A- og B- og C-klassen ...*

3.5 Skoleorganisering som kompleks ramme for samarbeid med MEST i skolehelsetjenesten

Av flere deltakere oppleves videregående skole som en stor og kompleks organisasjon, som en deltaker sier: «*videregående skole er fryktelig svær. Mye organisasjon*». I analysen fant vi at dette kan utfordre lærernes psykiske helsearbeid. Dette gjelder blant annet samarbeid mellom lærere og helsesykepleiere om å arrangere MESTs klasseromsseminarer.

Utgangspunktet er at samtlige deltakerne gir uttrykk for en positiv innstilling til MESTs seminarer. De som selv har hatt seminarer i egen klasse eller kjenner elever som har deltatt på seminarer, beskriver en opplevelse av nytte: «*det er noen [elever] som snakker om at de har lært seg noen strategier for å ikke stresse så mye ... eller for å konsentrere seg litt mer*». Deltakerne som ikke har hørt om seminarene, sier de ville benyttet seg av det hvis de hadde visst om det: «*nei, nå vet jeg ikke hva MEST er da. Hvis jeg hadde visst-, for jeg tror MEST kan være bra, ut ifra hva dere har fortalt, at hvis helsesøster er mer inne i klasserommet og har seminarer*».

En deltaker understreker dessuten at MEST har en bevisstgjørende effekt på lærerne ved skolen når det kommer til psykologisk helsefremmende arbeid. Hen sier at når hen selv har lært ting av MEST-seminarer, har hen benyttet seg av teknikkene og poengene selv i møte med elevene: «*MEST er jo ikke bare MEST når de har de kursene sine for elevene, men det sprer seg jo inn i klasserommet der vi gjør ting bare i miniformat*». Dette illustrerer en opplevelse av synergieffekt, hvor hen opplever at når læreren er involvert i opplegget, fører

dette også til enda mer psykologisk helsefremmende arbeid for elevene.

Som nevnt i presentasjon av resultater vedrørende skolens prioriteringer (se avsnitt 3.3.3.), preges dataene likevel av at arbeid med MEST opptar de fleste deltakerne i liten grad i hverdagen og at flere har lite innspill. Analysen viser opplevelser av at det er et uutnyttet potensial i samarbeidet med skolehelsetjenesten. Flere faktorer kan belyse deltakernes opplevelse av dette samarbeidet og hvor stor plass det får. Disse er knyttet til en forståelse av (a) skolehelsetjenesten som annerledes og (b) samarbeid som en ansvarsoverføring som (c) gir lettelse, men hvor (d) lite synlige rammer for samarbeidet skaper (e) variasjon i hvordan samarbeidet utføres.

3.5.1 Skolehelsetjenesten opererer i en egen verden

Med bakgrunn i deltakernes opplevelser av den videregående skolen som kompleks, skapes også en viss avstand til skolehelsetjenesten. En respondent sier at «skolehelsetjenesten blir på en måte noe på siden» om hvordan hen opplever deres plass i organisasjonsstrukturen. Denne avstanden, og skillelinjen mellom profesjoner, kan være en faktor som medfører at lærerne ikke er bevisst helsesykepleierne som ressurs i hverdagen. Når det kommer til mulige årsaker til hvorfor samarbeid om MEST kan stoppe opp i skolen, sier en deltaker:

Det er det som er litt utfordringen altså, at organisasjonen er så svær og så er det så mange skoler i skolen, eller grupper i skolen, så hvis du ikke er bevisst på det så tenker du ikke over at det er der.

Denne opplevelsen av avstand kan også reflekteres i deltakernes ordbruk av «vi» og «dem». Deltakerne bruker ofte begrepet «vi» for å beskrive lærerne, noe som kan forstås som en opplevelse av samhold og enhet. Begrepet «de» brukes av flere som samlebegrep for hjelpende instanser ved skolen.

Deltakernes opplevelse av skolehelsetjenesten preges av at de jobber med noe separat og spesielt som læreren ikke nødvendigvis skal blande seg inn i. En deltaker sier at de har en «verden man ikke vil tråkke inn i». En annen deltaker beskriver et bevisst valg om å holde seg unna når skolehelsetjenesten tar over kompliserte saker for lærer: «det der skal dere gjøre og da tar ikke vi i det, da holder vi oss unna». I tillegg til at dette kan illustrere en opplevelse av annerledeshet, kan det også eksemplifisere hvordan lærerne kan ha en implisitt forståelse av arbeidsfordeling. Dette er særlig tydelig når det kommer til elever med psykisk strev.

Et annet eksempel på hvordan deltakerne opplever denne avstanden, er i sammenlikning mot hvordan de beskriver samarbeid med andre i skolen. Flere deltakere beskriver en opplevelse av tettere samarbeid med ledelse og rådgivere ved skolen. Noen beskriver dette samarbeidet som «*team*»-samarbeid på en annen måte. En deltaker skiller mellom samarbeidet med skolehelsetjenesten og rådgiverne: «*mens skolehelsetjenesten er en litt større avstand fordi de er, de holder nå på med det de holder på med da. Som er en sånn verden som elevene har litt for seg selv*».

Det er noen deltakere som opplever å ikke ha innsikt i helsesykepleiernes arbeidshverdag, samtidig som de har en forståelse av at deres ressurser er hardt presset. Dette hindrer i å ta kontakt og kreve av tiden deres. En deltaker sier «*vi vet egentlig ikke hvordan hverdagen til helsesykepleieren er*». Dette knyttes også til hvorfor man ikke tar kontakt for å arrangere flere klasseromsseminar, en annen deltaker sier: «*jeg kan jo få inn [helsesykepleier] da, men [hen] kan jo ikke springe rundt i min klasse mer enn én gang i året eller to for [hen] har jo så mye å gjøre med alle andre klasser også*». Flere deltakere gir dessuten uttrykk for at helsesykepleiernes arbeidshverdag mest er fylt opp av «*samtaleterapi*» med elever, og ikke helsefremmende arbeid på gruppenivå. Skolehelsetjenestens verden karakteriseres dermed som at de for det meste følger opp elever som strever. En deltaker sier: «*jeg tror de jobber mer direkte med elever og foreldre, enn med oss lærere*».

Avstanden er det flere deltakere som setter i sammenheng med helsesykepleiernes kommunale organisering og taushetsplikt. Flere respondenter formidler at de har respekt og stor forståelse for hvorfor taushetsplikt er nødvendig, men at den likevel oppleves som en utfordring for nært samarbeid.

Samlet sett, beskriver deltakerne ofte opplevelse av avstand og forskjellighet mellom lærere og helsesykepleiere. I analysen identifiserer vi at denne tankegangen har konsekvenser for at skolehelsetjenesten ikke nødvendigvis er det første deltakerne assosierer med, eller kontakter, angående det psykologisk helsefremmende perspektivet.

3.5.2 Samarbeid preget av tankegang om ansvarsfordeling

«*Jeg tror kanskje det er litt sånn tanke også om at vi lærerne tar det faglige og så tar helsesykepleierne fysisk, psykisk og seksuell helse*», sier en deltaker om hvorfor hen tror samarbeid om MEST-seminarer stopper opp i skolen. Dette sitatet eksemplifiserer en opplevelse av arbeidsfordeling mellom lærere og skolehelsetjenesten. Tankegangen går igjen hos flere deltakere, konkret eller mellom linjene, noe som også illustreres i temaet som handler om ønsket om rolleavgrensning (se avsnitt 3.4.1). Dette illustrerer likevel også en

opplevelse av hva lærerne *ikke* skal jobbe med. Flere av deltakerne snakker derfor på en måte som formidler at det ikke er lærerne som står ansvarlige for helsearbeid ved skolen. For eksempel, når vi spør en deltaker om hen har forventninger til sin egen involvering i psykologisk helsefremming, sier hen blant annet: *«så føler noen ganger at det er ikke min jobb»*.

I forlengelse av dette blir det relevant hva deltakerne legger i begrepet «samarbeid» med skolehelsetjenesten. Når de svarer på spørsmål om samarbeid, knyttes dette ofte til en ansvarsoverføring eller -fordeling hvor helsesykepleier «kobles på» når elever opplever psykisk strev. En deltaker sier: *«og så er det først når du oppdager noe at du skjønner okay, nå må jeg koble på rådgiver eller koble på helsesykepleier»*. En annen deltaker beskriver også dette av-og-på-forholdet preget av at kontakt begrenses til når man har en elev som trenger hjelp: *«altså det jeg gjør er jo at jeg bruker dem for å hjelpe eleven. Og når jeg ikke har bruk for dem, så bruker jeg dem ikke»*. Deltakerne beskriver altså ikke et samarbeid hvor man aktivt jobber sammen om noe, men at skolehelsetjenesten i størst grad «brukes» når en elev med problemer har behov for å snakke med helsesykepleier eller formidles videre i systemet.

I kontrast, knyttes samarbeid med skolehelsetjenesten sjeldent opp mot spesifikt helsefremmende tiltak, slik som MEST-seminar. De gangene samarbeid om MEST-seminarer likevel nevnes, karakteriseres også dette som en situasjon hvor helsesykepleier kan ta over ansvaret fra lærer for en kort stund.

3.5.3 Ansvarsoverføring oppleves som lettelse

Deltakerne gir uttrykk for at de opplever ansvarsfordelingen og -overføringen mellom lærer og skolehelsetjenesten som nødvendig for å kunne gi god nok hjelp til elever. Dette blant annet i forbindelse med at de selv ikke innehar nok kompetanse, kapasitet eller ressurser. En deltaker sier at det går *«en grense der før man på en måte må ta inn andre, og det er helt nødvendig at man samarbeider med andre yrker og andre mennesker da som er involvert på ulike vis»*. Deltakerne bruker ord som *«lettelse»*, *«betryggende»* og *«godt»* om at andre grupper ved skolen er tilgjengelige hvis de trenger hjelp eller noen *«å støtte seg på»*. Flere formidler en lettelse av å kunne overføre ansvar, emosjonell belastning og arbeidsbyrde til andre. Det er flere deltakere som beskriver det som godt at for eksempel skolehelsetjenesten kan ta over oppfølging av elever med psykisk strev, så de selv kan flytte fokuset til andre ting:

Vi er kjempeheldig, vi har svært dyktige folk.. [...] Det at vi får tatt av den største delen av byrden, før så var det sånn at kontaktlæreren satt med omtrent alt.. Mens nå kan vi si at okay, det der skal dere gjøre og da tar ikke vi i det, da holder vi oss unna. Og det er en lettelse i seg selv [...] De letter en ganske stor byrde for oss der vi står maktesløst egentlig [...], der kontaktlærer spesielt må da bufre mot.. at noe skjer i mellomtiden. Det er ganske heftig å stå i altså.. spesielt når det er alvorlige utfordringer da.

I analysen fant vi dessuten at ansvarsfordelingen letter tid som deltakerne kan bruke på at elevene skal ha det så bra som mulig på skolen, noe som dermed går mer inn på det helsefremmende perspektivet. Som deltakeren sier i forbindelse med ovennevnte sitat: «*da kan vi heller konsentrere oss om at eleven har det så bra som han kan ha det på skolen*».

Måten deltakerne snakker om MEST-seminarer preges også av en lettelse av å ikke skulle holde seminar selv, knyttet til opplevelse av egen rolle og kompetanse. Når spurt om hvordan hen stiller seg til å ha enda et klasseromsseminar i fremtiden, sier en respondent: «*veldig positiv, veldig positiv. Da er det liksom bare, få inn noe folk, du som er proff og, her slipper vi å ... holde et sånt dusteopplegg, så, nei, det er kjempebra ja, veldig glad for det*». Dette eksemplifiserer hvordan skolehelsetjenestens involvering kan hjelpe på deltakerens opplevelse av å ikke strekke til, og fylle en naturlig ansvarsfordeling.

3.5.4 Lite synlige rammer for samarbeid

På tross av en underliggende opplevelse av ulike ansvar, fant vi i analysen at deltakerne opplever rammene for samarbeidet med skolehelsetjenesten som uklare. Flere av deltakerne trekker frem en opplevelse av at skolehelsetjenestens mulige bidrag er lite synlig for dem som lærere. Flere sier at skolehelsetjenestens bidrag må bli synlig for å få til mer samarbeid vedrørende MESTs helsefremmende tiltak på gruppenivå. En deltaker oppsummerer: «*ledelsen må legge mer til rette for at helsesykepleieren får plass. Helsesykepleierne må ta mer plass. Og vi lærerne må venne oss til at de er der og kan brukes*».

Når det kommer til ønsket om at helsesykepleierne må ta mer plass, sier en deltaker: «*det er det som funker. Du må bare si hei! Jeg er helsesykepleier, jeg skal brukes. Også i klassene*». Dette illustrerer hvordan flere av deltakerne opplever det som vanskelig å få med seg alt som skjer i hverdagen som lærer, da det er mye å følge opp. Det er flere som beskriver hvordan det ikke handler om å ikke ha lyst til å få til samarbeid, men at det handler mer om at

hverdagen tar dem. Om lærerne sier samme deltaker: *«vi er litt tungrodd på de greiene der fordi vi suser gjennom hverdagen med fag og anmerkninger, ja, eller fravær».*

Det spesifiseres av noen lærere at de kan oppleve at informasjon ikke når frem til dem. Et eksempel på lærernes ønske om større involvering i det psykologisk helsefremmende arbeidet, hvor strukturene utfordrer, er at flere ønsker innblikk i kartleggingen skolehelsetjenesten gjør gjennom MEST, men har vansker med å få den. En respondent sier: *«de sendte den til rektor. Da stopper det der. Det er litt utfordringen med organisasjonen på skolen, at du må begynne, du må begynne så lavt som mulig, du må begynne nede på oss».* En annen respondent formidler å ha gjort en innsats for å få tilgang på kartleggingen: *«ja, har spurt litt - hvor finner jeg det da? Nei, du må sikkert spørre «de». Ja, ok.. Så jeg skal fortsette å spørre folk [latter], for å se om jeg finner de resultatene da».* Dette eksemplifiserer hvordan flere av deltakerne opplever det utfordrende å manøvrere i organisasjonen for å kunne jobbe effektivt med helsefremmende arbeid, også når de har lyst og mulighet.

Det er flere deltakere som trekker frem hvordan de opplever at informasjon stopper hos ledelsen. En deltaker sier: *«jeg tror en ting er å nå ledelsen, det fikser man. Men jeg tror det å nå oss er utfordringen»* og videre *«du må gå på ned på vårt nivå. Altså, ned på oss i hierarkiet, eller ... organisasjonen da».* Sitatene reflekterer deltakernes opplevelse av å være i en organisasjon som ikke ennå har vennet seg til nye samarbeidsmåter og fokusområder. I tillegg viser sitatene deltakernes karakterisering av seg selv som *«vi som jobber på gulvet»*, som en deltaker sier.

3.5.5 Uklare rammer medfører variasjon i samarbeid

I analysen fant vi at de utydelige rammene som oppleves kan føre til personavhengige variasjoner i hvordan samarbeidet utføres. Blant annet blir koordineringsansvaret for MEST-seminarer ofte på kontaktlærer. Disse deltakerne kan legge et stort ansvar på seg selv for å manøvrere i de uklare rammene for samarbeidet, og få ting til å skje. En deltaker forteller om rammene for samarbeid med helsesykepleier:

Det er litt flytende det med samarbeid og hvordan det egentlig skal foregå ja, [...] du må jo som kontaktlærer, du må jo bare stå på selv og liksom knytte kontakter og være på da ... Det er jo klart, det er ingen som kommer til deg liksom og sier «du, nå skal-», altså det er ikke noe sånt, du må jo ta ansvar selv.

Det er også flere som nevner at det er enklere å jobbe tett med andre grupper ved skolen om man selv har en tett relasjon til dem: *«jeg synes samarbeidet med helsesøster og skolehelsetjenesten fungerer veldig bra og mm, jeg synes jo alltid jeg får hjelp av rådgiver da, siden jeg kjenner dem veldig godt»*. Dette viser hvordan deltakeren opplever å selv ha ansvar for om det blir et samarbeid gjennom å legge inn innsats for å bygge relasjoner med kollegaer.

Angående årsaker til å ikke ha hatt mer samarbeid med skolehelsetjenesten om klasseromsseminarer, trekker deltakerne frem ulike aspekter ved dem selv som person. Dette er for eksempel relatert til eget engasjement og holdninger til seminarenes innhold. Ofte legger deltakerne ansvaret seg selv. Angående engasjement, sier en respondent: *«jeg må ta det litt på min egen kappe at jeg ikke har engasjert meg nok i det.. at tilbudet finnes der, mulighetene finnes der»*. En annen deltaker trekker frem usikkerhet på kompetansen til helsesykepleierne og innholdet i seminarerne som årsaker til å ikke ha hatt seminar i klassen:

Og da går det-, da må jeg innrømme at da går det kanskje går ut på mine holdninger.. til det.. Da er det, kunnskapen- hva går disse seminarerne ut på, er det konkrete opplysninger? eller er det ... andre ting som det går på ... Hva inneholder seminarerne?

Relevant for dette, er hvordan deltakerne kommenterer innholdet i MEST-seminarene. Respondentene formidler en opplevelse av lite eierskap til tematikken. Når de kommenterer innholdet, nevner det for det meste å ha hørt om seminartematikkene *«søvn»*, *«stress»*, *«seksuell helse»*, og noen ganger *«psykisk helse»* eller *«tankemestring»*. En respondent etterspør mer utvidet tematikk, for eksempel på å fokusere på sosiale ferdigheter med jevnaldrende. En annen deltaker setter fingeren på at det er mye fokus på stress og søvn: *«jeg bare tipper at det blir bra liksom, for [helsesykepleier] har jo kjempelang erfaring og er veldig flink og ... de har hatt mye fokus på det da. Sikkert litt fordi alle snakker om at ungdommen er så stressa»*. Fokuset på eksempelvis stress setter deltakeren dermed i sammenheng med at helsesykepleierne har kompetanse på denne tematikken, men også at man i samfunnet har en oppfattelse av at alle ungdommer er stresset. Rammene for seminarinnhold, i tillegg til lærernes tro på seminarerne og eierskap til disse, ser dermed ut til å kunne skape variasjon i hva som gjennomføres.

4 Diskusjon

Denne studien har utforsket læreres opplevelse av sin rolle i tverrfaglig psykologisk helsefremmende arbeid for ungdom i videregående skole, samt utfordringer og mulighetsrom i dette arbeidet. Utgangspunktet for studien var å undersøke lærernes opplevelse av sin rolle i psykologisk helsefremming og samarbeidet med skolehelsetjenesten angående deres arbeidsstrategi MEST. Resultatene illustrerer at dette landskapet er komplekst og sammenkoblet av flere faktorer, med funn vi ikke nødvendigvis forventet i forkant. Det vil innledningsvis være hensiktsmessig å oppsummere temaene vi utviklet i analysen.

Ifølge deltakerne har de som lærere en viktig rolle i psykologisk helsefremmende relasjonsarbeid for elevene, hvor de gjennom ulike fremgangsmåter skaper et rom hvor eleven kan dele sine utfordringer og utvikle egen kompetanse. Dessuten kan man se en gjensidighet mellom faglig og psykologisk helsefremmende arbeid, hvor lærernes arbeid på det ene området åpner opp for arbeid på det andre. Håndtering av elevers allerede eksisterende psykiske strev vektlegges likevel over bevisst psykologisk helsefremmende arbeid. Dette reflekteres i en forståelse av psykologisk helsefremming som problemløsning for å unngå videre skjevutvikling, hvor både den emosjonelle kapasiteten det krever å stå i elevens vansker og skolens prioriteringer overskygger et bevisst fokus på å være i forkant.

Deltakerne formidler en opplevelse av lærerrollen som uavgrenset, hvor de har begrenset kompetanse på psykologiske tema og begrenset tid til å møte ytre forventninger. Dette medfører et ønske om å avgrense egen rolle, samt en variasjon i lærernes involvering i psykologisk helsefremmende arbeid. Dessuten skaper skoleorganiseringen en kompleks ramme for lærernes samarbeid med MEST i skolehelsetjenesten, noe som utfordrer gjennomføring av psykologisk helsefremmende klasseromsseminar. Skolehelsetjenestens verden oppleves som noe eget, hvor samarbeidet preges av en tankegang om ansvarsfordeling. Siden rammene oppleves uklare, blir det også variasjoner i gjennomføringen av samarbeidet, samt en opplevelse av at helsesykepleierne ikke får nok plass.

4.1 Sosio-økologisk perspektiv: lærernes opplevelser satt i kontekst

Resultatene viser både lærernes opplevelse av egen utøvelse på individnivå, og hvordan de opplever at kontekstuelle faktorer påvirker deres psykologisk helsefremmende arbeid. Dette passer godt inn i modellen til Ekornes et al. (2012) som ser på læreres opplevelser i et sosio-økologisk perspektiv (se figur 3 i avsnitt 1.11 for illustrasjon). Med

utgangspunkt i modellen deles det kontekstuelle grovt inn i tre nivåer; det individuelle, organisatoriske og samfunnsmessige nivået; hvor det er gjensidig påvirkning mellom nivåene.

I lys av dette perspektivet vil deltakernes opplevelse av egen rolle i psykologisk helsefremmende arbeid kunne påvirkes av forutsetninger på alle disse kontekstuelle nivåene. Det individuelle nivået kan inkludere deltakernes egne erfaringer, kunnskap, forståelse og utøvelse av psykologisk helsefremming, det organisatoriske nivået til den kollektive forståelsen og utøvelsen av psykologisk helsefremming i skolekonteksten, og samfunnsnivået til lærernes erfaringer med hvordan tematikken omtales i samfunnet og media. I videre diskusjon vil vi dermed se på deltakernes rolle, konseptualisering og utøvelse av psykologisk helsefremming på individnivå, samt deres opplevelse av kontekstuelle faktorer som påvirker deres virke i lærerhverdagen.

4.2 Lærernes konseptualisering av psykologisk helsefremmende arbeid

På individnivå finner vi hvordan lærerne konseptualiserer psykologisk helsefremming. Lærernes konseptuelle forståelse kan gi viktig informasjon om deres profesjonskultur og hvordan denne fungerer som kontekst eller forutsetning for arbeidet deres (Ekornes et al., 2012). Resultatene viser hvordan deltakerne har en forståelse av psykologisk helsefremmende arbeid som håndtering av psykisk stress, hvor de har en hjelpende rolle i det å løse allerede tilstedeværende problemer, registrere elever med begynnende risiko og forhindre skjevutvikling hos enkeltelever. Denne forståelsen kan reflektere definisjonen av *indikativ forebygging* (Youth Gov., u.å.; Bru et al., 2016, s. 260). Det er ikke bare i vår studie man finner denne måten å konseptualisere begrepet på, også tidligere forskning har funnet at lærere ofte bruker begrepet «psykologisk helsefremming» når det kommer til forebygging av psykiske vansker og oppfølging av ungdom som strever psykisk (Ekornes et al., 2012).

Når det kommer til begrepsforståelsen av psykologisk helsefremming som tiltak på gruppenivå, ser denne ut til å vektes minst i deltakernes arbeidshverdag. Herunder faller arbeid med MEST-seminarene og det tverrfaglige temaet Folkehelse og livsmestring, hvor fokuset blant annet er å bygge opp eksplisitt helsekompetanse hos elevene. Dette kan dermed reflektere definisjonen av *psykologisk helsefremming* (WHO, 2022; Youth Gov., u.å.), men også *selektive* og *universelle* forebyggende tiltak (Bru et al., 2016, ss. 259-260). Disse arbeidsmåtene ser ut til å få minst plass i deltakernes forståelse.

Resultatene viser dessuten deltakernes opplevelse av at MEST-seminarer, emnet Folkehelse og livsmestring og gode relasjoner med elevene har særlig betydning for psykisk helse ved at de kan bidra med å håndtere elevenes *stress* og *utfordringer*. I analysen fant vi for

eksempel at deltakerne ofte snakker om at MEST-seminarene kan hjelpe elever som sliter med stress og søvn, hvor de kan få verktøy til å håndtere livet og utfordringer.

Sammenhengen mellom relasjoner og psykisk helse er det også mange som forbinder med at elevene bør ha noen å komme til hvis de *strever*. Det at lærer selv snakker om psykisk helse med elevene kobles ofte til at man snakker om utfordrende tema. Det er likevel viktig å understreke at denne vektleggingen av psykisk strev i forståelsen av psykologisk helsefremming viser en tendens i datasettet, og at resultatene ikke nødvendigvis er entydige. Vi ser variasjoner når det kommer til hvordan begrepet konseptualiseres, både mellom deltakerne og hos samme deltaker. For eksempel er det flere deltakere som beskriver hvordan relasjoner, og MEST-seminarer om for eksempel seksuell helse, kan tilføre positive faktorer og positiv helsekunnskap.

Dessuten beskriver samtlige deltakerne flere grep de gjør for at elevene skal ha det bra. De beskriver innsats de som lærere gjør for å bygge klassemiljø, gode relasjoner og aktualisere psykologiske tema elevene kan kjenne seg igjen i og lære av. Hvor noen av deltakerne kobler denne innsatsen eksplisitt til psykologisk helsefremmende arbeid, er det likevel en tendens til at dette heller omtales som en grunnleggende del av lærerrollen, og ikke nødvendigvis noe de aktivt tenker på som psykologisk helsefremming. Likevel kan dette reflektere hvordan deltakerne til en viss grad ser på psykologisk helsefremming slik som begrepet i utgangspunktet defineres; som tiltak for å optimalisere god psykisk helse gjennom å skape gode miljøer som videre skaper psykologisk velvære og legger til rette for sunne livsstiler (WHO, 2022; Youth Gov., u.å.).

Våre funn resonnerer med hvordan norske lærere i tidligere forskning opplevde begrepene «folkehelse» og «livsmestring» som abstrakte, store og uangripelige (Røros, 2019, ss. 34-36). Da lærerne i Røros' (2019, ss. 31-34) intervjustudie skulle fortelle fritt om hva de var opptatt av i arbeidet sitt, fortalte de likevel om en hverdagspraksis som hadde betydning for elevenes psykiske helse, slik som arbeid for relasjonsbygging, trygge læringsmiljø, og elevenes sosiale og emosjonelle læring. Også i vår studie så vi denne kontrasten mellom teoretisk begrepsforståelse og praksis. Hvis vi sammenstiller funnene fra Røros' studie og vår, kan man se at begrepsbruk kan ha innvirkning på hvordan lærerne forstår arbeidet sitt, og at de kan drive mye psykologisk helsefremmende arbeid uten å bruke det spesifikke begrepet. Uthus (2022b, ss. 284, 288) beskriver at dette kan illustrere hvordan lærerne på et vis kan være blinde for egen lærerkompetanse, hvor de besitter mye taus kunnskap og er helsefremmende agenter i kraft av egen profesjonsutøvelse.

Samlet ser man at deltakerne i vår studie sin begrepsforståelse av «psykologisk helsefremming» er preget av å være bred i form av å inkludere både forebygging og helsefremming, hvor deres rolle i psykisk helsearbeid både relaterer seg til fremming av trivsel og forebygging av psykisk stress, men hvor arbeid med psykisk stress i størst grad vektlegges og eksplisitt settes i sammenheng med begrepet.

4.3 Kategorisk begrepsforståelse av «psykisk helse»

Deltakernes forståelse av psykologisk helsefremming og psykisk helse kan kontekstualiseres av hvordan man i samfunnet forholder seg til begrepene. I utgangspunktet er det en generell enighet i samfunnet om at psykisk helse er noe mer enn kun fraværet av psykisk lidelse, hvor det kategoriske skillet mellom psykisk uhelse og helse har blitt erstattet av en helhetlig kontinuum-tankegang (Ekornes et al., 2012; Klomstén, 2022, s. 252; Krokstad, 2020; WHO, 2022). Man har også sett en rekonseptualisering fra at psykisk helse handlet om enkeltindividets stress til at psykisk helse er universelt og «for alle» (Weare, 2010). Likevel viser vårt datasett en tendens til å vektlegge psykisk stress i forståelsen av psykisk helsearbeid. Dette kan tyde på at «det gamle paradigmet» innen helsetenkning fortsatt kan figurere til en viss grad blant lærere og i skoleverket. Tidligere forskning som gjenspeiler dette fant at en stor andel lærere kobler psykisk helse-begrepet til elever med definert stress eller psykisk lidelse (Ekornes et al., 2012; Weare, 2010). Dette reflekterer sannsynligvis en større tendens i samfunnet, hvor det ikke nødvendigvis er slik at alle mennesker har en kontinuumsforståelse av helse selv om fagmiljøer og Verdens helseorganisasjon har det.

Vi må samtidig ta i betraktning at lærerne kan bruke andre begreper for fenomenet, sett i lys av at «psykologisk helsefremming» kan oppleves ukjent og abstrakt (se avsnitt 4.2). Flere av deltakere i vår studie bruker begrep som «godt klassemiljø», «mestring» og «trivsel» for å beskrive at elevene har det bra. Resultatene viser at deltakerne kan beskrive innsats for trivsel og god psykisk helse hos elevene uten å bruke «psykologisk helsefremming» som begrep. Også tidligere forskning fant at flesteparten av lærere bruker andre begrep, som «trivsel», i stedet for «psykisk helse» (Ekornes et al., 2012). Man kan se på trivsel som et viktig fundament for positiv psykisk helse, og psykisk helse som et fundament for trivsel (Anderson & Jane-Llopis, 2011). Likevel kan det å separere begrepene «psykisk helse» og «trivsel» reflektere en mer kategorisk tankegang om helse; hvor man setter psykisk helsearbeid i sammenheng med psykisk stress, og ser på arbeid for trivsel som noe annet. Dermed kan man miste forståelsen av helse som på et komplekst kontinuum som innebærer *både* trivsel, problemer og lidelse (Ekornes et al., 2012). Kontinuums-forståelsen blir av

Ekornes et al. (2012) beskrevet som en viktig ramme for at lærerne skal ha muligheten til å jobbe som psykologiske helsefremmende.

Denne kategoriske skillelinjen kan tenkes å være bidragsytende for hvordan deltakerne i vår studie beskriver områdene utdanning og helse, og derunder lærere og helsesykepleiere, som adskilte enheter. I resultatene vises en tankegang om at det er andre enn lærerne som har ansvar for å jobbe med psykisk helse. Disse «andre» er ofte helsesykepleiere eller andre helseprofesjoner. En bidragsytende faktor til denne kategoriske forståelsen kan være mangel på tett tverrfaglig samarbeid mellom helsepersonell og lærere i skolen (Borg & Pålshaugen, 2019; Braut, 2022b). Psykisk helse blir dermed forstått som noe læreren *ikke* skal drive med, og det kan oppstå en kollektiv forståelse av at det å jobbe med psykisk helse er å jobbe med uhelse. En deltaker sier spesifikt: «jeg tror kanskje det er litt sånn tanke også om at vi lærerne tar det faglige og så tar helsesykepleierne fysisk, psykisk og seksuell helse», noe som kan reflektere denne kategoriske oppdelingen, men også deltakernes opplevelse av å ikke alltid ha nødvendig psykologisk kompetanse. Ekornes et al. (2012) presenterer det som en naturlig konsekvens at helsefremming anses utenfor lærerens eget kompetanse- og ansvarsområde når begrepet psykisk helse i størst grad forstås i sammenheng med psykisk strev.

Denne begrepsforståelsen belyses av deltakernes opplevelse av at skolen prioriterer oppfølging av strev. Et eksempel er at flere deltakere trekker frem opplæringslovens «paragraf §9A» når spurt om skolens helsefremmende arbeid, en paragraf de ofte refererer til som «mobbeparagrafen». Opplæringslovens kapittel 9A har i utgangspunktet en bredere tematikk enn mobbing, og omhandler elevenes helhetlige skolemiljø (Opplæringslova, § 9 A-2). Deltakerne opplever at skolen fokuserer på å sikre god oppfølging av mobbesaker, og prioriterer arbeid mot og med mobbing i psykisk helsearbeid. Deltakerne opplever tydeligere rammer, ressurser og forventninger knyttet til mobbesaker og elever med psykisk strev, i kontrast til hvordan de opplever disse som utydelige for psykologisk helsefremming. Dette kan ses i lys av at det etter lovtekstendringen i 2017, en endring med mål om mer effektive rammer for å håndtere mobbing, har vært diskusjoner og bekymringer rundt blant annet skolens og lærernes rettsikkerhet (Alver, 2018). Skolens vektlegging av håndtering av psykisk strev og mobbing over psykologisk helsefremming kan bidra til å farge deltakernes forståelse av lovteksten som «mobbeparagrafen» og psykisk helse som noe kategorisk. Selv om fokus på å unngå mobbing ikke er negativt, viser dette også et fokus på å unngå «minussiden», altså å unngå mobbing eller håndtere saker som oppstår på en god måte, heller enn å være på «plussiden», altså å fokusere på helsefremming og tilføring av positive faktorer.

Hva gjelder konseptualisering og kategorisk forståelse kan også vår status som psykologstudenter ha påvirket deltakernes bruk og uttrykte forståelse av psykisk helsebegrepet. Man kan tenke seg at siden psykologer ofte assosieres med håndtering av psykiske lidelser, kan også deltakerne raskere ha fått et fokus på psykisk uhelse i samtale med oss. At vi ikke selv definerte en klokkeklar forskjell på forebygging og helsefremming, og selv bruker begrepet «uhelse», kan også ha påvirket lærernes kunnskapsgenerering i intervjuene.

Som helhet, kan deltakernes forståelse av psykologisk helsefremming, og sin egen rolle i dette, ses i lys av en kategorisk helseforståelse. I dette perspektivet er det kanskje rimelig om lærerne til tider opplever psykisk helsearbeid som utfordrende eller utenfor sitt ansvarsområde. Hvis begrepsforståelsen hadde vært enda mer positiv, altså inkludert sosialt og emosjonelt velvære, hadde det også vært mer sannsynlig at lærerne kunne opplevd egen rolle som mer håndterlig og naturlig (Ekornes et al., 2012).

4.4 Lærernes rolle som nøkkelperson i psykisk helsearbeid med elevene

Deltakerne beskriver likevel en opplevelse av å ha en viktig rolle i psykisk helsearbeid for elevene, hvor de er viktige voksenpersoner i elevenes liv og kan gjøre mye i lærerhverdagen for at elevene skal ha det bra. Dette viser en viss tosidighet i deres opplevelse; at selv om de ikke nødvendigvis alltid ser psykisk helse som lærerens hovedansvar, ser de på sin egen rolle i dette arbeidet som viktig.

Majoriteten av deltakere bringer opp at de har en viktig rolle i psykisk helsearbeid når det kommer til å «plukke opp» psykiske vansker hos eleven, og hjelpe dem å få videre hjelp for disse vanskene. Norske læreres tendens til å tolke dette som sin hovedrolle innenfor psykisk helsearbeid, er noe også Ekornes (2015) fant i sin forskning. Deltakerne i vår studie anvender ord som «nøkkel» og «nøkkelperson» angående sin rolle i å registrere strev hos elever, hvor de legger vekt på viktigheten av at de selv bruker «blikket» og er årvåkne. Dette kan reflektere hvordan Ekornes (2015) fant lærerrollen beskrevet som en «portvokter» for å plukke opp elever og føre dem videre i systemet eller til andre profesjoner. Siden dette er tiltak rettet mot individer med allerede påbegynt uhelse, er dette eksempler på lærernes arbeid med indikativ forebygging (Iowa Department of Public Health, u.å). Finney (2006) gir uttrykk for at selv om dette arbeidet er viktig for å promotere god psykisk helse hos elevene, så vil det kunne svekke rollen læreryrket har i psykologisk helsefremming hvis dette blir hovedfokuset.

Rollen som nøkkelperson kjenner vi i tillegg igjen i deltakernes opplevelse av å selv være ansvarlige for å ta opp psykologiske tema i klasserommet, og for å koordinere arbeidet med Folkehelse og livsmestring og MEST-seminarer. Særlig kontaktlærers rolle blir vektlagt i

dette arbeidet, hvor deltakere som er kontaktlærere legger mye ansvar på seg selv. Deltakerne vektlegger sitt eget ansvar i å registrere hva elevene i klassen har behov for av blant annet helsekompetanse, og for å ta kontakt med helsesykepleier ved behov. Dermed utgjør kontaktlærer et særs viktig organiserende mellomledd mellom elevene og andre instanser. Dette sammenfaller med hvordan lærerne beskrives som endringsagenter i elevenes skolehverdag (Klomstén, 2022, s. 260), frontfigurer i psykisk helsearbeid (O'Reilly et al., 2018), og nøkkelpersoner for at visjonen om en helsefremmende skole skal kunne realiseres (Klomstén, 2022, s. 271).

Dessuten gjør resultatene det tydelig at lærerne kan ha en nøkkelrolle i psykologisk helsefremmende arbeid som ikke nødvendigvis er målbar. Siden lærerne er i kontinuerlig kontakt med elevene, kan det foregå mye psykologisk helsefremmende i deres dagligdagse interaksjoner. Her kan det foregå implisitt psykologisk helsefremmende arbeid over tid, uten at det nødvendigvis er satte strukturer for det. For eksempel sier en deltaker at «stress» ikke blir løst av å ha ett seminar om det, men at psykologisk helsefremmende arbeid er noe læreren må gjøre, og ofte gjør, kontinuerlig. I dette arbeidet vektlegger deltakerne særlig deres egen evne til å bygge relasjon.

4.5 Relasjonens betydning i lærernes psykologisk helsefremmende arbeid

Resultatene fremhever hvordan deltakerne opplever sitt relasjonsbyggende arbeid overfor elevene som viktig, både i lærerrollen og for elevenes psykiske helse. Dette gjelder både relasjonsbygging lærer-elev, lærer-klassen, og elev-elev, hvor førstnevnte fremheves.

Det første av interesse er hvordan deltakerne i vår studie vektlegger det relasjonelle og mellommenneskelige i forståelsen av lærerrollen, da dette også er tydelig i tidligere forskningsfunn (Krane, 2017, s. 20; Rinke, 2008). I disse tidligere studiene understreker lærerne ofte sin rolle som en «mellommenneskelig aktør» som viser elevene omsorg. Forskningslitteratur fra Norge viser hvordan lærere ofte opplever en sammenheng mellom sitt relasjonsbyggende arbeid og elevenes psykiske helse (Holen & Waagene, 2014, s. 89; Krane, Karlsson, Ness & Binder, 2016). Når det kommer til den faktiske sammenhengen mellom lærer-elev-relasjon og denne antatte helsefremmende effekten, fant Krane, Karlsson, Ness og Kim (2016) to hovedfunn i sin litteraturstudie. For det første, kan positive lærer-elev-relasjoner fremme elevenes selvfølelse og beskytte mot utvikling av psykiske plager som depressive symptomer. For det andre, er det lavere risiko for at eleven dropper ut av skolen når relasjonen er god. Studien poengterer at selv om lærer-elev-relasjonen kan virke

beskyttende, kan den også være en risikofaktor for elevers psykiske helse hvis den oppleves som negativ.

Ønsket om å være en «trygg voksen» nevnes av flere deltakere, noe også lærere i tidligere studier har vektlagt (Krane, Karlsson, Ness & Binder, 2016). Flere deltakere nevner at hvis de selv evner å skape denne trygge relasjonen, kan det skapes et rom for elevene å utvikle seg og ha det godt i. Dette beskrives som et rom hvor elevene kan teste ut grenser, få sosiale tilbakemeldinger og forstå seg selv gjennom hvordan de blir møtt av lærer. Dette sammenfaller med hvordan Hofkens og Pianta (2022, s. 433) beskriver at det skapes en «trygg base» for utforskning og utfordring når lærer skaper et trygt miljø hvor elevene opplever seg møtt på en sensitiv måte. Læreren kan dermed være en viktig tilknytningsfigur og en utviklingsmessig positiv ressurs for elevene (Hofkens & Pianta, 2022, s. 433). Dette er i tråd med Kunnskapsdepartementet (2017b) som fremhever skolens dannelsesbidrag og viktigheten av varme relasjoner, hvor skolen er en arena for elevenes utvikling av sosial og emosjonell kompetanse (Nielsen et al., 2015).

Av relevans blir at noen deltakere gir uttrykk for at de hjelper elevene å regulere egne følelser og atferd, og på denne måten bidrar til normalisering og nyansering av opplevelser. En deltaker sier for eksempel at hen kan hjelpe eleven med å nyansere rundt følelser av «depresjon» eller «tristhet». Forskningsfunn har vist at en god lærer-elev-relasjon gjør det enklere for lærer å komme i posisjon til å gjøre dette, da elevene lettere tar imot råd og veiledning fra lærere de opplever god relasjon til (Federici & Skaalvik, 2022, ss. 186-188).

Deltakerne ser det relasjonelle aspektet som viktig blant annet fordi de opplever seg selv som kontaktperson for elever som strever eller utvikler strev. Flere ser det som sitt ansvar å bygge relasjoner som gjør elevene trygge nok til å ta kontakt med dem. Disse resultatene gjenspeiler seg i andre forskningsfunn. Krane, Karlsson, Ness og Kim (2016) fant at det er elever i risikozonen, eksempelvis de som er emosjonelt sårbare eller i fare for å falle ut av skolen, som har mest å tjene på en sterk lærer-elev-relasjon. Deres funn understreker også betydningen av å ha minst én positiv relasjon til en voksenperson.

Siden relasjonens kraft understrekes i så høy grad, blir også deltakernes fremgangsmåter for å bygge relasjon relevant. De snakker om både formelle og uformelle fremgangsmåter, hvor sistnevnte ofte skjer i små relasjonsøyeblikk i hverdagen. Eksempler på dette er å følge opp på noe eleven har snakket om før, le sammen og snakke med eleven på en respektfull måte hvor læreren ser deres behov. Deltakerne formidler et ønske om å vise genuin interesse for elevene sine, og bygge relasjon også utover den faglige konteksten. Betydningen dette kan ha underbygges av tidligere forskning som viser at både lærere og elever opplever

«de små hverdagslige tingene» som sentrale for utvikling av en god relasjon (Krane, Karlsson, Ness & Binder, 2016; Krane et al., 2017). Man har også funnet at mikrobekreftelser, som smil, blikkontakt, og andre måter å vise omsorg på i hverdagen, både er positivt i møte med mennesker med psykiske plager (Davidson & Johnson, 2013) og for elevers oppmerksomhet, motivasjon og konsentrasjon (Zeki, 2009). Hva deltakerne i vår studie beskriver at de gjør sammenfaller med forskningsfunn angående lærers relasjonskvaliteter som er av spesifikk betydning for elevenes psykiske helse: støtte, respekt, nærhet, tillit, snillhet og omsorg (Krane, Karlsson, Ness & Kim, 2016). Med dette som bakteppe, blir lærernes egen relasjonskompetanse essensiell, som også resultatene våre viser. Kompetansen gjelder både at lærerne evner å skape relasjoner med forannevnte relasjonskvaliteter, og at de kan fungere som en relasjonell rollemodell for elevene.

Resultatene viser at deltakerne ikke bare ser det som viktig å selv bli kjent med elevene, men også at elevene blir kjent med dem. Tidligere forskning har vist at denne gjensidigheten er noe elevene setter pris på da de blir kjent med lærerne på et mer jevnbyrdig plan (Krane, Karlsson, Ness & Binder, 2016; Krane et al., 2017). Relasjonsbyggingen referer dermed til en to-veis interaksjon mellom lærer og elev, hvor deltakerne både legger vekt på egen rolle i å få elevene til å føle seg sett og forstått, men også at de selv bør gjøre seg synlig som person for elevene. Dette reflekterer hvordan Hofkens og Pianta (2022, s. 433) forstår lærer-elev-forholdet som et koordinert system, samt hvordan det er en viss grad av samarbeid og gjensidig tillit mellom lærer- og elevrollen (Krane, 2017, s. 18). Samtidig kan man forstå relasjonen som grunnleggende asymmetrisk grunnet ulikheten i rollene, hvor lærer er den profesjonelle voksne som har mer kompetanse og makt enn eleven. Dermed har lærer mer ansvar i relasjonen, noe også deltakerne i vår studie formidler.

Hvis man sammenstiller våre funn med tidligere forskningsfunn, ser man dermed at når deltakerne fremstiller relasjoner og «det hverdagslige» som viktig, jobber de i tråd med hva forskning viser at kan være viktig for elevers psykiske helse. Lærernes relasjonelle arbeid kan dermed anses som et viktig «i forkant»-tiltak, i form av at relasjonene både kan bidra til å fremme god psykisk helse i ungdommenes hverdag, og kan ha en forebyggende kraft for de med psykisk strev.

4.6 Gjensidighet mellom faglig arbeid og psykologisk helsefremming

«Det hverdagslige» finnes også igjen i lærerens faglige rolle. I analysen fant vi beskrivelser av en gjensidighet mellom psykologisk helsefremming og faglig arbeid. På den

ene siden kan lærerens psykologisk helsefremmende arbeid åpne for bedre læringsvilkår, på den andre siden vil lærerne også kunne jobbe med psykologiske tema i det faglige.

Hvordan lærers psykologisk helsefremmende arbeid åpner for bedre læringsvilkår, kan på et vis gjenspeile tematikken helsefremmende relasjoner (avsnitt 4.5). Deltakerne i vår studie understreker sin egen rolle i å skape et klassemiljø hvor elevene er trygge på hverandre. Dette reflekteres i tidligere forskning som har vist at også andre lærere anser å skape gode elev-elev-relasjoner som viktig for at skolen skal være en helsefremmende arena (Holen & Waagene, 2014, s. 89). Det er likevel ikke alle deltakerne i vår studie som forbinder deres egen innsats for trivsel og relasjon i klasserommet med *psykologisk helsefremming*, de kaller det ofte heller å skape «et godt læringsmiljø» (se avsnitt 4.2 og 4.3 for diskusjon om lærernes konseptualisering). De setter dermed klassemiljø, relasjoner og trivsel i sammenheng med læringsforutsetninger. Også tidligere forskning har demonstrert denne sammenheng. Dette i form av at læreren får større metodefrihet, og at det er lettere for elevene å tilegne seg kunnskap når de har det bra, og fra en de har et godt forhold til (Uthus, 2022a, s. 31).

Ifølge forskning kan altså deltakernes arbeid for godt klassemiljø ha en positiv effekt på læring (Feigenberg et al., 2010). I tillegg er det nærliggende å tenke at lærernes arbeid for et godt læringsmiljø kan ha positiv effekt på elevenes psykiske helse. På den måten kan man forstå deres arbeid for godt læringsmiljø som psykologisk helsefremmende arbeid (Ekornes et al., 2012). Helsedirektoratet (2022) viser til at det er sammenfallende elementer mellom et godt læringsmiljø og en helsefremmende skole, hvor de trekker frem faktorer som opplevelse av trygghet for elevene, faglig støtte fra lærere, gode relasjoner mellom elever, og mellom elev og lærer. Videre er et interessant funn fra norsk videregående skole at lærere vurderte det «å arbeide for god psykisk helse som en del av læringsmiljøarbeidet» som mest betydningsfullt for at skolen skulle jobbe systematisk med helsefremmende og forebyggende arbeid (Holen og Waagene, 2014, ss. 69, 84). Slik sett vil det kunne skape psykologisk helsefremmende effekter hvis lærerne fortsetter å fokusere på å skape gode klasse- og læringsmiljø.

At god psykisk helse tilrettelegger for læring, understreker samtidig potensialet som ligger i at læreren er involvert i helsefremmende innsats også *utenfor* den daglige driften av klasserommet, herunder for eksempel å tilrettelegge for MEST-seminar i klassen. På denne måten kan lærers involvering i MEST være inngangsport til økt faglig læring hos elevene hvis seminarene har en psykologisk helsefremmende effekt på dem.

Når det kommer til hvordan faglig arbeid kan være en inngangsport til psykologisk helsefremming, handler dette om hvordan deltakerne ser en mulighet til å jobbe med

psykologiske tema gjennom fag. Dette kan være eksplisitt gjennom det tverrfaglige temaet Folkehelse og livsmestring, eller i ordinære fag hvor psykologiske tema tematiseres uten at lærerne nødvendigvis selv tenker eller annonserer at det er det de gjør. Gjennom Kunnskapsløftet 2020 legges det opp til at lærer skal sette psykologiske tema på agendaen i egne fag, og fremme god psykisk helse gjennom undervisning (Kunnskapsdepartementet, 2017a). Flere av deltakerne påpeker at føringer og tiltak, som Kunnskapsløftet og MEST, har en bevisstgjørende effekt på dem når det kommer til å jobbe mer psykologisk helsefremmende i sine fag. Samtidig er det deltakere som gir uttrykk for at mange lærerne har gjort mye av dette fra før.

Dessuten poengterer flere deltakere at elevens skoleprestasjoner gir et vindu til deres psykiske helse, både ved at lærerne kan registrere endringer hos eleven, men også at lærer kan ta utgangspunkt i prestasjonene for å bygge opp under elevenes mestring. I tidligere forskning har man sett et gjensidighetsforhold ved at skoleprestasjoner påvirker den psykiske helsen og den psykiske helsen påvirker skoleprestasjoner (Baskin et al., 2010; Gustafson et al., 2010; Mælan et al., 2018). Hvor dårlige skoleresultater og forventningspress vil kunne påvirke elevens psykiske helse negativt, vil også psykiske plager føre til mindre engasjement og verre skoleprestasjoner. På den andre siden kan mestring, trygghet og suksess på skolen fremme god psykisk helse (Gustafson et al., 2010). Samtidig finnes det også elever som presterer godt på skolen, men som til tross for dette har psykisk vansker (Uthus, 2022a, s. 33). Dermed vil elevens skoleprestasjoner kun ved en del tilfeller være et vindu til elevens psykiske helse.

En interessant tosidighet resultatene i vår studie innehar, er at samtidig som deltakerne formidler en mulig gjensidighet mellom deres faglige og psykologisk helsefremmende arbeid, gir flere også uttrykk for at deres rolle er som *lærer*, hvor fokuset først og fremst er på *fag*. Resultatene våre viser hvordan deltakerne har opplevd diskusjoner på skolen om at blant annet MEST-seminarer ikke skal ta av faglig tid. Dette dilemmaet er gjenkjennbart fra NIFU-rapporter hvor lærerne på den ene siden ser seg selv som viktig i psykologisk helsefremmende arbeid, men på den andre siden er bekymret for at psykisk helsearbeid skal ta fokus fra skolefag og læring (Holen & Waagene, 2014, s. 40). Noen lærere vegrer seg derfor for å prioritere psykisk helsearbeid over fag (Gjerustad et al., 2019, s. 82), og mener at skolen bør fokusere på læring (Holen & Waagene, 2014, ss. 38, 40). Borg og Pålshaugen (2019) fant at lærernes prioritering av akademiske prestasjoner er en av årsakene til at psykisk helsearbeid i norsk skole ofte blir overlatt til for eksempel helsearbeidere. Tanken om at psykologisk helsefremming ikke skal gå ut over læring, kan reflektere samme kategoriske forståelse som vi har diskutert tidligere (se avsnitt 4.3), i form av at læring og psykologisk helsefremming er

to ulike enheter. Likevel viser våre resultater at dette ikke alltid er tilfellet, da mange beskriver et gjensidighetsforhold. Det mer grunnleggende arbeidet, blant annet relasjonsarbeid, virker i større grad til å anses som en naturlig del av lærerrollen, hvor deltakerne betrakter dette som viktig for elevenes faglige læring.

4.7 Psykisk helsearbeid som tidstyv

At lærere finner psykologisk helsefremmende arbeid vanskelig å prioritere har blant annet sin grobunn i opplevelsen av at tiden ikke strekker til. Flere av deltakerne formidler en opplevelse av begrenset kapasitet, hvor de har mange oppgaver, og samtidig må ivareta sitt viktige oppdrag for elevenes faglige måloppnåelse. Denne opplevelsen er dog varierende mellom deltakerne, da noen mener de har tid til det daglige relasjonelle arbeidet, men ikke nødvendigvis det som går utover dette.

Lærernes opplevelse av begrenset tid til psykisk helsearbeid og psykologisk helsefremming gjenspeiles i tidligere forskningsfunn (Borg & Pålshaugen, 2019; Ekornes, 2015). Flere deltakere i vår studie beskriver hvordan det er mange kompetansemål de må gjennom i løpet av et skoleår, og at de opplever å måtte stå til ansvar hvis de ikke skulle rekke gjennom. De beskriver en opplevelse av å ikke ha tid i hverdagen til å prioritere psykologisk helsefremmende arbeid over fag. Hvor skolehelsetjenesten har et ønske om at læreren inviterer dem inn i klasserommet, har læreren samtidig mye annet timeplanen må fylles med. Fokuset på målstyringen av fag i skolen tar dermed oppmerksomhet, tid og mulighet fra psykologisk helsefremming. Klomstén (2022, s. 270) beskriver hvordan vektleggingen av effektivitet og resultater er høy i dagens skole, og at forskning viser at lærere opplever å ha for lite tid til gode formål. Dette refererer hun til som medvirkende årsaker til at det blir vanskelig å få til satsning på psykisk helse og Folkehelse og livsmestring. Samlet sett fremheves dermed mer overordnet organisering og tidsstyring som en faktor for hvorfor læreren kan måtte prioritere fag over psykologisk helsefremming.

Deltakerne trekker frem at de må gjøre vanskelige tidsprioriteringer. Når deltakerne bruker mye tid på enkeltelever tar det av tiden som kunne blitt brukt til helsefremming for de resterende 30 elevene i klassen. At elever med psykiske vansker krever tid lærerne opplever å ikke ha reflekteres også i tidligere forskningsfunn (Ekornes, 2015; Holen & Waagene, 2014, s. 54). Deltakere i vår studie beskriver at de allerede strekker seg langt, og at de tidsmessige begrensningene kan gå ut over deres basale behov, som å spise lunsj. Dette viser at i en hverdag med mange elever som trenger oppfølging og tilrettelegging, er det ikke alltid igjen tid til å jobbe helsefremmende.

Deltakerne anser altså ikke nødvendigvis psykologisk helsefremmende tiltak som noe negativt. De opplever heller en situasjon hvor dette tar tid fra andre og like viktige oppgaver, dette være seg fag eller oppfølging av elever med psykiske vansker. Denne opplevelsen virker å i størst grad å handle om oppgaver som oppleves som *tillegg* på det de ser som grunnleggende i sin lærerrolle. Også Graham et al. (2011) fant at lærerne er bekymret for at psykologisk helsefremming kan være et ekstra tillegg på en allerede tung arbeidsbyrde. Sett i sammenheng med at lærerne forteller om et høyt arbeidspress og begrenset tidskapasitet er det følgelig ikke overraskende at MEST-tiltak blir et overskuddsprosjekt. Dermed blir slike tiltak noe som opptar lite av deltakernes bevissthet, ofte blir glemt eller bortprioritert til fordel for mer presserende arbeidsoppgaver. MEST-tiltak kan fremstå som *enda* en arbeidsoppgave, en ytterligere ekspandering av en allerede strukket rolle. Dette dilemmaet og tidsprioriteringen kan også være en refleksjon av hvordan det er å operere som lærer i skoleverket som kontekst.

4.8 En uavgrenset lærerrolle i psykisk helsearbeid

I analysen fant vi hvordan lærerrollen ofte oppleves uavgrenset, mangefasettert og utflytende når det kommer til psykologisk helsefremmende arbeid. I et sosio-økologisk lys, er denne opplevelsen preget av kontekstuelle faktorer (ref. Ekornes et al., 2012). Deltakernes opplevelse av en uavgrenset lærerrolle blir særlig tydelig i møte med ytre forventninger som viser manglende forståelse for lærerens komplekse arbeidshverdag og ansvarsområde. Selv om det er ulikheter mellom deltakerne, var det en tendens i datasettet til å gi uttrykk for å møte vage og udefinerte ønsker fra flere hold. Disse ønskene kan komme med en forventning om at lærerne skal «fikse» alt.

Opplevelsen av disse ønskene kan ses i lys av at det formelt sett finnes få retningslinjer for *hvordan* lærerne skal utøve psykisk helsearbeid eller psykologisk helsefremming (Borg & Pålshaugen, 2019; Madsen, 2020, s. 17), slik skolehelsetjenesten har (Helsedirektoratet, 2019). Studiens deltakere gir også selv uttrykk for manglende rammer og retningslinjer for psykologisk helsefremming. I forlengelsen skaper dette en skolekontekst hvor det lett kan oppstå usikkerhet rundt lærers rolle.

Deltakerne forteller om en opplevelse av at lærerrollen er i utvidelse, hvor det har skjedd en økning av ansvarsområdene lærerrollen har i psykisk helsearbeid. Uthus (2022b, s. 287) beskriver at selv om det har vært en lang tradisjon i pedagogisk praksis og læreplaner at lærerne har en rolle i elevenes utvikling som mennesker, så er det eksplisitte fokuset på elevenes psykiske helse nytt innenfor det pedagogiske feltet. Denne opplevelsen av utvidelse av lærerrollen kan ifølge Krane, Karlsson, Ness og Binder (2016) ses i lys av ulike

kontekstuelle faktorer. Én kontekstuell faktor kan være at elevene i økende grad tar opp personlig tema og psykisk helseproblematikk med lærerne. En annen faktor kan være økt åpenhet om psykiske vansker på samfunnsnivå. Opplevelsen kan også ses i sammenheng med økte forventninger om psykologisk helsefremming i etterkant av Kunnskapsløftet 2020 (Kunnskapsdepartementet, 2017a) og innføring av det tverrfaglige emnet Folkehelse og livsmestring.

Denne opplevelsen av uavgrensethet og utvidelse henger sammen med deltakernes opplevelse av å strekke seg langt i psykisk helsearbeid. Deltakerne sier de ofte kan jobbe utover de formelle forventningene i sin egen arbeidsbeskrivelse, hvor de grunnet både tids- og kompetansebegrensning kan nedprioritere egne behov for å hjelpe elevene. Kontaktlærerrollen fremstår særlig sårbar for denne situasjonen. En liknende tendens er funnet i annen forskning som viser til at lærerne ønsket å strekke seg langt for sårbare elever, blant annet elevene de var redd for at kunne falle ut av skolen (Krane, Karlsson, Ness & Binder, 2016).

Resultatene viser dessuten at rolleklarheten kan ha uheldige ringvirkninger i form av at deltakerne kan føle på maktesløshet i det psykiske helsearbeidet. Dette skisseres for eksempel i deltakernes opplevelser i situasjoner hvor de står tett på elever med suicidproblematikk. Krane (2017, s. 57) fant at lærere kan føle seg rådville og ha behov for å beskytte seg selv når de opplever at elever har større psykiske vansker. Dette reflekterer våre funn av at arbeid med psykisk stress krever emosjonell kapasitet, hvor de opplever å verken ha tid (se avsnitt 4.7) eller kompetanse (se avsnitt 4.9) nok til å imøtekomme alle ønsker og krav.

Opplevelsen av rollen som uavgrenset kan ses i lys av rolleteori på rollekonflikter (Biddle, 1986). Noen av studiens deltakere setter ord på å bli dratt i ulike retninger i lærerrollen, for eksempel mellom det å være faglig lærer og det å være omsorgsperson, og at dette kan være krevende å stå i. Ifølge Biddle (1986) kan denne opplevelsen av motstridende krav og forventninger skape en spenning hos lærer, en relevant rollekonflikt for majoriteten av deltakerne i vår studie. Dette vil kunne påvirke lærerens emosjonelle tilstand og stressopplevelse i jobben (Krane, Karlsson, Ness & Binder, 2016). Rolleteori (Biddle, 1986) belyser dessuten hvordan deltakernes rollekonflikt medfører forsøk på å strategisk utforme rollen, for eksempel i form av hva de mener en lærer *ikke* skal gjøre i psykisk helsearbeid.

Samlet sett, skaper dette et dekkende bakteppe for at majoriteten av deltakerne tydelig ønsker å avgrense sin rolle i psykisk helsearbeid. Flere deltakere er tydelige på at de ikke har rollen som terapeut eller helsepersonell, noe også tidligere litteratur viser (Bru et al., 2016, s. 287). Samtidig står lærerne i en situasjon hvor de har omsorg for elevene. Verdens

helseorganisasjon (2021a, s. 9) beskriver i tillegg lærere som uformelle psykiske helsearbeidere, og forventningene når det kommer til dette kan stamme fra både individ-, samfunns- og organisatorisk nivå. Dette paradokset beskrives av Smette (2017); samtidig som man forsøker å lage avgrensede skiller mellom profesjonenes roller, får læreren ofte en rolle som handler om både fagformidling og omsorgsutøving. Dermed, når retningslinjene for lærernes ekspanderende rolle i psykisk helsearbeid er uklare, er det nærliggende at det blir krevende for lærer å forstå og leve ut sin rolle. Dessuten kan uklarheten være en faktor som gir lærere en opplevelse av at de skal kunne ting de ikke kan.

4.9 Begrenset kompetanse i møte med en ekspanderende lærerrolle

Flere av studiens deltakere gir uttrykk for å ikke ha tilstrekkelig psykologisk kompetanse til å imøtekomme ønskene som kommer med den ekspanderende lærerrollen. Flertallet av deltakerne opplever begrenset kompetanse når det kommer til psykisk strev, for eksempel i møte med forventninger fra BUP. Flere opplever også manglende kompetanse på eksplisitt helsekunnskap om psykologiske tema. Disse opplevelsene er ikke bare fremtredende i våre resultater, men også godt dokumentert i tidligere forskning (Ekornes, 2015; Gjerustad et al., 2019; Holen & Waagene, 2014; Myhren, 2021). Samtidig viser resultatene også at en stor andel av deltakerne kjenner seg kompetent i mer hverdagslige situasjoner, som samtaler med elever om hvordan de har det. Det er med andre ord mange nyanser i opplevelsen av kompetanse.

Klomstén (2022, s. 271) gir uttrykk for at den psykologiske utvidelsen av lærerrollen kan forstås som et «tveegget sverd». På den ene siden kan den psykologiske utvidelsen ha positive konsekvenser for både lærer og elever om klasserommet blir en helsefremmende, oppløftende arena hvor lærer er komfortable med psykologisk tematikk og evner å se elevene. På den andre siden, mener hun at det økte psykologiske fokuset kan ha uheldige konsekvenser hvis læreren ikke mestrer oppgaven. En uheldig konsekvens kan for eksempel oppstå hvis læreren er ukomfortabel med å snakke om tanker og følelser med elevene, eller åpner opp for at eleven kan prate tematikk læreren ikke vet hvordan å håndtere videre (Klomstén, 2022, s. 271). Klomsténs bemerkninger (2022, s. 271) belyser hvordan våre deltakers kompetanseopplevelse påvirker hvordan de tilnærmer seg, eller ikke, psykologiske tema. En slik variasjon observeres i at én deltaker tilnærmer seg psykologisk tematikk med en mentalitet om at hen som lærer må å stå i de krevende samtalene, mens en annen deltaker gir uttrykk for at hen håper at en utfordrende situasjon i klassen «ordner seg» av seg selv.

Dessuten gir deltakerne uttrykk for å i ulik grad være komfortabel med å snakke om psykisk helse med elevene.

Resultatene belyser dermed at opplevelsen av manglende kompetanse skaper en utrygghet, og at lærerne følgende ofte ønsker kompetanseheving. De ønsker å kunne mer om psykologiske tema og hvordan håndtere situasjoner og relasjoner, og fremmer for eksempel et ønske om at skolen kan vektlegge tematikken i planleggingsdager, kursing, videreutdanning, og lærerutdanningen. Dette kompetanseønsket reflekterer dermed både teoretisk kompetanse, men også personlig kompetanse og ferdigheter, blant annet når det kommer til emosjonskompetanse (Klomstén, 2022, s. 271).

På individnivå observerer vi en tosidighet mellom deltakernes ønske om mer kompetanse innenfor psykisk helse, og at de samtidig ønsker å avgrense egen rolle, for eksempel opp mot helseprofesjoner. Denne tosidigheten observeres som en tendens i datasettet, og kan også ses i utsagnene til én og samme respondent. Dette kan forstås som at deltakerne selv bidrar til å ekspandere rollen ved ønsket om kompetanseheving. Det kan også forstås som at ønsket om økt kompetanse grunner i et behov gitt den aktuelle situasjonen, hvor læreren opplever å ikke kunne nok for å ivareta elevene, men at lærerne ikke nødvendigvis ser denne situasjonen som optimal. At manglende kompetanse gjør at lærere vurderer andre profesjoner som bedre rustet til å hjelpe elevene enn dem selv, er også dokumentert i annen forskning (Borg & Pålshaugen, 2019; Mælan et al., 2018).

Likevel kan det stilles spørsmålsteget ved om den beste måten å imøtekomme ønsket om økt trygghet på psykologiske tema er å kurse eller videreutdanne lærerne innenfor psykisk helse og således være med på å utvide lærerrollen. Det kan for eksempel stilles spørsmål ved om deltakerne undervurderer sitt allerede tilstedeværende bidrag innenfor arbeidet med psykisk helse og Folkehelse og livsmestring. Å eksempelvis fasilitere diskusjon rundt hvordan en skikkelse i fagtekst tenker og føler trenger ikke kreve at læreren har alle svar, men heller at læreren kan legge til rette for god diskusjon og fremme nysgjerrighet rundt tematikken. Samtidig krever dette at læreren mestrer å stå i det å «ikke ha alle svar», noe en av studiens deltakere setter ord på at for mange lærere er utfordrende. En naturlig slutning er dessuten at hvis en viss kompetanseheving innen psykisk helse gjør lærerne tryggere i sin rolle, vil dette være hensiktsmessig å prioritere.

4.10 Personavhengig involvering i psykisk helsearbeid – på godt og vondt

Manglende retningslinjer for hvordan lærere skal drive psykisk helsearbeid kan føre til variasjoner mellom hvordan lærerne definerer og utøver denne rollen. Deltakerne bruker seg

selv som verktøy i det psykologisk helsefremmende arbeidet og har ulike forutsetninger for dette. Dermed kan lærernes personlige egenskaper bli utslagsgivende for hvilke arbeidsoppgaver som vektlegges, og forme hvordan de jobber psykologisk helsefremmende.

Variasjonen fremkommer både eksplisitt og implisitt i dataene. Et eksempel fra våre resultater på hvordan læreren *som person* spiller inn, er at deltakerne kontakter personer de har en personlig relasjon til i skolen for hjelp. For eksempel kontaktes lærerkolleger, heller enn skolehelsetjenesten, for innspill til hvordan jobbe med psykisk helse. I analysen fant vi også at deltakerne opplever ulik grad av evne til relasjonsbygging og trygghet i egen lærerrolle, og at dette påvirker hvordan de håndterer psykisk helsearbeid. Et annet eksempel er at noen av lærerne er mer komfortabel med å jobbe på gruppenivå enn andre.

Flere deltakere setter ord på egne holdninger til MESTs klasseromsseminar. Hvor noen er utelukkende positivt innstilt, viser andre en viss skepsis. Vår analyse finner dermed at lærernes holdninger tilknyttet helsefremming er viktig for hva de tilbyr elevene av psykologisk helsefremmende innsats, og at slike holdninger også kan variere innad på samme skole. Ekornes et al. (2012) fant at også lærernes holdninger tilknyttet helsefremming er viktig for hvordan, og om, det gjennomføres.

Sett fra organisatorisk nivå, kan opplevelsen av skolens begrensede prioritering av psykologisk helsefremming være bidragsytende til at involveringen blir personavhengig. Dette gjelder for eksempel begrenset fokus på kompetanseheving for lærerne (se avsnitt 4.9). Ekornes et al. (2012) fant at lærernes hovedkilde til kunnskap om psykisk helse var personlige erfaringer, blant annet erfaring med egne og nær families psykiske vansker. Slik sett blir læreren som person utslagsgivende. Ekornes (2015) underbygger deler av våre funn ved å vise til at svak skoleledelse og få retningslinjer fører til at lærernes involvering i psykisk helsearbeid avhenger av hver enkelt lærer. Dette understreker samtidig hvordan en sterk skoleledelse har mye potensiale ved å støtte lærerne i deres daglige arbeid for psykologisk helsefremming.

At lærernes involvering er personavhengig, kan ses som både en styrke og svakhet for psykologisk helsefremming. En styrke er at læreren får rom til å forme egen arbeidshverdag i tråd med sin kompetanse og personlige egenskaper. Deltakerne som ytrer stor personlig interesse og trygghet på psykologiske tema får mulighet til å bruke disse egenskapene i undervisning og elevoppfølging. Baksiden ved personavhengig involvering, som våre resultater belyser, er at noen klasser mottar større fokus på psykologisk helsefremming enn andre, og at det er «ildsjelene» blant lærerne som gjør mest. Eksempelvis kan dette føre til at noen klasser jevnlig mottar klasseromsseminar for kunnskapspåfyll, mens andre klasser

sjeldent, eller aldri, mottar dette. Dette medfører også en risiko for at slike «ildsjeler» tar seg vann over hodet og med tiden blir overinvolvert (Holen & Waagene, 2014, s. 91). En av målsetningene med nasjonale læreplaner er dessuten likhet i utdanningstilbudet (Borg & Pålshaugen, 2019), men uten tydelige retningslinjer kan tjenestene som ytes bli vilkårlige og avhengig av den enkelte lærers engasjement og egenskaper (Ekornes, 2015). Dessuten vil manglende retningslinjer for samarbeid mellom utdannings- og helseprofesjoner kunne gjøre rommet for individuelle forskjeller større.

4.11 En skoleorganisering som ikke fasiliterer for tverrfaglig samarbeid med skolehelsetjenesten

Samtidig som lærerne fungerer som en nøkkelrolle og mellomledd til andre i organisasjonen (se avsnitt 4.4), er rollen preget av å være bare én av mange roller i en stor organisasjon, hvor ulike yrkesgrupper sammen forsøker å skape et godt skolemiljø for elevene. Deltakerne i vår studie formidler opplevelser av å jobbe i en stor, kompleks og travel organisasjon som noen ganger oppleves uoversiktlig. Sett i lys av et sosio-økologisk perspektiv (Barry, 2009; Ekornes et al., 2012), farger denne konteksten forutsetningene lærerne har for å jobbe med psykologisk helsefremming, blant annet med MEST-seminarer.

Det første av interesse er hvordan deltakerne opplever sin rolle i samarbeidet i skolen som helhet. Når deltakerne i vår studie setter ord på sin plassering i organisasjonen, formidler de at lærerne er de som «jobber på gulvet», eller er «nederst» i en hierarkisk oppbygd organisasjon. Sett i sammenheng med psykisk helsearbeid, kan deres posisjonsforståelse på den ene siden reflektere en opplevelse av stort ansvar overfor elevene. På den andre siden kan dette reflektere en opplevelse av begrenset påvirkningskraft på de formelle rammene for det psykiske helsearbeidet. Deltakernes opplevelser gir gjenklang i hvordan Connolly og James (2006) fant at samarbeid har vanskeligere for å lykkes i hierarkiske grupper. Dessuten beskriver Uthus (2022a, s. 15) at det blir utfordrende for lærere å handle til elevenes beste hvis ikke alle med makt og myndighet til å påvirke skolens innhold og praksis spiller på lag.

For å få til blant annet psykologisk helsefremmende MEST-seminarer, er det ønskelig at lærerne samarbeider med skolehelsetjenesten (Aglen et al., 2018; Bjørnsen, Ringdal, Eilertsen, et al., 2018). Resultatene skisserer hvordan skoleorganiseringen utfordrer dette ønskede samarbeidet. Ved tematisering av skolehelsetjenesten og MEST gir samtlige lærerne uttrykk for å være positive til skolehelsetjenestens bidrag, men samtidig har flere lite kunnskap om skolehelsetjenesten, hvordan de jobber og hva de kan bidra med inn mot

klassen. Denne manglende kunnskapen om andre yrkesgrupper i skolen trekkes frem som en risikofaktor for mindre velfungerende tverrfaglig samarbeid (Connolly & James, 2006).

Våre resultater viser hvordan deltakerne mer eller mindre eksplisitt gir uttrykk for skarpe skillelinjer og avstand mellom lærerne og skolehelsetjenesten. En deltaker forteller at helsesykepleierne jobber i en «verden man ikke vil tråkke inn i». Denne tendensen til silotenkning observeres hos flere av deltakerne. Skolehelsetjenesten og lærerne oppleves som separate enheter preget av «annerledeshet». Liknende tendens til silotankegang, på samfunnsnivå, trekkes frem i forskning av Anvik og Waldahl (2017) som fant at man i Norge strever med å tilby koordinert hjelp på tvers av sektorer. En av årsaksforklaringene til dette tillegges samfunnets silomentalitet, og det trekkes frem at det er særlig lite samhandling mellom helsesektoren og andre sektorer. I vår analyse observerer vi at en følge av denne avstanden er en underliggende usikkerhet hos flere av deltakerne, en redsel for å tråkke skolehelsetjenesten «på tærne», be om for mye eller rote seg bort i helsesykepleiernes arbeidsoppgaver. Dette kan også ses i lys av tanken om forskjellen mellom utdannings- og helsesektoren (se eksempelvis avsnitt 4.3) og lærernes egne faglige identitet. Tidligere forskning har belyst hvordan lærere kan oppleve sin faglige identitet som truet når man øker samarbeidet med andre profesjoner (Borg et al., 2015, s. 5). Dette kan man tenke seg at kan føre til et ønske om å ha et tydelig skille.

Et uttrykk for den opplevde skillelinjen mellom profesjonene, er hvordan flere deltakere trekker frem synlighet som en viktig forutsetning for å forbedre samarbeidet. En deltaker opplever at en årsak til manglende samhandlingen mellom lærere og skolehelsetjenesten er at skolehelsetjenesten ikke *tar* nok plass, og at ledelsen og lærerne ikke *gir* dem nok plass. Dermed fremstår ansvaret for manglende samarbeid på enkeltindividenes eller enhetenes synlighet. Samtidig vil vi heller argumentere for at dette illustrerer hvordan det er *rammene* for samarbeid ikke er synlige, eller ikke tilstedeværende, innad i skolens organisasjonsstruktur. Angående skolehelsetjenestens synlighet, observerer vi dessuten en interessant tosidighet når det kommer til opplevelsen av helsesykepleiernes tilgjengelighet. Hvor flere av deltakerne på den ene siden beskriver dem som tilgjengelige, ytrer også flere en opplevelse av at helsesykepleier er opptatt med individuell oppfølging, er travel og derfor har nedsatt kapasitet til å tilby MEST-seminarer til deres klasse.

Opplevelsene av uklarthet i samarbeid med skolehelsetjenesten kan forstås som kommunikasjonsvansker, noe tverrfaglig samarbeid ofte preges av (Ekornes, 2015). Et eksempel på kommunikasjonsvansker observeres i deltakernes forsøk på å få tilgang til resultatene av MEST-kartleggingen. Tross i at flere av studiens deltakere aktivt oppsøkte

informasjon om kartleggingen hadde ingen av deltakerne på daværende tidspunkt fått tak i informasjonen. Noen av deltakerne binder dette opp mot at informasjonen stopper hos ledelsen og ikke føres «nedover i hierarkiet». Flere av deltakerne viser også til at samarbeid med helsesykepleier vanskeligjøres av taushetsplikt, noe også lærere i annen forskning har trukket frem som en utfordring (Ekornes, 2015). Dette eksemplifiserer hvordan skolens store og komplekse struktur, i møtet med helsesektorens rammer, kan forhindre effektiv kommunikasjon mellom enhetene.

Rammene for samarbeid står tydeligst frem for deltakerne når det handler om problemhåndtering, men ikke når det kommer til helsefremming. Deltakerne tar kontakt med helsesykepleier ved behov, når de «virkelig trenger det». De beskriver en opplevelse av godt samarbeid med skolehelsetjenesten, men eksemplifiserer ofte dette med samhandlinger de har hatt rundt elevers strev. Dette kan forstås som en form for krisedrevet samarbeid, noe som også er beskrevet i tidligere forskning (Ekornes, 2018, s. 100). Likevel er det fra MEST i skolehelsetjenesten sin side et ønske om samhandling med lærerne også i forkant av kriser (Aglen et al., 2018). De av deltakere som hadde erfaringer med MEST og klasseromsseminarene opplevde denne samhandlingen som lærerik og bevisstgjørende både for elevene og for hvordan selv jobbe aktivt psykologisk helsefremmende i hverdagen.

Vår analyse viser dessuten at deltakerne ofte forstår det tverrfaglige *samarbeidet* som overføring av ansvar, hvor deltakerne samhandler med skolehelsetjenesten når det er behov for å lette en arbeidsoppgave. Mange deltakerne forteller at det er godt at noen andre tar over ansvaret for elever med psykisk strev, eller når helsesykepleier kommer inn i klasserommet og formidler helsekunnskap deltakeren selv opplever å ikke inneha (se avsnitt 4.9). Likevel er ikke dette tverrfaglig *samarbeid* i form av at de ulike profesjonene deler informasjon på tvers og sammen finner alternative løsninger (Borg & Pålshaugen, 2019), men kan heller forstås som en *samhandling*. Det er forståelig at en profesjon som opplever seg overstrukket synes det er godt og lettende når noen andre overtar deler av arbeidsbyrden. Samtidig oppnår man muligens også i mindre grad godene tverrfaglig samarbeid kan fremme. Én deltaker trekker for eksempel frem ønsket om å kunne være enda nærmere kollega med helsesykepleier for å kunne drøfte psykologiske tema i større grad. Man vet at opplevd kollegastøtte er en faktor forskning trekker frem som en følge av godt tverrfaglig samarbeid (Borg & Pålshaugen, 2019). Andre positive effekter av godt tverrfaglig samarbeid er en mer effektiv arbeidsfordeling, bedre tilgang til tjenestene for elevene, og følgende at helsefremmende og forebyggende tiltak favner en større elevgruppe (Borg & Pålshaugen, 2019).

Det blir samlet sett tydelig at deltakerne opplever det som utfordrende å manøvrere seg i organisasjonen med tanke på samarbeid med skolehelsetjenesten. En mulig følge av kompleksiteten og avstanden kan være at samarbeidet varierer ut fra person og relasjon, og at det dermed blir vilkårlig. Dette står i kontrast til hvordan målet til de tverrfaglige temaene, og således psykologisk helsefremmende intervensjoner og universalforebyggende tiltak, er å nå en større elevgruppe og gi en likhet i tilbudet til elevene (Borg & Pålshaugen, 2019; Iowa Department of Public Health, u.å.; Kunnskapsdepartementet, 2017b). Våre resultater belyser hvordan det derfor er en risiko for at ulike elevgrupper og skoler mottar ulik satsning på psykologisk helsefremming når det er opp til hver enkelt lærer og helsesykepleiers innsats å opprette et samarbeid. Dette understreker viktigheten av en sterk skoleledelse som legger til rette for tverrfaglig samarbeid mellom lærere og skolehelsetjenesten (Ball et al., 2010; Braskén et al., 2020; Ekornes, 2015; Ødegård, 2005), og er proaktive ved å skape rammer for å kunne være i forkant (Ekornes, 2015; Feigenberg et al., 2010) i form av hvordan *gjennomføre*, ikke kun hva man vil *oppnå* (Pyhältö et al., 2011).

4.12 Psykologisk helsefremming – kognitivt og/eller relasjonsfokuserert perspektiv

På et overordnet nivå kan resultatene vise hvordan deltakerne forholder seg til to perspektiver når det kommer til psykologisk helsefremmende arbeid. Forenklet kan disse representere ett kognitivt og ett relasjonelt perspektiv. Gitt denne rammen, representerer det første perspektivet et fokus på bygging av elevenes helsekompetanse, diskusjoner rundt psykologiske tema, i tillegg til det å gi verktøy for å mestre egen hverdag. Folkehelse og livsmestring og MEST-seminarer kan forstås på denne måten. Det andre perspektivet er lærerens hverdag som en helsefremmende arena, hvor trygge relasjoner gir rom for at elevene utvikler seg og trives, samt følges opp og møtes med emosjonell responsivitet og omsorg.

I resultatene er det en tosidighet vedrørende deltakernes tro på kognitivt baserte psykologiske helsefremmende tiltak. Hvor majoriteten ytrer å være positive til at elevene bygger seg opp egne mestringsstrategier gjennom blant annet MEST-seminarer, er det også flere eksempler på deltakere som setter spørsmålstegn ved om det nødvendigvis er positivt å ha økt fokus på psykologiske tema i skolen. Noen undrer seg rundt hva innholdet i seminarene er, og hva elevene lærer. En deltaker gir uttrykk for at man snakker mye om at ungdom er stresset, og setter dette i sammenheng med at man har mye fokus på stress i skolen. På den ene siden, kan dette vise en bekymring for at man psykologiserer ungdommen unødvendig. På den andre siden, kan dette også reflektere hvordan deltakerne opplever å ha for lite kunnskap

om tiltakene. En deltaker sier dog spesifikt at hen har mer tro på det relasjonelle aspektet innen helsefremming enn for eksempel seminarer for å bygge helsekompetanse.

Deltakernes refleksjoner rundt det «nye» kognitive perspektivet gjenspeiler også en debatt som har pågått i forbindelse med implementeringen av det tverrfaglige temaet Folkehelse og livsmestring. Kritikken mot dette emnet, og i forlengelse antageligvis også mot visse MEST-tiltak, er at denne måten å drive helsefremmende og forebyggende psykologisk arbeid på er med på å gjøre slikt helsearbeid individrettet, klinisk og teknisk (Madsen, 2020, s. 132). Madsen (2020, s. 133) mener at dette beveger forebyggingsarbeidet bort fra utjevning av økonomiske og sosiale forskjeller til forebygging som en individuell, kognitiv egenomsorg. Sett i et slikt lys legges byrden av å mestre, eller eventuelt ikke mestre, over på enkelteleven.

Som et alternativ til dette mer kognitivt og klinisk baserte perspektivet, er dermed et relasjonelt psykologisk perspektiv hvor lærerne bruker sin relasjonskompetanse for å fremme elevenes psykiske helse (Madsen, 2020, ss. 142-143). Klomstén (2022, s. 272) underbygger dette poenget ved å vise til at det for elevene er viktig at lærerne har kompetanse på psykisk helse og livsmestring, men desto viktigere for elevene er det at lærerne fremstår som trygge, tillitsfulle mennesker. Disse ferdighetene er nært knyttet til lærerens relasjonskompetanse. En kompetanseheving innenfor psykisk helse er dermed kanskje bare én del av løsningen på økt fokus på psykologisk helsefremming i skolen. Økt trygghet hos lærerne på egne ferdigheter og gode relasjonelle evner er kanskje en annen del av løsningen.

Det finnes likevel også argumenter for at vi må tenke «både-og», hvor ungdom *både* bør lære hvordan å hjelpe seg selv, for eksempel med å håndtere et usunt stress, samtidig som det settes inn tiltak for å redusere stress på kollektivt plan (Uthus, 2022a, s. 24), og man anvender det relasjonelle i arbeidet. Dette både-og-perspektivet er noe som vises i våre resultater, hvor deltakerne viser en positivitet til å kunne bygge opp elevenes verktøykasse, samtidig som de ser sin egen rolle som størst i det relasjonelle og faglige hverdagsarbeidet.

Et interessant poeng er hvordan resultatene antyder en opplevelse av mer kompetanse og kapasitet til det som inngår i det relasjonelle perspektivet enn i det kognitive perspektivet. Det er det relasjonelle aspektet som preger deltakernes hverdag fra før av, og det kognitive aspektet er dessuten en arbeidsmåte flere av deltakerne karakteriserer som «ny» i skolen. Slik sett tyder resultatene på at deltakerne ikke ennå er «vant med» den kognitive måten å jobbe på. Resultatene viser hvordan deltakerne opplever et ytre ønske om å skulle gjøre *mer* av det kognitive og strukturerte arbeidet med psykologiske tema, noe som kan ses i lys av både tendenser i samfunnet, innføring av Folkehelse- og livsmestringsemnet og MEST. Samtidig

antyder resultatene at deltakerne opplever mindre fokus på viktigheten av eget relasjonelle arbeid i psykologisk helsefremming, dette både fra skoleverket og samfunnet.

Samlet, kan dette for det første sette lys på hvordan deltakerne ikke alltid eksplisitt forbinder relasjonsarbeid med psykologisk helsefremming. For det andre kan man se en tendens til at deltakerne underestimerer det psykologisk helsefremmende bidraget i arbeidet de allerede gjør. Samtidig er det heller ikke til å se bort fra at det finnes utviklingspotensialer for lærerens rolle og involvering i psykologisk helsefremming.

5 Studiens validitet og implikasjoner

5.1 Betraktninger rundt studiens validitet, styrker og svakheter

For å kunne ta med seg innsikt fra studien videre, er det viktig å ta stilling til studiens validitet, eller kvalitet. Dette innebærer å vurdere utførelsen av studien og om resultatene kan ses som pålitelige og nyttige (Yardley, 2015, s. 256).

Før vi tar stilling til validitetsspørsmålet er det relevant å benevne vårt ontologiske og epistemologiske teoretiske standpunkt. Med bakgrunn i kritisk realisme og kontekstualisme, går vi ut fra at ulike mennesker har ulike, men like valide perspektiver på egen virkelighet, og at disse er formet av kontekst (Yardley, 2015, s. 256). Dette skaper et visst paradoks når det kommer til å skulle vurdere hvilket perspektiv man skal bruke for å gjennomgå aspekter ved studiens kvalitet. Derfor velger vi å anvende Yardleys (2015, ss. 264-271) fleksible kjerneprinsipper for validitet i kvalitativ forskning, som anbefales av Braun og Clarke (2021, s. 291) for bruk i refleksiv tematisk analyse. Med bakgrunn i disse og supplerende perspektiver vil vi diskutere studiens validitet, styrker og svakheter. Noen av våre metodologiske grep og betraktninger rundt metodens styrker og svakheter er allerede beskrevet i metodekapittelet (se kapittel 2).

5.1.1 Kontekstsensitivitet

Yardleys (2015, s. 265) første prinsipp for validitet i kvalitativ forskning er kontekstsensitivitet. Dette baserer seg på at en av styrkene ved kvalitativ metode er å kunne utforske fenomener og finne interagerende effekter med blant annet kontekst. Prinsippet resonnerer med våre teoretiske standpunkt innen kritisk realisme, kontekstualisme, hermeneutikk og fenomenologi, som alle vektlegger virkelighetsoppfatningens kontekstuelle natur (Braun & Clarke, 2021, ss. 202-206, 298-299, 305-307). Vi har demonstrert sensitivitet til kontekst på flere ulike måter gjennom studien.

Vi har for eksempel vist sensitivitet til kontekst ved å inkludere empirisk og teoretisk litteratur relevant for lærerrollen i psykologisk helsefremming, samt litteratur fra flere relevante disipliner (Yardley, 2015, s. 265). Vi har etterstrebet å være sensitiv til den sosiokulturelle konteksten til deltakerne og deres perspektiver (Yardley, 2015, s. 265). Vi har forsøkt å være bevisst tiden vi lever i, hvor lærerrollen, ungdommens psykiske helse og det tverrfaglige temaet Folkehelse og livsmestring har vært omtalt i media og samfunnet.

Likevel anerkjenner vi den kontekstuelle påvirkningskraften vår rolle som psykologistudenter kan ha hatt på studien. For eksempel omhandler dette hvordan vi kan ha

påvirket intervjusituasjonen (som nevnt i avsnitt 4.3). For eksempel kan man tenke seg at vi kan oppfattes som «eksperter» på psykologisk tematikk. At vi og lærerne kommer fra ulike disipliner, har også potensialet til å skape sosial ønskelighet hvor man ikke ønsker å skape en negativ oppfatning av sin profesjon (Yardley, 2015, s. 266). Vi forsøkte å minke effekten dette kunne ha ved å være veldig tydelige på at det var deltakernes egne perspektiver vi var interessert i, vise at vi ikke var eksperter, og heller understreke hvordan de selv var eksperter på egen opplevelse. I tillegg, var vi så konsekvente vi kunne på å stille åpne spørsmål, slik at deltakerne kunne svare det som var viktig for dem heller enn det vi var opptatt av (Yardley, 2015, s. 266). Samtidig, er dette også et eksempel på hvordan man innen kontekstualismen forstår kunnskapsgenerering som kontekstuell, hvor også samspillet mellom deltakerne og oss som forskere påvirker kunnskapen som genereres i intervjuene.

Gjennom analysen har vi etterstrebet å være reflektert rundt hva som ble sagt og ikke, kompleksiteten og konteksten bak dette (Yardley, 2015, s. 266). Vi vil argumentere for at vi har vært sensitive til dataene, hvor vi har etterstrebet at resultatene skal være fundert i data, og ikke bare formet av egne meninger, selv om vi anerkjenner subjektiviteten i prosessen. I løpet av temagenereringsprosessen har vi for eksempel sett etter avkrefteende informasjon, for å sikre at vi gjorde valg ikke kun basert på eget standpunkt (Yardley, 2015, s. 264). I tillegg har vi vært to personer som har kodet alle intervjuene og gjort analyseprosessen sammen. I den forbindelse blir konseptet triangulering relevant, som viser til hvordan det å ha flere perspektiver vil kunne berike forståelsen av et fenomen (Yardley, 2015, s. 261). Hvor Braun og Clarke (2021, ss. 46, 298) mener konsensuskoding kan svekke resultatene, sier de at samarbeidsbasert koding, slik vi etterstrebet å gjøre, kan være en styrke.

5.1.2 Forpliktelse og grundighet

Andre prinsipper er forpliktelse («commitment») og grundighet («rigour») (Yardley, 2015, s. 266). Når det kommer til metodologisk kompetanse eller evner, har vi forsøkt å kompensere for å være nybegynnere ved å følge Braun og Clarkes (2021, s. 31) anbefalinger så godt som mulig, hvor også de oppfordrer til en «lære mens du gjør det»-fremgangsmåte. Vi har dessuten deltatt på flere kurs i regi av NTNU Universitetsbibliotek for å øke vår kompetanse på analyseverktøyet NVivo, litteratursøk og tematisk analyse.

I datainnsamlingen gjorde vi flere grep for å få rekruttert respondenter, blant annet ved å møte opp i skolens informasjonsmøte. Vi landet på en utvalgsstørrelse vi vurderte ga nok informasjonsstyrke til å utforske forskningsspørsmålene. Likevel kan man tenke seg at deltakerne i vår studie representerer en selektert type mennesker som melder seg til slike

prosjekter, og som kjenner seg kompetent nok til å svare på spørsmålene. Fra starten av rekrutteringsprosessen forsøkte vi å adressere dette ved å si at vi var ute etter både de som hadde, og eventuelt ikke hadde, perspektiver på tematikken.

Når det kommer til analyseprosessen, brukte vi meget god tid, og beveget oss frem og tilbake i fasene (Braun & Clarke, 2021, ss. 74-75), for å etterstrebe både bredde og dybde i analysen. Braun og Clarke (2021) sier at nok tid og rom til å engasjere seg med dataene hjelper en å utvikle nyanserte analyser, og tema man ikke trodde ville utvikle seg. Dette skjedde i vår studie. Denne grundigheten har også ført til komplekse og mangfoldige resultater. Hvor man kan argumentere for at det kan være en svakhet å gå så bredt, vil vi samtidig si at vi så det som viktig for å få frem kompleksiteten av lærernes opplevelser satt i kontekst.

5.1.3 Sammenheng og transparens

Tredje prinsipp er sammenheng og transparens (Yardley, 2015, s. 267). Vi har etterstrebet å være transparente i hvordan vi har gjennomført studien og vært bevisst viktigheten av samsvar mellom teori og metode. For å øke studiens transparens har vi inkludert sitater fra deltakerne. En begrensning i transparensen er grepene vi har gjort for å ivareta deltakernes anonymitet, som å utelate informasjon om kjønn, alder og studieretning, samt å ikke referere til spesifikke deltakere ved presentering av sitater.

Forskerens refleksivitet blir også en viktig faktor innenfor dette prinsippet, og er naturligvis viktig i refleksiv tematisk analyse (Braun & Clarke, 2021, s. 310; Yardley, 2015, s. 268). I refleksiv tematisk analyse blir forskersubjektiviteten sett på som en ressurs for kunnskapsproduksjon, heller enn at dette er en trussel mot kredibiliteten (Braun & Clarke, 2021). Som beskrevet i metodekapittelet (se avsnitt 2.1.4), har vi gjort flere grep for å sikre en refleksiv prosess fra start til slutt, og også inkludert refleksive bemerkninger i analysen. Vi har dessuten vært bevisste den hermeneutiske prosessen, hvor vi tolker deltakernes fortolkning av tematikken.

5.1.4 Innvirkning og generaliserbarhet

Det fjerde prinsippet handler om innvirkning («impact»), altså at forskningen vil kunne ha noen implikasjoner (Yardley, 2015, s. 268). For oss har det vært en motiverende faktor at funnene ville kunne være til hjelp for videre praksis, ikke kun for én spesifikk gruppe, men for flere som jobber med psykologisk helsefremming for ungdom.

I forbindelse med innvirkning blir det først relevant å drøfte studiens generaliserbarhet, som et supplerende prinsipp. Hvor man i noen kvalitative tilnærminger mener at man ikke kan ta stilling til generaliserbarhet, mener Braun og Clarke (2021, s. 176) at man bør gjøre dette i refleksiv tematisk analyse. Braun og Clarke (2021, ss. 176, 181) argumenterer for at refleksiv tematisk analyse er «mykt» («softly») generaliserbart, i form av at resultatene kan ha relevans utenfor det spesifikke utvalget og den studerte konteksten, men med en viss grad av usikkerhet. Ved naturalistisk, også kalt representasjonell, definisjon av generaliserbarhet (Braun & Clarke, 2021, s. 179; Lewis et al., 2014; Stake, 1995), vurderer leseren selv om funnene har relevans for egen kontekst. Denne vurderingen kan for eksempel ha grunnlag i studiens kontekstsensitivitet og om man ser likheter mellom analysen og annen forskning (Braun & Clarke, 2022, s. 179).

Vi har demonstrert hvordan våre funn resonnerer med og adderer til annen forskning, samt at den er sensitiv til kontekst. Men bakgrunn i analysen (se kapittel 3), diskusjonen (se kapittel 4), samt overnevnte prinsipper, vil vi argumentere for at vi har detaljerte og «tykke» (Stake, 1995) nok beskrivelser til å si at våre funn har en verdi når det kommer til å kunne generalisere «mykt» til andre kontekster. Vi påberoper ikke at studien har statistisk generaliserbarhet, i form av å ha et utvalg som skal representere en bredere populasjon, men vi mener ikke nødvendigvis at utvalgsstørrelsen er en begrensning ved vår studie (Braun & Clarke, 2021, ss. 180-181). Likevel har vi kun undersøkt opplevelsen av arbeidet og samarbeidet fra ett perspektiv, lærerens, og i én skoletekst. Samtidig tror vi at innsikten denne studien tilbyr vil kunne være nyttig i en annen kontekst som har likheter (Yardley, 2015, s. 260). Dermed mener vi at vi har belegg for å kunne si noe om implikasjonene funnene har for praksis av psykologisk helsefremming videre, ikke kun for de seks isolerte deltakerne og den spesifikke skolen, men også på et mer generelt nivå.

5.2 Studiens implikasjoner for psykologisk praksis

Vi vil altså argumentere for at denne studien kan ha implikasjoner for fremtidig psykologisk praksis, både psykologisk helsefremming for ungdom og forståelsen av lærerens rolle i dette arbeidet. Med bakgrunn i den sosio-økologisk modellen (Barry, 2009; Ekornes, 2012; se figur 3) presenterer vi implikasjoner for (a) læreren på individnivå, (b) organisasjonskonteksten læreren står i, samt (c) skolesystemet og samfunnet.

En implikasjon på individnivå er at lærerne bør kjenne til bredden i psykologisk helsefremmende arbeid. For eksempel trenger ikke psykologisk helsefremming å omhandle formidling av kognitive strategier og verktøy for egenomsorg. Dette er kun én del av

psykologisk helsefremming. Grep lærerne allerede gjør er også viktige bidragsyttere. Slike grep involverer blant annet å være trygge, lyttende og nysgjerrige voksne som tør å stille spørsmål og ikke nødvendigvis ha alle svar. Slike egenskaper utgjør relasjonsskapende ferdigheter som er psykologisk helsefremmende i sin natur. Videre bør lærerne kjenne til at deres forståelse av «psykisk helse» og «helsefremming» som begreper kan farge deres utøvelse av psykologisk helsefremmende arbeid. En kategorisk begrepsforståelse kan bidra til å skape større skiller, silotenkning og mindre samhandling mellom de ulike yrkesgruppene som jobber med elevene. Lærerne, og også andre involverte i skolen, bør derfor etterstrebe å forstå psykisk helse som et kontinuum.

På organisatorisk nivå argumenterer vi derfor for at skolens strukturer bør gjøre det enklere for lærerne å jobbe psykologisk helsefremmende. En måte å gjøre dette er ved å prioritere psykologisk helsefremming som en arbeidsoppgave for lærerne, for eksempel ved å adressere tematikken i samtaler ledelsen har med hver enkelt ansatt, på personalmøter og fagdager. En annen måte er å følge opp lærerens opplevelse av for lite tid og kompetanse til å håndtere psykisk helsearbeid. Mulige tiltak kan være å øke kontaktlærerressursen, gi økt tid til elevoppfølging, spesifikk tid til psykologisk helsefremmende arbeid og satsning på samarbeid med blant annet skolehelsetjenesten. I tillegg bør kompetanseheving på spesifikke psykologiske tema vurderes, og det bør tydeliggjøres hvilken timespott MEST-tiltak skal «ta av». Det vil også være viktig å legge til rette for videreføring eller -utvikling av det som gjøres i skolen i dag som fungerer godt. Et eksempel på dette er elevsamtalen før skolestart som flere lærere trekker frem et velfungerende psykologisk helsefremmende tiltak. Et annet eksempel er videreutvikling av lærernes relasjonelle ferdigheter, eller tydeliggjøring av hvordan psykologiske tema kan tematiseres i fag.

Studiens deltakere gir generelt uttrykk for at lærerrollen er stor og uavgrenset. Samarbeid som i utgangspunktet var ment å være tverrfaglig ender også heller opp som en ansvarsoverføring fra en yrkesgruppe til en annen. Vi argumenterer for at det er et organisatorisk, og ikke kun et individuelt ansvar, å tilrettelegge for godt samarbeid. Dermed kan det anbefales at strukturene i skolen bør legge til rette for at helsesykepleierne skal få plass, samtidig som skolehelsetjenesten er tydelig på at de ønsker å brukes til psykologisk helsefremmende tiltak på gruppenivå. Én måte å håndtere dette på er ved å etablere synligere rammer for kontakt, eksempelvis gjennom felles møtepunkt for de ulike yrkesgruppene i skolen, tilgjengelige ressurser og større informasjonsutveksling.

Studiens resultater har også implikasjoner for MEST i skolehelsetjenesten. Deltakerne i denne studien gir uttrykk for utelukkende positive holdninger til skolehelsetjenesten, men

tross i dette har tilbudet om MEST i begrenset grad nådd frem til lærerne. Flere er ukjent med hva MEST i skolehelsetjenesten kan tilby og tilnærmet alle deltakerne ga uttrykk for at helsesykepleier vektlegger oppfølging av enkeltelever over helsefremmende gruppetilbud. Sett i lys av skolens prioriteringer, opplevelsen av lærerrollen som uavgrenset, samt tidsbegrensninger er det ikke overraskende at MEST-tiltak ikke ligger langt frem i lærernes bevissthet. Dette fremhever hvordan begrenset samarbeid ikke nødvendigvis handler om uvilje hos lærer, men ofte om opplevelsen av manglende rammer for samarbeid. At MEST-kartleggingen ikke har nådd ut til lærerne kan også ses som uheldig for lærernes forståelse av og forpliktelse til MEST, og bør vurderes å utbedres i fremtiden, av både MEST og skoleledelsen.

På samfunnsnivå belyser resultatene at lærerne opplever at de i liten grad får anerkjennelse for den viktige jobben de gjør. En stadig ekspandering av lærerrollen oppleves utfordrende. Samtidig er det fremtredende at studiens deltakere er kompetente fagpersoner som strekker seg langt for elevene sine, hvor strukturelle forhold ved skolesystemet kan gjøre at innsatsen lærerne legger ned ikke synes så godt for offentligheten. En større anerkjennelse for lærerens viktige samfunnsbidrag vil kunne være hensiktsmessig.

I tillegg belyser vår studie et behov for rammer og retningslinjer for *hvordan* lærerne bør jobbe psykologisk helsefremmende. I tråd med dette kan det argumenteres for at skolemyndigheter og politisk ledelse bør få større kjennskap til viktigheten av psykologisk helsefremming i skolen, både gjennom kontinuerlig helsefremmende relasjonsarbeid og gjennom strategisk, helsefremmende tiltak på gruppenivå. Dermed bør det bevilges tilstrekkelige ressurser som gjør det enklere for enhver lærer og skole å jobbe psykologisk helsefremmende.

6 Konklusjon

Denne kvalitative studien har utforsket seks læreres opplevelse av sin rolle i tverrfaglig psykologisk helsefremmende arbeid for ungdom i videregående skole. I semistrukturerte dybdeintervju spurte vi hva lærerne opplevde av utfordringer og mulighetsrom i denne rollen og skolehelsetjenestens arbeidsstrategi MEST. Gjennom refleksiv tematisk analyse (Braun & Clarke, 2021), har vi undersøkt lærernes forståelse og utøvelse av psykologisk helsefremming, samt opplevelsen av de kontekstuelle forutsetningene for dette arbeidet i et sosio-økologisk lys (Barry, 2009; Ekornes et al., 2012).

Analysen tyder på at lærernes psykologisk helsefremmende rolle er i utvikling, og at grensegangene for rollen oppleves utydelige. Lærerne opplever å ikke alltid ha ressurser, kapasitet eller kompetanse nok til å håndtere alle ønsker og oppgaver relatert til psykisk helsearbeid. Samarbeidet med skolehelsetjenesten preges av avstand. Samtidig tydeliggjøres relasjoner som kjernen i lærerarbeidet, både for elevenes læring og psykiske helse.

Lærernes opplevelser fremhever flere mulighetsrom for lærerrollen i psykologisk helsefremmende arbeid for ungdom. I en tid hvor samfunnet ønsker mer av lærere i psykisk helsearbeid, kan det hende man underestimerer den helsefremmende kraften deres relasjonelle arbeid kan ha i det daglige. Et potensiale blir dermed å fremheve den psykologisk helsefremmende rollen lærerne har i det *relasjonelle* og *implisitte* som skjer kontinuerlig i hverdagen, som mange lærere allerede gjør i kraft av yrket og å være en trygg voksen. Dessuten synliggjøres potensialet for å tydeligere definere spillereglene for psykisk helsearbeid i skolen, lærerens rolle i dette og hvordan de ulike enhetene kan spille hverandre gode. Lærernes opplevelser understreker behovet tydeligere og romsligere rammer for psykologisk helsefremming, med særlig vekt på nok *tid*, *ressurser* og *tilretteleggende organisering*. Dette gjelder blant annet potensialet for samarbeidet med skolehelsetjenesten for å organisere MEST-seminarer. Dessuten understrekes også styrking av lærers *kompetanse*, både på spesifikke psykologiske tema og på håndtering av utfordrende situasjoner med elever.

Samlet sett illustrerer mulighetsrommene et både-og-perspektiv på lærerens rolle i psykologisk helsefremming for ungdom, hvor både relasjonsarbeid og bygging av helsekunnskap har verdi. Læreren har i begge tilfeller en nøkkelrolle, hvor utvikling av kontekstuelle faktorer har potensialet til å gjøre rollen enklere å forstå, avgrense og utøve. Vår studie har vist hvordan lærerens stemme er viktig for å forstå hvordan oppnå enda bedre tverrfaglig psykologisk helsefremmende arbeid for ungdom i fremtiden.

7 Litteraturliste

- Aglen, B. S., Olufsen, V. & Espnes, G.-A. (2018). Helsefremming og sykdomsforebygging er ikke to sider av samme sak. *Sykepleien*, 106.
<https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2018.70809>
- Alver, V. (2018, 11. september). *Mobbeparagrafen og lærernes rettsikkerhet*. Utdanningsforbundet.
<https://www.utdanningsforbundet.no/nyheter/2018/mobbeparagrafen-og-larerne/>
- Anderson, P. & Jane-Llopis, E. (2011). Mental health and global well-being. *Health promotion international*, 26(S1), i147-i153. <https://doi.org/10.1093/heapro/dar060>
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well*. Jossey-bass.
- Antonovsky, A. (2012). *Helsens mysterium: den salutogene modellen*. Gyldendal akademisk.
- Anvik, C. H. & Waldahl, R. H. (2017). Excluded youth in Iceland, the Faroe Islands and Norway. *Nordisk välfärdsforskning| Nordic Welfare Research*, 2(1), 17-29.
<https://doi.org/10.18261/issn.2464-4161-2017-01-03>
- Bakken, A. (2021). *Ungdata 2021. Nasjonale resultater*. (Rapport 8/21). NOVA OsloMet.
<https://oda.oslomet.no/oda-xmlui/handle/11250/2767874>
- Ball, A., Anderson-Butcher, D., Mellin, E. A. & Green, J. H. (2010). A cross-walk of professional competencies involved in expanded school mental health: An exploratory study. *School mental health*, 2, 114-124. <https://doi.org/10.1007/s12310-010-9039-0>
- Bargel, H. L. & Samuelsen, A. S. S. (2007). Hva sier opplæringsloven om systemrettet arbeid? I E. K. Vold & V. Saltveit (Red.), *Vi har prøvd alt!* (s. 65-75). Statped.
- Barnes, J. (1998). Mental health promotion: A developmental perspective. *Psychology, health & medicine*, 3(1), 55-69. <https://doi.org/10.1080/13548509808400590>
- Barry, M. M. (2009). Addressing the determinants of positive mental health: concepts, evidence and practice. *International Journal of Mental Health Promotion*, 11(3), 4-17.
<https://doi.org/10.1080/14623730.2009.9721788>
- Barry, M. M., Patel, V., Jané-Llopis, E., Raeburn, J. & Mittelmark, M. B. (2007). Strengthening the evidence base for mental health promotion. I D. V. McQueen & C. M. Jones (Red.), *Global perspectives on health promotion effectiveness* (67-86). Springer. https://doi.org/10.1007/978-0-387-70974-1_6

- Baskin, T. W., Slaten, C. D., Sorenson, C., Glover-Russell, J. & Merson, D. N. (2010). Does youth psychotherapy improve academically related outcomes? A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 57(3), 290-296. <https://doi.org/10.1037/a0019652>
- Biddle, B. J. (1986). Recent development in role theory. *Annual review of sociology*, 12, 67-92. <https://www.jstor.org/stable/2083195>
- Bjørnsen, H. N. (2019). *Promoting Adolescent Mental Health* [Doktorgrad, NTNU]. ntnuopen. https://ntnuopen.ntnu.no/ntnu-xmlui/bitstream/handle/11250/2609471/HanneNissenBjornsen_PhD.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Bjørnsen, H. N., Ringdal, R., Eilertsen, M.-E., Espenes, G.-A., Holmen, N. S. & Moksnes, U. K. (2018). Kunnskap kan gi ungdom bedre psykisk helse. *Sykepleien*. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2018.65075>
- Bjørnsen, H. N., Ringdal, R., Espnes, G. A., Eilertsen, M.-E. B. & Moksnes, U. K. (2018). Exploring MEST: a new universal teaching strategy for school health services to promote positive mental health literacy and mental wellbeing among Norwegian adolescents. *BMC Health Services Research*, 18(1001), 1-13. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3829-8>
- Borg, E., Christensen, H., Fossetøl, K. & Pålshaugen, Ø. (2015). *Hva lærerne ikke kan! Et kunnskapsgrunnlag for satsning på bruk av flerfaglig kompetanse i skolen* (Rapport 6/2015). Arbeidsforskningsinstituttet. <https://oda.oslomet.no/oda-xmlui/bitstream/handle/20.500.12199/6261/r2015-6.pdf?sequence=1>
- Borg, E. & Pålshaugen, Ø. (2019). Promoting students' mental health: A study of inter-professional team collaboration functioning in Norwegian schools. *School mental health*, 11, 476-488. <https://doi.org/10.1007/s12310-018-9289-9>
- Bragstad, T. (2018). Vekst i uføretrygding blant unge. *Arbeid og velferd*, 2(2018), 69-87. <https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/kunnskap/analyser-fra-nav/arbeid-og-velferd/arbeid-og-velferd/vekst-i-uforetrygding-blant-unge>
- Braskén, M., Hemmi, K. & Kurtén, B. (2020). Implementing a multidisciplinary curriculum in a Finnish lower secondary school—The perspective of science and mathematics. *Scandinavian Journal of Educational Research*, 64(6), 852-868. <https://doi.org/10.1080/00313831.2019.1623311>
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Braun, V. & Clarke, V. (2021). *Thematic Analysis: A Practical Guide*. Sage.

- Braut, G. S. (2022a, 16. februar). *Helse*. Store medisinske leksikon. <https://sml.snl.no/helse>
- Braut, G. S. (2022b, 18. februar). *Helsefremmende arbeid*. Store medisinske leksikon. https://sml.snl.no/helsefremmende_arbeid
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Harvard university press.
- Bronfenbrenner, U. (2005). *Making human beings human: Bioecological perspectives on human development*. Sage.
- Bru, E., Idsøe, E. C. & Øverland, K. (Red.). (2016). *Psykisk helse i skolen*. Universitetsforlaget.
- Connolly, M. & James, C. (2006). Collaboration for school improvement: A resource dependency and institutional framework of analysis. *Educational Management Administration & Leadership*, 34(1), 69-87. <https://doi.org/10.1177/1741143206059540>
- Corneliussen, H. R. (2017). *En studie av implementeringen av systematisk helsefremmende og forebyggende psykisk helsearbeid i videregående skole - helsesøsters erfaringer* [Masteroppgave, NTNU]. ntnuopen. <https://ntnuopen.ntnu.no/ntnu-xmlui/bitstream/handle/11250/2494373/Hege%20Riis%20Corneliussen.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Davidson, L. & Johnson, A. (2013). It's the little things that count: Rebuilding a sense of self in schizophrenia. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 10(3), 258-264. <https://doi.org/10.18261/ISSN1504-3010-2013-03-08>
- Ekornes, S. (2015). Teacher perspectives on their role and the challenges of inter-professional collaboration in mental health promotion. *School mental health*, 7(3), 193-211. <https://doi.org/10.1007/s12310-015-9147-y>
- Ekornes, S., Hauge, T. E. & Lund, I. (2012). Teachers as mental health promoters: a study of teachers' understanding of the concept of mental health. *International Journal of Mental Health Promotion*, 14(5), 289-310. <https://doi.org/10.1080/14623730.2013.798534>
- Ekornes, S. M. (2018). *Lærerprofesjonalitet i arbeidet med psykisk helse i skolen*. Fagbokforlaget.
- Federici, R. A. & Skaalvik, E. M. (2022). Lærer-elev relasjonen. I M. Uthus (Red.), *Elevenes psykiske helse i skolen. Utdanning til å mestre egne liv*. (2. utg., s. 183-198). Gyldendal Akademisk.

- Feigenberg, L. F., Watts, C. L. & Buckner, J. C. (2010). The school mental health capacity instrument: Development of an assessment and consultation tool. *School mental health*, 2, 142-154. <https://doi.org/10.1007/s12310-010-9041-6>
- Finlay, L. (2002). "Outing" the researcher: The provenance, process, and practice of reflexivity. *Qualitative Health Research*, 12(4), 531-554. <https://doi.org/10.1177/104973202129120052>
- Finlay, L. (2003). Through the looking glass: Intersubjectivity and hermeneutic reflection. I L. Finlay & B. Gough (Red.), *Reflexivity: A practical guide for researchers in health and social sciences* (s. 106-119). Blackwell Science.
- Finney, D. (2006). Stretching the boundaries: Schools as therapeutic agents in mental health. Is it a realistic proposition? *Pastoral care in education*, 24(3), 22-27. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0122.2006.00375.x>
- Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten. (2003). *Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten* (LOV-2011-06-24-30-§3-1, LOV-2011-06-24-30-§3-2, LOV-1994-08-05-55-§3-8). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2018-10-19-1584>
- Fylan, F. (2005). Semi-structured interviewing. I J. Miles & P. Gilbert (Red.), *A Handbook of Research Methods for Clinical and Health Psychology* (s. 65-78). Oxford.
- Gill, M. J. (2020). Phenomenology as qualitative methodology. I M. Järvinen & N. Mik-Meyer (Red.), *Qualitative Analysis: Eight Approaches for the Social Sciences* (73-94). Sage.
- Gjerustad, C., Smedsrud, J. & Federici, R. A. (2019). *Systematisk arbeid med psykisk helse i skolen: Spredning, bruk og implementering av eksterne skoleprogram* (Rapport 25/2019). NIFU. https://www.helsedirektoratet.no/tilskudd/psykisk-helse-i-skolen/NIFUrapport2019-25.pdf/_attachment/inline/d771d753-6569-44dc-9a4c-3a300a68ce82:3e38c9d6ffb5d9cd2af1bb4d94913dd9d40fee4c/NIFUrapport2019-25.pdf
- Graham, A., Phelps, R., Maddison, C. & Fitzgerald, R. (2011). Supporting children's mental health in schools: Teacher views. *Teachers and Teaching*, 17(4), 479-496. <https://doi.org/10.1080/13540602.2011.580525>
- Gustafsson, J.-E., Allodi Westling, M., Alin Åkerman, B., Eriksson, C., Eriksson, L., Fischbein, S., Granlund, M., Gustafsson, P., Ljungdahl, S. & Ogden, T. (2010). *School, learning and mental health: A systematic review*. The Royal Swedish Academy of Sciences, The Health Committee.

- Helsedirektoratet. (2019, 11. november). *Helsestasjons- og skolehelsetjenesten. 5.1. Samhandling med skole*. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten/skolehelsetjenesten-520-ar/samhandling-med-skole#systemrettet-samarbeid-skolehelsetjenesten-bor-ha-et-systemrettet-samarbeid-med-skolen>
- Helsedirektoratet. (2022, 18. august). *Helsestasjons- og skolehelsetjenesten. 5.1 Samhandling med skole*. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten/skolehelsetjenesten-520-ar/samhandling-med-skole#psykososialt-miljo-skolehelsetjenesten-bor-bidra-i-skolens-arbeid-med-tiltak-som-fremmer-et-godt-psykososialt-miljo>
- Helsedirektoratet. (u.å.). *Program for folkehelsearbeid i kommunene 2017-2027. En satsing for å fremme barn og unges psykiske helse og livskvalitet*. https://www.helsedirektoratet.no/tema/folkehelsearbeid-i-kommunen/program-for-folkehelsearbeid-i-kommunene/Program%20for%20folkehelsearbeid%20i%20kommunene%202017-2027.pdf/_/attachment/inline/e03655e0-8769-465c-8d7b-742f01851a58:d085662920c55a2f4ff038d58200b16170d31fef/Program%20for%20folkehelsearbeid%20i%20kommunene%202017-2027.pdf
- Hofgaard, T. L. (2010). *En ny definisjon av helse?* Psykologtidsskriftet. <https://psykologtidsskriftet.no/kommentar/2010/04/en-ny-definisjon-av-helse>
- Hofkens, T. L. & Pianta, R. C. (2022). Teacher–Student Relationships, Engagement in School, and Student Outcomes. I *Handbook of research on student engagement* (s. 431-449). Springer.
- Holen, S. & Waagene, E. (2014). *Psykisk helse i skolen. Utdanningsdirektoratets spørreundersøkelse blant lærere, skoleledere og skoleeiere* (Rapport 9/2014). NIFU. <http://hdl.handle.net/11250/280087>
- Holte, A. (2012). Ti prinsipper for forebygging av psykiske lidelser. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 49(7), 693-695. <https://psykologtidsskriftet.no/oppsummert/2012/07/ti-prinsipper-forebygging-av-psykiske-lidelser>
- Iowa Department of Public Health. (u.å.). *Institute of Medicine Classifications for Prevention*. <https://idph.iowa.gov/Portals/1/userfiles/55/IOM%20Categories%20Overview.pdf>

- Klomstén, A. T. (2022). Folkehelse og livsmestring som tverrfaglig tema i skolen: Muligheter og utfordringer. I M. Uthus (Red.), *Elevenes psykiske helse i skolen* (2. utg., s. 246-282). Gyldendal.
- Komstén, A. T. & Fikse, C. (2021). *Relasjoner, tanker og følelser i skolen*. Cappelen Damm Akademisk.
- Krane, V. (2017). *Lærer-elev-relasjoner, elevers psykiske helse og frafall i videregående skole. En eksplorerende studie om samarbeid og den store betydningen av de små ting* [Doktorgrad, Universitetet i Bergen]. Bergen Open Research Archive.
<https://bora.uib.no/bora-xmlui/handle/1956/15635>
- Krane, V., Karlsson, B., Ness, O. & Binder, P.-E. (2016). They need to be recognized as a person in everyday life: Teachers' and helpers' experiences of teacher–student relationships in upper secondary school. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 11(1), 1-10. <https://doi.org/10.3402/qhw.v11.31634>
- Krane, V., Karlsson, B. E., Ness, O. & Kim, H. S. (2016, 2. juli, 16. november 2019). *Teacher–student relationship, student mental health, and dropout from upper secondary school: A literature review*. Psykologisk.no.
<https://psykologisk.no/sp/2016/07/e11/>
- Krane, V., Ness, O., Holter-Sorensen, N., Karlsson, B. & Binder, P.-E. (2017). ‘You notice that there is something positive about going to school’: how teachers’ kindness can promote positive teacher–student relationships in upper secondary school. *International Journal of adolescence and Youth*, 22(4), 377-389.
<https://doi.org/10.1080/02673843.2016.1202843>
- Krokstad, S. (2020). ABC for bedre psykisk helse. Utposten.
https://www.utposten.no/journal/2020/2/m-82/ABC_for_bedre_psykisk_helse
- Kunnskapsdepartementet (2017a). *Overordnet del. Folkehelse og livsmestring*. Fastsatt som forskrift ved kongelig resolusjon. Læreplanverket for Kunnskapsløftet 2020.
<https://www.udir.no/lk20/overordnet-del/prinsipper-for-laring-utvikling-og-danning/tverrfaglige-temaer/folkehelse-og-livsmestring/>
- Kunnskapsdepartementet (2017b). *Overordnet del. Tverrfaglige temaer*. Fastsatt som forskrift ved kongelig resolusjon. Læreplanverket for Kunnskapsløftet 2020.
<https://www.udir.no/lk20/overordnet-del/prinsipper-for-laring-utvikling-og-danning/tverrfaglige-temaer/>

- Kutcher, S., Wei, Y. & Coniglio, C. (2016). Mental health literacy: past, present, and future. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 61(3), 154-158.
<https://doi.org/10.1177/0706743715616609>
- Kvaløy, K. & Rangul, V. (2020). *Selvopplevd helse, kroppsmasse og risikoatferd blant ungdommer i Nord-Trøndelag 2017-19*. (Rapport 1). NTNU.
https://www.ntnu.no/documents/10304/4902807/Delrapport1_Ung_HUNT4+_Mars2020.pdf/e7f7a922-906f-aa1c-9aed-4fa2d7bf14b9?t=1584711026088
- Langeland, E. (2014). *Salutogenese og psykiske helseproblemer* (Rapport 1/2014). Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid.
<https://samforsk.no/uploads/files/Publikasjoner/NAPHA-Rapport-Salutogenese.pdf>
- Lauvås, K. & Lauvås, P. (2004). *Tverrfaglig samrbeid- perspektiv og strategi* (2. utg.). Universitetsforlaget.
- Madsen, O. J. (2020). *Livsmestring på timeplanen. Rett medisn for elevene?* Spartacus.
- Malterud, K. (2001). Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *The lancet*, 358(9280), 483-488. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(01\)05627-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(01)05627-6)
- Mittelmark, M. B., Sagy, S., Eriksson, M., Bauer, G. F., Pelikan, J. M., Lindström, B. & Espnes, G. A. (Red.). (2017). *The Handbook of Salutogenesis*. Springer.
- Myhren, M. K. (2021). *Psykisk helse i skolen og nye forventninger til lærerrollen; Hvordan oppleves det for lærere å stå ansvarlig for elevenes faglige læring og utvikling, samtidig som de skal ivareta elevenes psykiske helse?* [Masteroppgave, Universitetet i Stavanger]. University of Stavanger. <https://uis.brage.unit.no/uis-xmlui/handle/11250/2835480>
- Mælan, E. N., Tjomsland, H. E., Baklien, B., Samdal, O. & Thurston, M. (2018). Supporting pupils' mental health through everyday practices: A qualitative study of teachers and head teachers. *Pastoral care in education*, 36(1), 16-28.
<https://doi.org/10.1080/02643944.2017.1422005>
- Nielsen, L., Meilstrup, C., Nelausen, M. K., Koushede, V. & Holstein, B. E. (2015). Promotion of social and emotional competence: Experiences from a mental health intervention applying a whole school approach. *Health Education*, 115(3/4), 339-356.
<https://doi.org/10.1108/HE-03-2014-0039>
- Norges forskningsråd. (2002). *Rapport fra seminar om helsebegrepet*. Norges forskningsråd
<https://www.forskningsradet.no/siteassets/publikasjoner/1203528281561.pdf>
- Norges offentlige utredning. (2011). *Økt selvbestemmelse og rettsikkerhet* (Rapport 9/2011). Helse- og omsorgsdepartementet.

- <https://www.regjeringen.no/contentassets/edc9f614eb884f1d988d16af63218953/no/pdfs/nou201120110009000dddpdfs.pdf>
- Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet. (u.å.). *NICE-1*. <https://i.ntnu.no/wiki/-/wiki/Norsk/NICE-1>
- Norsk senter for forskningsdata. (u.å.). *Fylle ut meldeskjema for personopplysninger*. <https://www.nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/>
- O'Reilly, M., Svirydzenka, N., Adams, S. & Dogra, N. (2018). Review of mental health promotion interventions in schools. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 53(7), 647-662. <https://doi.org/10.1007/s00127-018-1530-1>
- Onwuegbuzie, A. J., Leech, N. L. & Collins, K. M. (2010). Innovative data collection strategies in qualitative research. *Qualitative Report*, 15(3), 696-726. <https://doi.org/10.46743/2160-3715/2010.1171>
- Opplæringslova. (1998). *Lov om grunnskolen og den vidaregåande opplæringa*, (LOV-1998-07-17-61). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1998-07-17-61/>
- Parker, C., Scott, S. & Geddes, A. (2019). Snowball sampling. *SAGE research methods foundations*. <https://eprints.glos.ac.uk/6781/>
- Proctor, C., Linley, P. A. & Maltby, J. (2017). Life satisfaction. *Encyclopedia of adolescence*, 1-12. https://doi.org/10.1007/978-3-319-32132-5_125-2
- Pyhältö, K., Soini, T. & Pietarinen, J. (2011). A systemic perspective on school reform: Principals' and chief education officers' perspectives on school development. *Journal of educational administration*, 49(1), 46-61. <https://doi.org/10.1108/09578231111102054>
- Regjeringen. (11. oktober 2021). *Psykisk helse og livskvalitet*. <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/folkehelse/innsikt/psykisk-helse-og-livskvalitet/id2544452/>
- Rinke, C. R. (2008). Understanding teachers' careers: Linking professional life to professional path. *Educational Research Review*, 3(1), 1-13. <https://doi.org/10.1016/j.edurev.2007.10.001>
- Røros, R. (2019). *Folkehelse og livsmestring i skolen - sett i et lærerperspektiv*. [Masterstudie, NTNU]. ntnuopen. <https://ntnuopen.ntnu.no/ntnu-xmlui/handle/11250/2614432>
- Smette, I. (2017). Enhetsskolens ulike lærerblikk. *Norsk sosiologisk tidsskrift*, 1(4), 317-331. <https://doi.org/10.18261/issn.2535-2512-2017-04-04>
- Smith, J. A. (Red.). (2015). *Qualitative Psychology A Practical Guide to Research Methods* (3. utg.). SAGE Publications.

- St. meld. nr. 37. (1992-1993). *Utfordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid*. Sosialdepartementet. https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Stortingsforhandlinger/Lesevisning/?p=1992-93&paid=3&wid=d&psid=DIVL763&s=True&pgid=d_0509
- St.meld. nr. 16. (2002-2003). *Resept for et sunnere Norge*. Det kongelige helsedepartement. <https://www.regjeringen.no/contentassets/069d160b7cf54b04a1a375515d01659a/no/pdfs/stm200220030016000dddpdfs.pdf>
- Suri, H. (2011). Purposeful sampling in qualitative research synthesis. *Qualitative research journal*, 11(2), 63-75. <https://doi.org/10.3316/QRJ1102063>
- Trondheim kommune. (u.å.-a). *Alle skal høre til et fellesskap*. <https://steinsakspapir.org/>
- Trondheim kommune. (u.å.-b). *MEST i skolehelsetjenesten*. <https://sites.google.com/trondheim.kommune.no/mestalle/hva-er-mest-i-skolehelsetjenesten?authuser=0>
- Universitetet i Oslo. (u.å.). *Nvivo*. <https://www.uio.no/tjenester/it/forskning/datafangst-og-analyse/nvivo/>
- Urnes, A.-G. (2018). De turbulente årene i ungdomsalderen. I A.-G. Urnes (Red.), *Den interaktive hjernen hos barn og unge. Forståelse og tiltak ved nevroutviklingsforstyrrelser og nevropsykiatriske tilstander* (s. 133-139). Gyldendal akademisk.
- Utdanning. (u.å.). *Yrkesbeskrivelse. Rektor/skoleleder*. <https://utdanning.no/yrker/beskrivelse/rektorskoleleder>
- Uthus, M. (2022a). Elevenes psykiske helse i skolen. Utdanning til å mestre egne liv – introduksjon. I M. uthus (Red.), *Elevenes psykiske helse i skolen: utdanning til å mestre egne liv* (2. utg., s. 13-41). Gyldendal.
- Uthus, M. (2022b). Lærernes og spesialpedagogenes helsefremmende arbeid i skolen. I M. Uthus (Red.), *Elevenes psykiske helse i skolen: utdanning til å mestre egne liv* (2. utg., s. 283-293). Gyldendal.
- Weare, K. (2010). Mental health and social and emotional learning: Evidence, principles, tensions, balances. *Advances in school mental health promotion*, 3(1), 5-17. <https://doi.org/10.1080/1754730X.2010.9715670>
- World Health Organization. (1946). *Constitution of the World Health Organization*. <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1>

- World Health Organization. (1986). *The 1st International Conference on Health Promotion*.
<https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/first-global-conference>
- World Health Organization. (2001). *Basic documents* (43. utg.).
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/358065/9241650435-eng.pdf?sequence=1>
- World Health Organization. (2020). *Guidelines on mental health promotive and preventive interventions for adolescents: helping adolescents thrive*.
<https://www.who.int/docs/default-source/mental-health/guidelines-on-mental-health-promotive-and-preventive-interventions-for-adolescents-hat.pdf>
- World Health Organization. (2021a). *Comprehensive mental health action plan 2013–2030*.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240031029>
- World Health Organization. (2021b, 22. juni). *Making every school a health-promoting school- Country case studies*.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240025431>
- World Health Organization. (2022, 17. juni). *Mental health: strengthening our response*.
<https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Yardley, L. (2015). Demonstrating Validity in Qualitative Psychology. I J. A. Smith (Red.), *Qualitative Psychology A Practical Guide to Research Methods* (3. utg., s. 257-272). SAGE Publications.
- Youth Gov. (u.å.). *Mental Health Promotion and Prevention*. <https://youth.gov/youth-topics/youth-mental-health/mental-health-promotion-prevention>
- Zeki, C. P. (2009). The importance of non-verbal communication in classroom management. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 1(1), 1443-1449.
<https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2009.01.254>
- Ødegård, A. (2005). Perceptions of interprofessional collaboration in relation to children with mental health problems. A pilot study. *Journal of Interprofessional Care*, 19(4), 347-357. <https://doi.org/10.1080/13561820500148437>

Appendiks

Appendiks 1: Intervjuguide

Intervjuguide, revidert etter første intervju

1. Innledende informasjon om mål og gjennomføring

Takk for at du stiller opp som informant i dette forskningsprosjektet. Det setter vi stor pris på.

Introduksjon av oss:

- Kort presentasjon av oss med navn og informasjon om hva vi studerer.

Målsetning med intervjuet:

- Vi ønsker å finne ut hvilke opplevelser du som lærer i videregående skole har av det å jobbe tverrfaglig med andre yrkesgrupper for å fremme god psykiske helse hos elevene. Vi er nysgjerrig på både utfordringer og mulighetsrom i dette arbeidet.
- Vi ønsker å få innblikk i dine opplevelser av din rolle i det å jobbe helsefremmende/forebyggende.
- Kommer til å spørre om dine tanker om psykologisk helsefremming på generelt nivå, men vi har også forstått at skolehelsetjenesten her ved [skolenavn] jobber etter arbeidsstrategien MEST. For å si det enkelt ønsker vi å høre din opplevelse av hvordan skolehelsetjenesten jobber psykologisk helsefremmende i samarbeid med deg som lærer.
 - Vi skriver ikke denne oppgaven for MEST. Vi spør om MEST fordi vi ønsker praksisnære eksempler.

Ønsker fra deg:

- Vi ønsker at du er så ærlig som du kan.
- Helt greit om du ikke har like mye å svare på alle spørsmål.
- Ingen svar er dumme. Dine opplevelser og ditt perspektiv som er viktig og du er ekspert på det.

Praktisk info:

- Intervjuet vil ta omtrent en time +/-.
 - Semistrukturert intervju: får du assosiasjoner underveis så følg dem gjerne.

- Informere om lydopptaker.
- Vi kan ta pauser ved behov.
- Du har fått **informasjonsskriv** fra oss i forkant. Har du noe spørsmål til det?
 - Kort gjennomgang av formaliteter: frivillig å delta, lov å trekke samtykket, personopplysninger lagres trygt, data anonymiseres i oppgaven og slettes ved prosjektslutt.

Sjekkliste for oss:

- *Er samtykkeskjema innhentet?*
- *Si ifra om at lydopptaker startes.*

2. Intervjuspørsmål

0. Til å begynne med har vi lyst til å bli litt kjent med deg som lærer.

1. Kan du fortelle meg litt om jobben din her ved [skolenavn] vgs?
 - a. Hvor lenge har du jobbet som lærer?
 - b. Hvilke utdanningsprogram/ studieprogram er du lærer for?
 - c. Hvilken lærerstilling har du på nåværende tidspunkt (*kontaktlærer, faglærer*)?
 - i. Hvor mye kontakt har du med samme elevgruppe?

1. Når du hører “helsefremmende psykologisk arbeid”, hva dukker opp i hodet ditt da?

- 1) Når du hører “helsefremmende psykologisk arbeid ved [lærerens arbeidssted]”, hva tenker du da?
 - a) Når du hører “MEST i skolehelsetjenesten”, hva dukker opp i hodet ditt da?

Fremover kommer vi til å stille spørsmål angående psykologisk helsefremming og MEST. Det vi mener med psykologisk helsefremming, er valg og tiltak man gjør for å være *i forkant*, for å fremme elevenes psykiske helse. Vi vet flere av dere lærere er påkoblet elevens psykiske vansker og behandling i eksempelvis BUP, men det er egentlig ikke erfaringer med det vi er nysgjerrig på. Vi er nysgjerrig på hva som *tilfører* elevene noe, som gjør ungdommen rustet til å takle livet sitt. Forebyggingsbegrepet handler i større grad om tiltak man gjør for å *hindre* at elevene utvikler psykiske vansker.

Når vi spør om MEST, ønsker vi å høre din opplevelse av hvordan skolehelsetjenesten jobber psykologisk helsefremmende i samarbeid med deg som lærer. MEST er egentlig bare

et annet navn på arbeidsstrategien til skolehelsetjenesten i Trondheim. Gjennom MEST fyller elevene ut et spørreskjema og svarer blant annet på spørsmål om hvordan de opplever egen psykiske helse, og hva de ønsker mer helsekunnskap om. Deretter kan det gjennomføres seminarer i klassene for eksempel. Vi spør altså om MEST for å høre praksisnære eksempler, uansett hvor lite eller mye du vet eller har vært involvert.

2. Hvordan ville du beskrevet lærerens rolle i helsefremmende psykologisk arbeid?

- Hvordan ville du beskrevet din rolle som lærer i dette arbeidet ved [skolenavn] vgs?
 - a) Hvordan ville du beskrevet din rolle i samarbeidet med skolehelsetjenesten, når det kommer til psykologisk helsefremmende arbeid?

3. Hvilke erfaringer har du som lærer fra helsefremmende arbeid?

- 1) Hvis du ser for deg et typisk skolesemester; hvordan jobber du som lærer med tanke på helsefremmende psykologisk arbeid?
 - a) Hva gjør du for at elevene skal ha det bra?
- 2) Hvilke erfaringer har du med MEST? (*eventuelt: hvilke erfaringer har du med måten skolehelsetjenesten jobber psykologisk helsefremmende på skolen din?*)
 - a) Hvis du som lærer har vært involvert i MEST-tiltak: kan du fortelle om dem?
 - b) Hvordan opplever du at tiltakene treffer elevene dine?
- 3) Har det vært klasseromsseminar i din klasse/ har skolehelsetjenesten vært med inn i dine timer?
 - a) Hvis ja:
 - i) Har du deltatt?
 - ii) Hva handlet seminaret/seminarene om?
 - iii) Hvordan opplevde du seminar X?
 - (1) Hvordan har du forholdt deg til tematikken i ettertid?
 - (2) Opplevde du seminaret som nyttig for elevene?
 - (3) Opplevde du seminarene som nyttig for deg selv?
 - b) Hvis nei:
 - i) Hva tenker du er årsaken til at det ikke har blitt gjennomført klasseromsseminar i din klasse?
 - ii) Hvordan stiller du deg til å kunne ha klasseromsseminar i fremtiden?
 - (1) Hva er det som må ligge til rette for å ha klasseromsseminarer i fremtiden?

- iii) Hvordan er klasseromsseminar forenlig med andre plikter du har som lærer?

4. Hva synes du fungerer med læreres involvering i helsefremmende psykologisk arbeid for elever?

- 1) Hva synes du fungerer med arbeidsstrategien MEST?

5. Hva synes du er utfordrende med læreres involvering i helsefremmende psykologisk arbeid for elever?

- 1) Hva tenker du er utfordrende ved MEST som strategi for å jobbe helsefremmende?
- 2) Hvilke forventninger møter du som lærer i det psykologiske helsefremmende arbeidet, både fra samfunnet generelt, skoleledelse, og deg selv?
 - a. *Hvis nødvendig:* hvilke forventninger opplever du når det kommer til..
 - i. kompetanse?
 - ii. kapasitet?
 - b. *Hvis nødvendig:* Hvilke forventninger har du til deg selv i dette arbeidet?
 - c. Hvordan opplever du at du får til å møte disse forventningene?
 - d. *(Ev. omformulering: Når det kommer til det å jobbe helsefremmende, hvilke krav stiller det til deg som lærer?)*
 - i. *For eksempel når det kommer til din kompetanse? og kapasitet?*
 - ii. *Hvordan opplever du at du får til å møte disse kravene?)*
- 3) Hvilke rammer/ strukturer er viktig for at du kan jobbe helsefremmende?
 - a. Hvilke av disse opplever du er til stede nå/på plass?
 - b. Hva savner du mest av strukturer for å kunne jobbe helsefremmende?
- 4) Hvordan er lærernes involvering i MEST forenlig med andre oppgaver og plikter?

6. Hvordan opplever du at det er å samarbeide med andre seksjoner av skolesystemet i psykologisk helsefremmende arbeid?

- 1) Samarbeid med for eksempel...
 - a. Skoleledelsen?
 - i. Hvilke erfaringer har du med at samarbeidet fungerer?
 - ii. Hvilke erfaringer har du med at samarbeidet kan være utfordrende?
 - b. Skolehelsetjenesten?
 - i. Hvilke erfaringer har du med at samarbeidet fungerer?

- ii. Hvilke erfaringer har du med at samarbeidet kan være utfordrende?
 - c. Elevtjenesten?
 - i. Hvilke erfaringer har du med at samarbeidet fungerer?
 - ii. Hvilke erfaringer har du med at samarbeidet kan være utfordrende?
 - d. *Eventuelt andre du vil trekke frem?*
- 2) Har du noen tanker om samarbeidet med de samme gruppene om MEST i skolehelsetjenesten?
 - 3) Hvilke mulighetsrom (*rom for forbedring/ løsninger*) tenker du det er innenfor det tverrfaglige samarbeidet?

7. Hva opplever du er elevene dine sine behov for helsefremmende tiltak?

- 1) Hva tror du er viktige tiltak skolen din kan gjøre for at elevene skal ha det bra?
- 2) Har du innblikk i hva MEST-kartleggingen sier om elevene ved din skole?
 - a. Hvis ja → Hvordan kjenner du igjen dine egne elever i disse resultatene?
 - b. Hvis nei → Hvis du skulle sett for deg.. hva tror du vil stikket (*skilt*) seg ut som relevante data for dine elever? (*hvordan de har det/ hva de ønsker lære mer om*)
- 3) *Hvis relevant:* Hvordan (*om noe*) følges verktøyene/strategiene elevene tilegner seg opp i etterkant av MEST- tiltak?
 - a. Følger du som lærer opp kunnskapen?
- 4) *Hvis relevant:* Opplever du/ har du inntrykk av at elevene dine benytter seg av kunnskapen og strategiene de får gjennom eksempelvis klasseromsseminarer?
- 5) Opplever du at det er forskjeller fra studieprogram til studieprogram i hvordan lærere tenker om MEST-intervensjoner/tiltak?

8. Nå nærmer vi oss slutten av intervjuet og vi har noen avsluttende spørsmål.

1. Hvilke (*om noen*) ønsker har du for fremtidig psykologisk helsefremmende arbeid?
 - a. Hvilke ønsker har du for lærerens rolle i dette?
 - b. Har du noen innspill til forbedringer/ mulighetsrom for MEST?
2. Er det noe du skulle ønske folk visste om lærernes rolle/arbeid som du ønsker å dele?
3. Er det noe annet du har lyst til å legge til før vi avslutter?

Takk for at du tok seg tiden og for ditt bidrag til forskningsprosjektet.

Appendiks 2: Informasjonsskriv og samtykkeskjema

Vil du delta i forskningsprosjektet

Lærerenes rolle i tverrfaglig psykologisk helsefremmende arbeid: Opplevelser av utfordringer og mulighetsrom fra videregående skole?



Du, som lærer, er viktig for elevenes læring og trivsel. Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt. Prosjektet vil utforske læreres erfaringer med psykologisk helsefremmende arbeid for ungdom. Prosjektet er en del av vår hovedoppgave ved profesjonsstudiet i psykologi ved NTNU. Her får du informasjon om prosjektet og hva deltakelse vil innebære.

Hva er forskningens formål?

Hovedoppgaven omhandler hvordan lærere opplever å arbeide tverrfaglig med psykologisk helsefremmende arbeid i skolen. Med dette mener vi både tiltak som bedrer psykisk helse og tiltak som forebygger uhelse hos elevene.

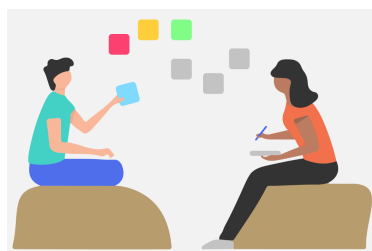
Målsetningen med hovedoppgaven blir å belyse hvilke utfordringer og mulighetsrom dere lærere ser i det helsefremmende psykologiske arbeidet. Dette kan bidra til at vi får viktig kunnskap rundt hvordan vi bør legge opp arbeidet for å fremme god psykisk helse hos ungdom. Skolehelsetjenesten i Trondheim jobber helsefremmende for ungdom gjennom arbeidsstrategien MEST. Arbeidsstrategien er utarbeidet med tanke på tverrfaglig samarbeid, blant annet med lærere. Det blir derfor sentralt for oss å undersøke hvilke erfaringer (om noen) dere lærere har med MEST.

Våre hovedproblemstillinger er dermed:

- ★ Hvordan opplever læreren sin rolle i helsefremmende og forebyggende psykologisk arbeid?
- ★ Hva er lærerens opplevelse av skolehelsetjenestens arbeidsstrategi MEST og spesifikke tiltak initiert gjennom MEST?

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Vi ønsker å komme i kontakt med dere som er lærere ved videregående skole. Alle lærere ved skolen har lik mulighet for å delta. Du har mulighet til å delta i prosjektet uavhengig av hvilken lærertittel du har. Vi ønsker å snakke med lærere fra ulike studieretninger, gjerne både yrkesfag og studiespesialisering. Vi ønsker å snakke med deg som lærer uavhengig av om du har mange eller få tanker om dette temaet, samt om du har mye eller lite erfaringer med MEST i skolehelsetjenesten. Ditt bidrag er viktig i forsøket på å belyse det vi tenker er et relevant og viktig tema.



I tillegg til å intervjuere dere lærere, snakker vi også med skolehelsetjenesten i Trondheim kommune for innhenting av relevant informasjon om MEST.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet innebærer det at du gjennomfører ett individuelt intervju. Det vil ta deg ca 1 time. Intervjuet inneholder spørsmål angående de tidligere nevnte problemstillingene. Dine svar vil tas opp med elektronisk lydopptaker.



Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Det er kun oss to hovedoppgavestudenter og vår veileder ved NTNU som vil ha tilgang til opplysningene om deg.

Vi vil analysere dataene gjennom programmet Nvivo. Datamaterialet vil oppbevares i NTNUs fillagringsområde for sikker lagring, ved navn NICE-1. Dataene er her lagret trygt og datatrafikken blir kryptert. Fysisk personsensitivt materiale, som samtykkeskjema, vil oppbevares i låst arkivskap på Institutt for psykologi ved NTNU.

Både den videregående skolen og informantene vil anonymiseres i hovedoppgaven.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet vil etter planen avsluttes innen 31.01.2023. Etter prosjektslutt vil datamaterialet med dine personopplysninger slettes.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke. På oppdrag fra Institutt for psykologi ved ved NTNU har Personverntjenester vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Dine rettigheter

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

- ★ Innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene.
- ★ Å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende.
- ★ Å få slettet personopplysninger om deg.
- ★ Å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.



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

- ★ Institutt for psykologi på NTNU ved prosjektets veileder Nina Jakhelln Laugen (tlf: 73559505/ 45031397), eller hovedoppgavestudentene Stine Lerstad (tlf: 478 80 336) og Anne Ryntveit (tlf: 900 71 078).
- ★ Vi kan også kontaktes på e-post: stine.lerstad@ntnu.no og anneryn@stud.ntnu.no

Personvernombud ved NTNU: Thomas Helgesen (tlf: 930 79 038).

Hvis du har spørsmål knyttet til Sikt sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med Sikt på e-post (personverntjenester@sikt.no) eller på telefon (tlf: 532 11 500).

Hvordan går du frem for å melde din interesse for deltakelse?

Vi ønsker å høre fra deg så snart du har mulighet. Du går frem slik:

- 1) Send e-post til: anneryn@stud.ntnu.no og stine.lerstad@ntnu.no. Spesifiser i e-posten:
 - a) Hvilken lærertittel har du? (kontaktlærer/ faglærer/ annet).
 - b) Hvilket studieprogram tilhører du?
 - c) Hvilken skole tilhører du?
- 2) Vi tar kontakt med aktuelle for å avtale intervju. Vi ønsker å tilpasse oss deg!
- 3) Vi gjennomfører intervjuet på et egnet fysisk kontor eller over digital videokonferanse. Du skriver under på samtykkeskjema for lagring av personopplysninger enten i forkant eller i starten av intervjuet.

Vi håper på å høre fra deg!

Med vennlig hilsen,

Nina Jakhelln Laugen
Veileder

Stine Lerstad og Anne Ryntveit
Hovedoppgavestudenter

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet “Lærerens rolle i tverrfaglig psykologisk helsefremmende arbeid” og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- Å delta i et individuelt dybdeintervju med hovedoppgavestudenter fra Institutt for psykologi, NTNU.
- At intervjuets innhold analyseres i anonymisert form av hovedoppgavestudentene for bruk i hovedoppgaven.
- At nødvendig persondata om meg lagres i trygt lagringssystem.
- At mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet.

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Appendiks 3: NSD-vurdering av behandling av personopplysninger

19.12.2022, 12:12

Meldeskjema for behandling av personopplysninger



[Meldeskjema](#) / [Lærers rolle i tverrfaglig psykologisk helsefremmende arbeid: Oppl...](#) / Vurdering

Vurdering av behandling av personopplysninger

Referansenummer 410267	Vurderingstype Standard	Dato 21.03.2022
----------------------------------	-----------------------------------	---------------------------

Prosjekttittel

Lærers rolle i tverrfaglig psykologisk helsefremmende arbeid: Opplevelser av utfordringer og mulighetsrom fra videregående skole

Behandlingsansvarlig institusjon

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

Prosjektansvarlig

Nina Jakhelln Laugen

Student

Anne Ryntveit/ Stine Lerstad

Prosjektperiode

01.03.2022 - 31.01.2023

Kategorier personopplysninger

Alminnelige

Lovlig grunnlag

Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)

Behandlingen av personopplysningene er lovlig så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det lovlige grunnlaget gjelder til 31.01.2023.

[Meldeskjema](#)

Kommentar

OM VURDERINGEN

Personverntjenester har en avtale med institusjonen du forsker eller studerer ved. Denne avtalen innebærer at vi skal gi deg råd slik at behandlingen av personopplysninger i prosjektet ditt er lovlig etter personvernregelverket.

Personverntjenester har nå vurdert den planlagte behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at behandlingen er lovlig, hvis den gjennomføres slik den er beskrevet i meldeskjemaet med dialog og vedlegg.

DEL PROSJEKTET MED PROSJEKTANSVARLIG

For studenter er det obligatorisk å dele prosjektet med prosjektansvarlig (veileder). Del ved å trykke på knappen «Del prosjekt» i menylinjen øverst i meldeskjemaet. Prosjektansvarlig bes akseptere invitasjonen innen en uke. Om invitasjonen utløper, må han/hun inviteres på nytt.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til den datoen som er oppgitt i meldeskjemaet.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

PERSONVERNPRINSIPPER

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

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål

<https://meldeskjema.nsd.no/vurdering/620225cf-aa65-4321-84b4-e3de0ceb8c28>

1/2

- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

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

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

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

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

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

Ved bruk av databehandler (spørreskjemaleverandør, skylagring eller videosamtale) må behandlingen oppfylle kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29. Bruk leverandører som din institusjon har avtale med.

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

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til oss ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde: <https://www.nsd.no/personverntjenester/fyll-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema>

Du må vente på svar fra oss før endringen gjennomføres.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

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

Lykke til med prosjektet!

