

Helsesøstres utfordringer for å fremme elevenes psykiske helse

Monica Holm Larsen, Bjørg Christiansen og Lisbeth Gravdal Kvarme

Monica Holm Larsen, høgskolelektor, Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid, Fakultet for helsefag, Høgskolen i Oslo og Akershus, monica.holm-larsen@hioa.no

Bjørg Christiansen, 1. amanuensis, Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid, Fakultet for helsefag, Høgskolen i Oslo og Akershus, bjorg.christiansen@hioa.no

Lisbeth Gravdal Kvarme, 1. amanuensis, Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid, Fakultet for helsefag, Høgskolen i Oslo og Akershus, lisbeth.gravdal-kvarme@hioa.no

Abstract

Challenges school nurses have to promote students' mental health

The school is an important arena for promoting students' mental health. Prevalence of mental health problems among young people is of concern, and focusing on prevention efforts in schools has been considered to be important. The purpose of this qualitative study was to gain further insight into how collaboration between school nurses and teachers can promote students' mental health. This article is based on four interviews with school nurses from secondary and high school. The school nurses highlighted the importance of establishing themselves as visible partners for teachers, while at the same time providing low threshold for services to students. Factors like lack of time and the location of the school nurse's office, created tension and influenced their work. Much of the work concerning students' mental health was experienced as "fire fighting", while they instead wanted to emphasize health promotion and primary prevention efforts on class and group levels.

Keywords/Nøkkelord

Education; mental health; students; school nurse; collaboration; teachers

Skole; psykisk helse; elever; helsesøster; samarbeid; lærere

Fagartikkel

<http://dx.doi.org/10.7557/14.4042>



© 2016 The author(s). This is an Open Access article distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution 4.0 International](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/) License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly credited.

Innledning

Skolen er den viktigste arena for helsefremmende og forebyggende arbeid blant barn og unge (Haugland og Grimsmo 2009). Den er ikke bare en viktig plass for læring, men også for en positiv helseutvikling i barne- og ungdomstiden. Ungdomstiden kan oppleves som utfordrende med tanke på både fysisk, psykisk og sosial utvikling. Ungdommene står ovenfor store endringer som kan medføre økt sårbarhet, noe som kan være en risikofaktor for utvikling av en dårlig psykisk helse. Psykiske problemer som reduserer funksjonsevne og livskvalitet debutterer gjerne i barndom og ungdom (Haugland og Grimsmo 2009). I en rapport utgitt av Folkehelseinstituttet, blir det hevdet at mellom 15 og 20 % av barn og unge i Norge har nedsatt funksjon på grunn av psykiske vansker (Mathiesen 2009). Ca 8 % av dem har en diagnostiserbar psykisk lidelse. I følge NOVA (2015) gir ikke forskningen noen entydige svar på om det foreligger en økning av psykiske problemer blant ungdom, men flere studier viser at det kan være en økning i depressive symptomer hos jenter. Videre har det vært en klar økning i angst- og depresjonslidelser som begrunnelse for uføretrygd blant unge.

Helsetjenesten er representert i skolen gjennom skolehelsetjenesten, og har blant annet som formål å fremme psykisk helse og forebygge sykdom og skader (Sosial- og helsedirektoratet 2003). Skolehelsetjenesten er en lovpålagt tjeneste, men den er til dels mangelfullt utbygd ved de fleste skolene i Norge (Wadum-Grevbo og Haugland 2015). Eksempelvis var det i Oslo i 2006 ti årsverk for helsesøstre ved videregående skoler, med til sammen 19 000 elever (Langaard 2006). Skolehelsetjenesten er den første helsetjenesten barn og ungdom kan oppsøke på eget initiativ, og tjenesten har dermed en unik posisjon til å kunne hjelpe barn og unge som trenger det. Helsesøster er helt sentral innenfor det forebyggende og helsefremmende arbeidet. Helsesøster er pålagt å samarbeide med skolen for å fremme et godt psykososialt lærings- og arbeidsmiljø for elever og bistå i undervisningen i den utstrekning skolen ønsker det (Sosial- og helsedirektoratet 2003). I følge en rapport utført på oppdrag fra Helsedirektoratet, finnes det få studier som har undersøkt skolehelsetjenestens betydning for å fremme elevenes psykiske helse (Skotheim, Eng og Undheim 2014). Noen studier har hatt fokus på helsesøsterrollen og utfordringer de møter for å kunne være en ressurs for ungdom (Hjälmhult, Wold og Samdal 2002; Kvarme 2011). Likevel vet vi mindre om hvordan helsesøstre opplever egen rolle og betydning av samarbeid for å fremme elevers psykiske helse.

Artikkelen er basert på funn fra en studie hvor hensikten var å få økt innsikt i hvordan det tverrfaglige samarbeidet mellom skolehelsetjenesten og lærere foregår for å fremme elevenes psykiske helse. Studien var basert på kvalitative dybdeintervjuer med fire lærere og fire helsesøstre (Larsen og Christiansen 2015). Denne artikkelen er basert på funn fra intervjuene med helsesøstre med

utgangspunkt i følgende forskningsspørsmål: Hvordan opplever helsesøstre samarbeid med skolen for å fremme elevenes psykiske helse?

Bakgrunn

Skolen og psykisk helse

Lærerne er viktige bidragsyttere for å fremme elevenes psykiske helse (Larsen og Christiansen 2015). De har ansvaret for helseopplæringen i skolen, og helsesøster kan bidra med å komplettere denne (Misvær 2009). Skolen er viktig i forhold til helsefremmende arbeid, men kan også være en risikofaktor for elevenes helseutvikling (Hjälmhult, Wold og Samdal 2002; Reuterswärd og Lagerström 2010). Folkehelseinstituttet har pekt ut skolen som en særlig viktig arena for det psykisk helsefremmende arbeidet i Norge (Holte 2012). Hvis skolen klarer å gi elevene utdanning, venner, tilknytning, mestring, selvfølelse og mening, da fremmer skolen psykisk helse (op.cit.). En viktig intensjon med Samhandlingsreformen er at forebygging og samarbeid skal foregå på tvers av sektorer som helsetjeneste og skole. Behov bør identifiseres og tjenester må settes inn på et tidlig stadium. Det vil øke den enkeltes mestringsevne (St.meld. nr. 47 (2008-2009)).

Skolehelsetjenesten

Skole og skolehelsetjeneste representerer hver sine etater med ulike organisering, profesjoner og roller. Det er store forskjeller mellom etatene, noe som kan være en utfordring ved tverrfaglig samarbeid (Hjälmhult et al. 2002). Helsesøster er faglig ansvarlig leder for skolehelsetjenesten i de fleste kommuner. Leger har beslutningsmyndighet i medisinske spørsmål, men mange skoler har mistet ressurser til skolelege. I 2001 ble fastlegeordningen innført, og i den forbindelse har legens rolle i det forebyggende arbeidet vært gjenstand for diskusjon. En erfaring fra en studie utført av Clancy (2007), var at samarbeidet med legene gjennom denne ordningen ble begrenset, og i stor grad styrt av initiativ fra helsesøster. Kommunen kan inngå avtaler med eller ansette andre fagpersoner som kan være en del av skolehelsetjenesten (Haugland og Grimsmo 2009), noe som har ført til mindre avgrensede og definerte arbeidsoppgaver, og derav mindre tydelig helsesøsterrolle (Clancy 2007). Samfunnet har gjennomgått endringer og sykdomsbildet har i stor grad beveget seg fra somatiske sykdommer til utbredelse og fokus på psykisk helseutfordringer (Waldum-Grevbo 2015). Disse endringene påvirker og stiller andre krav til helsesøster, som også er relevant i et globalt perspektiv. I en studie utført blant helsesøstre i USA, fremgikk det eksempelvis at 31 % av besøkene hos helsesøster handlet om psykiske problemer (Stephan og Connors 2013). Helsedirektoratet har utformet en nasjonal minstenorm i forhold til helsesøsterdekning på skolene. På ungdomsskolen anbefales det 100 % stilling for 550 elever, og på videregående 100 % stilling for 800 elever (Helsedirektoratet 2010).

Tverrfaglig samarbeid og psykisk helse

Selv om helsesøster er pålagt å samarbeide med skolen for å fremme et godt psykososialt lærings- og arbeidsmiljø for elever (Sosial- og helsedirektoratet 2003), er ikke samarbeidet like klart formulert i de styrende dokumentene for skolens virksomhet. I opplæringsloven § 9a-1 står det blant annet at alle elever i grunnskolen har krav på et godt psykososialt miljø som fremmer helse. Skal imidlertid samarbeidet lykkes, må begge parter legge til rette for det. I følge Samdal (2009) er det viktig å inkludere helsesøster, og at helsesøster er tilgjengelig. I en rapport utgitt av Folkehelseinstituttet ble skolehelsetjenestens betydning og ansvar knyttet til tverrfaglig arbeid beskrevet, og at samarbeidet med lærerne kan bidra til et skolemiljø som fremmer psykisk helse og reduserer risikoen for psykiske problemer (Major 2011; Larsen og Christiansen 2015). Det er videre kjent at psykiske vansker hos elevene er et hinder for kognitiv og sosial fungering (Stephan og Connors 2013).

Prosjektet «Psykisk helse i Oslokolene 2007-09» var et resultat av samarbeid mellom utdanningsetaten og helse- og velferdsetaten. Fra høsten 2010 ble Psykisk helse i OSLOkolene (PshiOsk) implementert som et helhetlig forebyggende program på alle videregående og ungdomsskoler i Oslo. Målene er at lærere og elevers kompetanse om psykisk helse og skolens hjelpeapparat skal økes, og at det etableres en fast tverrfaglig møtearena for psykisk helsearbeid på hver skole. I det forebyggende arbeidet er skolehelsetjenesten en god støttespiller for læringsmiljøet, noe som tilsier at det er god praksis å invitere helsesøster i det tverrfaglige arbeidet (Larsen og Christiansen 2015).

Skolen er en viktig arena for utvikling av elevenes psykiske helse, og vi vet at mange elever opplever psykiske helseutfordringer gjennom skoleforløpet. Vi vet derimot ikke så mye om hvordan helsesøster erfarer samarbeidet med lærere. Søk i databasene Cinahl, PsychInfo, Erik og Swemed+ med bruk av ulike søkeord og kombinasjoner, viste ingen spesifikke treff på studier som undersøkte dette samarbeidet. Hjälmhult et al. (2002) har gjort en studie av skoler som er del av et nettverk av helsefremmende skoler (HEFRES) hvor hensikten var å se på utviklingen av samarbeidet mellom skole og skolehelsetjenesten. Hovedfunn i denne studien var at skoler hvor helsesøster var tilgjengelig, og hvor de samtidig forsøkte å inkludere henne, førte til en god utvikling av samarbeidet. På samme tid var helsesøstrenes manglende tilgjengelighet en faktor for dårlig utvikling av samarbeidet, og at hun ikke ble inkludert i skolens aktiviteter. Videre har Kvarme (2011) i sin doktorgradsavhandling funnet at sosialt sårbare barn trenger hjelp fra skolen og skolehelsetjenesten. Å fremme helse gjennom å skape et trygt og inkluderende skolemiljø, er en viktig oppgave for helsesøster i samarbeid med skolen. I en rapport om Helsesøsters kompetanse utgitt av Sintef Helse, uttrykte mange helsesøstre manglende tilfredshet med egen kompetanse

om psykisk helse (Andersson, Ose og Norvoll 2006). Denne kompetansen økte imidlertid noe med helsesøsters erfaring og alder.

Design og metode

Studien har et utforskende design basert på kvalitative intervjuer med fire helsesøstre. Hensikten med et kvalitativt intervju er å innhente beskrivelser fra intervjupersonenes livsverden. Respondentene gis en mulighet til å beskrive sine erfaringer med egne ord. Det kvalitative intervjuet hviler på en implisitt fenomenologisk og hermeneutisk forståelsesform (Kvale og Brinkmann 2015).

Utvalg

Utvalget kan betegnes som strategisk, og ble etablert ved at førsteforfatter kontaktet leder av skolehelsetjenesten i to bydeler i Oslo. Det var ønskelig å intervju helsesøstre som hadde ansvar for 10. klasse og første klasse på videregående skole. Bydelene ble valgt med bakgrunn i at Høgskolen i Oslo og Akershus har praksisplasser for studenter på bachelorutdanningen her. Det er to bydeler som er forskjellige med tanke på sosioøkonomisk struktur. Førsteforfatter tok kontakt og fikk rask tilbakemelding om at fire helsesøstre ønsket å være med i studien; en fra videregående og en fra ungdomsskolen i hver bydel. Det var fire kvinner som hadde videreutdanning som helsesøstre og hadde vært ansatt ved de respektive skoler mellom to og femten år. De hadde ansvar for skolehelsetjenesten på én skole hver, hvor de hadde arbeidstid fra 2 – 4 dager pr. uke. Helsesøstre som ble rekruttert var interesserte og hadde vist stort engasjement for elevenes psykiske helseutvikling. To av helsesøstre var ansatt på skoler som hadde implementert PshiOsk. De hadde vært med å utarbeide psykisk helseplan for skolen og hadde derfor kunnskaper om hva dette handlet om. De to andre hadde kjennskap til PshiOsk via sitt nettverk med andre helsesøstre.

Etikk

Tillatelse til å gjennomføre studien ble gitt av Norsk Samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD). Skriftlig informert samtykke ble innhentet, og respondentene ble informert om muligheten til enhver tid å trekke seg fra studien uten begrunnelse. Konfidensialiteten ble ivaretatt ved at respondentenes navn eller arbeidsplass ikke forekom i materialet.

Gjennomføring av kvalitative intervju

Intervjuene ble foretatt av førsteforfatter vinteren 2012 på helsesøstrenes arbeidsplass i deres arbeidstid med utgangspunkt i en intervjuguide. Guiden inneholdt spørsmål relatert til erfaringer med samarbeid med lærere, synspunkter på egen rolle og tilgjengelighet på skolen. Hensikten var å lede intervjuene i samsvar med guiden, men samtidig oppfordre respondentene til å snakke fritt om sine synspunkter og erfaringer. Det var på forhånd satt av tid og holdt av

rom, så intervjusituasjonen foregikk uten ytre forstyrrelser. Respondentene viste et stort engasjement for tema, og samtalene foregikk i stor grad fritt, men innenfor intervjuguidens områder. Intervjuene hadde en varighet på 60 – 90 minutter, og det ble gjort lydopptak. De ble transkribert ordrett av førsteforfatter.

Analyseprosessen

Analysen ble utført i tråd med Kvale og Brinkmanns (2015) tre tolkningskontekster og har likhetstrekk med den hermeneutiske prosess. Formålet var å komme frem til en gyldig og innsiktsfull forståelse av teksten. Analyseprosessen påvirkes av forskernes forforståelse, som alle har lang erfaring som pedagoger. Førsteforfatter har også videreutdanning innen psykisk helsearbeid og lang erfaring fra yrket. Andre- og tredjeforfatter har helsesøsterutdanning, og erfaring fra yrket. Tredjeforfatter har i tillegg lang forskningserfaring innen feltet. Den innledende analysen ble gjennomført av første- og andreforfatter. I tillegg til å lytte gjennom intervjuene, ble teksten lest helhetlig. Intensjonen var å forstå meningsinnholdet i lys av respondentenes selvforståelse som tilsvarer første tolkningskontekst. Meningsbærende enheter med relevans i forhold til forskningsspørsmålet ble fargekodet. På bakgrunn av kodingen ble teksten strukturert i tentative kategorier. Etter gjentatt gjennomgang og diskusjon mellom første- og andreforfatter ble noen kategorier med meningsbærende enheter ytterligere sammenfattet i færre, mer overordnede kategorier. Deretter ble teksten gjennomgått ved å sjekke fremstillingen opp mot den opprinnelige transkripsjonsteksten. Funnene fremstilles via de endelige kategoriene med følgende overskrifter; *Helsesøstrenes opplevelse av å «komme inn» i skolen, Være tilgjengelig, Å spille på lag med skolen og Felles fokus på psykisk helse*. I tråd med Kvale og Brinkmanns (2015) andre tolkningskontekst «kritisk forståelse basert på sunn fornuft», innebærer det en sammenfattet framstilling som underbygges av illustrerende sitat. I den tredje tolkningskonteksten diskuteres funn i lys av teori og tidligere forskning. I tillegg til kritisk lesning i analyseprosessen har tredjeforfatter bidratt med teoretiske perspektiver.

Metodiske betraktninger

Spørsmål knyttet til gyldighet og nøyaktighet i relasjon til kvalitative intervjuundersøkelser bør, ifølge Kvale og Brinkmann (2015), oppfattes som en gjennomgående kvalitetskontroll. Det er en styrke i analyseprosessen at vi har vært tre forskere, fordi det har bidratt til å se nyanser og teoretiske implikasjoner i datamaterialet. Flere deltakere i analyseprosessen, kan ifølge Kvale og Brinkmann (2015), sees på som en kilde til nyansert, fruktbar fortolkning. Selv om datamaterialet består av kun fire intervjuer, anser vi likevel datamaterialet som rikholdig. I det siste intervjuet erfarte intervjuer at det ikke var så mange nye ting som kom frem; denne respondenten hadde mange like erfaringer som de tre foregående. Dette kan tolkes som en metning av materialet. En kritisk

betraktning knyttet til studien, kan være at helsesøsters kompetanse om psykisk helse ikke ble eksplisitt belyst i intervjuene. Førsteforfatter tok det «for gitt» at dette var en kompetanse respondentene hadde, fordi helsesøstrene i vår studie hadde lang erfaring i faget sitt. Til tross for at funn reflekterer lokale problemstillinger og holdninger, kan studien være overførbar til liknende kontekster.

Presentasjon av funn

Helsesøstrenes opplevelse av å «komme inn» i skolen

Helsesøstrene var opptatt av hvilken plass de hadde i skolen, og hvordan de ble involvert i skolens arbeid. Som ansatt i bydelen har de en annen arbeidsgiver enn lærerne. Dette ble problematisert av flere som en utfordring fordi de var på «en annens arena» og derved ikke kollega med lærerne:

Jeg blir invitert inn i sosiale sammenhenger, sommerfester, julebord og alt mulig, kanskje hvis jeg hadde vært der fem ganger i uka hadde det vært annerledes, selv da er du ikke er ansatt i skolen. Du er en som er utenifra, og for noen, for meg selv også, opplever vi jo innimellom det noe ensomt, det er nok mye mer min følelse enn skolens. Jeg tror det er en utfordring for oss i skolehelsetjenesten.

Som helsesøster ble man ofte overlatt til seg selv når det gjaldt å finne sin plass og etablere samarbeid. De opplevde at det kunne være tungt «å komme inn i skolen», finne ut av timeplaner, treffe de rette kontaktlærerne og avtale tid. Det var ikke alltid de opplevde å bli møtt av lærerne som ofte hadde så mye å gjøre at en henvendelse fra helsesøster ble en ekstra belastning for dem. Hvor lenge helsesøstrene hadde vært ansatt i skolen, var avgjørende for hvordan de opplevde å finne sin plass der: «Det tar 3 år sier man, på å komme inn».

Etterhvert som man fant sin plass som helsesøster kunne skolen oppleves som et godt sted å være: « (...) jeg føler meg som en av lærerne her. Selv om jeg er helsesøster og må være klar over at det er rollen min. Det er jeg veldig bevisst på».

Men det motsatte kunne også skje:

Vi har helsesøstre her som har slutta som helsesøstre, fordi de orka det ikke. Da handler det kanskje om at de har både to og tre skoler, de hører ikke hjemme noe sted. De skal attpåtil være tydelige.

En respondent undret på om en tettere organisering kunne vært hensiktsmessig: « (...) nesten som å banne i kirka å si, kanskje, (...) hvordan hadde det vært å være organisert inn i skolen»?

Selv om de opplevde at helsesøster var en del av skolen, kunne den organisatoriske plasseringen og det at de hadde et fag å ivareta, føre til opplevelsen av at de ble stående alene blant mange lærere.

Det har også noe med fagidentitet å gjøre, du er alene på skolen og så er det en haug med lærere. Vi har jo forskjellig bakgrunn. Så det fordrer en basetenkning her inne på helsestasjonen, at vi har noe som er treff-punkt, vårt eget. (...) Fordeler og ulemper, men jeg tror kanskje noe av det som er vanskelig i dag, kunne vært bedre.

Være tilgjengelig

Tilgjengelighet og samarbeid ble ansett som viktig for å synliggjøre sin kompetanse og sin plass overfor de andre i skolen. De var opptatt av å fremme forståelse for rollen som helsesøster:

(...) Det handler jo både om at den arenaen du er på forstår hva du gjør, og at de tar kontakt. Sånn at det både handler om å føle seg inkludert, at du får en type anerkjennelse, en forståelse for den jobben du gjør.

Helsesøstrene vektla å være tilgjengelige for elever og lærere, selv om tiden de hadde på skolen varierte fra to til fire dager pr uke. Skolehelsetjenesten er et lavterskeltilbud med stor grad av «åpen dør», noe de prioriterte ved å sette av tid til det. Men tiden ble knapp når den skulle fordeles mellom «åpen dør», møter og oppfølgingssamtaler. Plasseringen på skolen var også avgjørende for hvor synlige og tilgjengelige de var: «Ungdommene må forbi døren min flere ganger om dagen. Så sånn sett er jeg veldig tilgjengelig fysisk». Én hadde opplevd at helsesøsters kontor først var plassert utenfor skolen, så i kjelleren på skolen og deretter i administrasjonen. Hun merket godt at hennes fysiske synlighet hadde økt antall henvendelser.

En måte å gjøre seg synlig for lærerne, var å spise på lærerværelset. Men det kunne også medføre et dilemma, fordi elever ofte banket på døra når spisefrikvarteret startet.

Helsesøstrene så det primært som *sitt* ansvar å gjøre seg synlige i skolen og kjent med lærerne:

Være på banen, bruke de foraene som er der, ikke mure seg inn, ikke sitte å tenke at lærerne skal komme å lure på ting før de kjenner deg, man må brøyte litt mark. Det krever ganske mye.

Selv om det å være tilgjengelig var en gjensidig forventning, ble det fra helsesøstrenes side også opplevd som problematisk på grunn av begrensninger i tiden de hadde til rådighet. I denne situasjonen prioriterte de å være tilstede for elevene.

Å spille på lag med skolen

Samarbeidet med lærere handlet i stor grad om problemer knyttet til enkeltelever. De erfarte likevel at skolen kunne melde behov for å etablere samtalegrupper; eksempelvis for å forebygge jente- eller guttekonflikter. Tematikk som også ble nevnt var grupper for de stille elevene som hadde problemer med å ta ordet, grudde seg til fremføringer og hadde et lite sosialt nettverk. Å jobbe på klassenivå var mindre utbredt.

Gjennomføringen av undervisningsprogrammet «Veiledning og informasjon om psykisk helse» (VIP) førte til økt samarbeid med lærere eksempelvis ved at både helsesøster og kontaktlærer var i klasserommet samtidig og samarbeidet om undervisningen. Erfaringen var at det å gjøre noe konkret sammen bidro til økt forståelse for hverandre.

En utfordring knyttet til deltagelse i helsereelatert undervisning var tiden de hadde til rådighet, ikke minst fordi de erfaringsmessig ville bli oppsøkt av mange elever i ettertid. Likevel ønsket helsesøstrene økt fokus på det forebyggende arbeidet på klassenivå:

(...) Vi opplever jo at folk kommer med hauger av problemer. Vi har diskutert at vi kanskje må tenke annerledes hvordan vi jobber forebyggende istedenfor at vi har åpne dører med alle problemer som kommer inn. Men da må vi på en måte lukke den døra å komme deg ut.

Det forebyggende arbeidet var avhengig av samarbeid med lærere og skolen for øvrig. Når det gjaldt formaliserte samarbeidsmøter, var det gjerne med rektor og rådgiver hvor kontaktlærerne sjelden var til stede. De fleste hadde et uformelt samarbeid med kontaktlærere. Lærerne tok kontakt med helsesøstrene, selv om det kunne være stor forskjell på hvor mye den enkelte lærer brukte dem. Betydningen av samarbeidet med lærer og sosiallærer ble fremhevet:

Veldig viktig det samarbeidet jeg har med lærerne, sosiallærer på skolen her, det anser jeg som kjempeviktig, for ellers føler jeg at jeg ikke kunne fått gjort en så god jobb. Det ville jo vært veldig vanskelig for meg å sitte her på min lille tue og hjulpet elever uten at jeg hadde hatt det samarbeidet med skolen, for å få til noen endringer så er jeg helt nødt til å spille på lag med skolen. Så det føler jeg er kjempeviktig.

Samarbeidet med lærer kunne også være formalisert ved at skolen meldte sine bekymringer til rådgiver som formidlet det videre til helsesøster. Dette ble fra helsesøsters side opplevd som lite hensiktsmessig, fordi det også kunne oppstå rolleforvirring; hva var skolehelsetjenestens oppgave kontra rådgivers?

Felles fokus på psykisk helse

Helsesøstrene opplevde en tydelig sammenheng mellom elevenes psykiske helse og deres evne til læring. Det handlet både om deres eget forhold til elever som kunne streve, og om en forståelse for at vanskelige tanker forstyrret læringen.

Jeg har nok veldig sjela mi med disse elevene som ikke har det greit, som på et eller annet hvis, enten det handler om hjemmeforhold eller ting på skolen eller bare ikke helt har knekt koden og blir stående på sidelinja og er litt for seg sjøl. Noen ganger er det ikke så store tingene som skal til kanskje, men at de har noen som ser dem, noen som tar seg litt tid. Det behøver ikke være meg. Noen lærere, hvis de får noen tilleggsopplysninger kan det være nok til at de tar litt ekstra hensyn.

Vanskelige hjemmeforhold med samlivsbrudd ble problematisert som en årsak til at elevene kunne bli urolige og ha konsentrasjonsvansker. Det kunne bli ekstra belastende for elevene dersom slike hendelser falt sammen med overgang til videregående skole, som i seg selv kan være en utfordring.

Helsesøstrene anså det som viktig at lærere fikk informasjon om elever som hadde problemer:

(...) Selv om de kan komme til meg å bømte ut av seg om foreldre og alt mulig, så er det noe med at det å føle at det er en voksen i klasserommet som er der som vet litt om hva som foregår. Det har jeg mye tro på.

Det kunne være en balansegang å ivareta taushetsplikten i forhold til elevene, samtidig som skolen ville tilrettelegge for elevene når de visste. Taushetsplikten ble formidlet til elevene, samtidig som helsesøstrene avklarte med dem hva som kunne formidles til skolen. Erfaringsmessig var lærere flinke til å sette i verk tiltak som dempet stresset for utsatte elever, som en hjelp til å mestre skolehverdagen.

De anså det som viktig at lærerne hadde kunnskap om psykisk helse, ikke minst for å kunne oppdage om noen strevde med psykiske utfordringer. De hadde opplevd at noen lærere hadde kunnskap som de anvendte for at elevene i større grad skulle trives og gjøre det bra på skolen.

Helsesøstrene erfarte at rektor hadde stor betydning i forhold til hvordan psykisk helse ble prioritert, enten knyttet opp mot et forebyggingsperspektiv eller «brannslukking»: «Hun er kanskje litt mer på at vi skal jobbe der hvor det brenner istedenfor å tenke forebyggende (...)». Det var stor variasjon i forhold til hvordan skolehelsetjenesten og fokuset på psykisk helse ble prioritert i skolen. En erfaring etter implementering av prosjektet Psykisk helse i Oslo skolen (PshiOsk) var at skolehelsetjenesten i større grad ble tatt inn i skolens planarbeid. Skolehelsetjenesten var blitt mer synlig, noe som førte til større åpenhet i forhold til tverrfaglig samarbeid.

Én hadde erfart at skolehelsetjenesten i større grad ble invitert inn i hele klasser, både gjennom samarbeidet ved gjennomføringen av VIP (Veiledning og informasjon om psykisk helse) og i forhold til å kunne bistå gjennom generell informasjon om skolehelsetjenestens tilbud.

Noe som ble trukket fram med bakgrunn i PshiOsk, var større forståelse for jobben de gjorde i forhold til elever som strevde med et eller annet: «Jeg får mer henvendelser fra lærerne, de har fått en større bevissthet, kanskje ha blikket for de elevene som ikke har det så greit.»

Noen problematiserte at sykeliggjøring av normale følelser kunne bli en mulig konsekvens av at lærerne ble kurset om psykisk helse:

(...) jeg tenker at noen blir overivrige og blir litt småpsykologer og har lært noe om diagnoser (...) er det nødvendig? (...) vi snakker en del om sykeliggjøring, hva skal vi tåle, hva skal vi lære barna våre til å tåle.

De fremhevet at det måtte være en balansegang mellom hva som er normal motstand unge trenger for å vokse opp i livet, og hva som kan være symptomer på utvikling av en dårlig psykisk helse. En erfaring var at lærerne hadde fått større oppmerksomhet på symptomer på det ikke å ha det bra. Det kunne være i sammenheng med fravær, dårlig konsentrasjon og plutselig endringer i forhold til tidligere faginteresse.

Diskusjon

Sentrale funn i studien viser at helsesøstrene mente de hadde en viktig oppgave knyttet til å fremme elevenes psykiske helse. De opplevde imidlertid å være i en «skvis» når de skulle fylle rollen som helsesøster. Det var utfordrende å finne tilhørighet og plass i skolen både sosialt og faglig. De skulle være synlige på skolen for andre ansatte, og samtidig være et lavterskeltilbud som krevde tilgjengelighet for elever som banket på døra.

Helsesøstrene arbeidet primærforebyggende og helsefremmende med tanke på elevenes psykiske helse ved å samarbeide med lærere på klassenivå. Med bakgrunn i det salutogene perspektivet kan psykisk helse forstås som å være i stand til å takle usikkerhet og kaos når livet oppleves vanskelig. Sosiologen Aron Antonovsky utviklet en modell som systematisk utforsket hva som fører til god helse, kjent under navnet salutogenese (Lindström og Eriksson 2015). Det salutogene perspektivet handler om å opprettholde livsevnen tross usikkerhet og kaos, og kan være en hensiktsmessig tilnærming for å takle utfordringer i en sårbar ungdomstid. En av intensjonene med PshiOsk (Psykisk helse i OSLOskolene) er at alle skolene skal ha en tverrfaglig møtearena for psykisk helse som et bidrag i det forebyggende arbeidet. Det ble imidlertid påpekt at hvordan psykisk helse ble jobbet med og prioritert på skolen, var avhengig av rektors holdning. I studien til Reuterswärd og Lagerström (2010) var et viktig

funn at helsesøstrene hadde behov for støtte av rektor for å kunne jobbe helsefremmende i skolen. Helsesøstrene så betydningen av at lærere hadde kunnskap om psykisk helse, og at kunnskapen ble anvendt for å øke trivselen hos elevene. En helsesøster refererte til at hun som ledd i programmet VIP (Veiledning og informasjon om psykisk helse) ble invitert inn i skoleklasser og hadde undervisning om ungdom og psykisk helse. Hun var også i den posisjonen at hun i begynnelsen av skoleåret fikk komme inn i klassene for å informere om skolehelsetjenesten. Deltagelse i klasserommet kan være viktig for å synliggjøre helsesøsters arbeid, og hvordan de kan være en ressurs for elever og lærere. Men det kan, slik Dolonen (2013) hevdet, også skapes forventninger hos ungdommen som helsesøster ikke makter å innfri. I studien til Clancy og Svensson (2009) ble det påpekt at helsesøstre burde bli mer synlige. Hvor synlig helsesøster skal være i skolen har sammenheng med vektlegging av det helsefremmende perspektivet. Fokuset på helsefremmende arbeid i Ottawacharteret (1986), har hatt innflytelse på hvordan helsesøsterrollen har endret seg. Helsesøsters rolle som ekspert er tonet ned til fordel for en som veileder og henviser fortrinnsvis barn og unge. Det er imidlertid vanskelig å måle resultat av helsefremmende arbeid. Clancy (2007) har stilt spørsmål om det kan være bakgrunnen for opplevelse av «usynlighet» i rollen som helsesøster.

Som ledd i å fremme psykisk helse hos elevene, drev de ulike former for grupper, blant annet ble gruppe for «de stille barna» nevnt i den sammenheng. Disse barna kan trenge støtte og være utsatt for sosial utestenging, slik studien til Kvarme (2011) viste. Det kan likevel se ut som om det helsefremmende perspektivet og primærforebygging ofte blir nedprioritert i forhold til sekundærforebygging hvor diagnose og behandling får størst fokus. I studien til Hjälmhult et al. (2002) blir det vist til en undersøkelse hvor mesteparten av tiden til helsesøster gikk til enkeltsaker. Dette samsvarer med funn fra Rapport om helsestasjons- og skolehelsetjenesten fra 2015 som sier at satsningen har vært minst innenfor helsefremmende og primærforebyggende arbeid, og størst innenfor diagnose, behandling og rehabilitering (Waldum-Grevbo 2015). Det stemmer imidlertid lite overens med dagens retningslinjer for skolehelsetjenesten, hvor individrettet arbeid og helseundersøkelser nedtones fremfor helsefremmende og primærforebyggende arbeid.

Respondentene la vekt på at helsesøstertjenesten skulle være et lavterskeltilbud, og i likhet med funn i studiene til Hjälmhult et al. (2002) og Waldum-Grevbo (2015) handlet mye av arbeidet til helsesøstrene om «brannslukking». De hadde en viktig funksjon overfor enkeltelever med problemer, og ønsket å ivareta en «åpen dør» for elevene. I en undersøkelse blant helsesøstre i Norge, ble det bekreftet at helsesøstre har for lite tid til forebyggende arbeid, og at de må avvise elever som kommer og banker på, fordi de allerede har fulle lister (Dolonen 2013). I følge Waldum-Grevbo og Haugland (2015) er ikke skolehelsetjenesten

bemannet med tilstrekkelig antall helsesøstre i forhold til Helsedirektoratets norm for dekning. Vår studie viste at hvor synlig den åpne døren var for elevene, var også avhengig av hvor helsesøsters kontor var lokalisert i skolen. En plassering nærmere administrasjonen hadde eksempelvis ført til flere henvendelser. En konsekvens av en sentral lokalisering av skolehelsetjenesten kan imidlertid føre til at det blir synlig for flere hvem som oppsøker helsesøster, som kan være utfordrende for noen elever. Langaard (2006) hevdet imidlertid at det er forbundet med lite stigma å oppsøke helsesøster, fordi dette er et tilbud til alle elever. Samtidig ble elevenes ønske om konfidensialitet problematisert i studien. Det ble stilt spørsmål om hjelp i ungdommenes skolemiljø kan innebære en mindre grad av konfidensialitet enn om hjelpen gis i en kontekst utenfor skolen? I en studie av Gallefoss (2009) uttrykte en helsesøster at helsesøsters plassering i skolen var viktig med tanke på tilgjengelighet. Mye tyder på at hvordan plassering av helsesøsters kontor påvirker elevenes hjelpsøking, bør utforskes videre.

Taushetsplikten og at helsesøster representerer en utenforstående med helsefaglig bakgrunn, kan være en faktor som gjør at elevene bruker helsesøster som samtalepartner. De fremhevet sammenhengen mellom læring og elevenes psykiske helse, og at de hadde ansvar for å informere lærere hvis elever hadde problemer, som kan forbindes med patogenese (Lindström og Eriksson 2015). Respondentene var opptatt av å avklare overfor elevene hvordan taushetsplikten ble ivaretatt, for at skolen skulle ha mulighet til å iverksette tiltak overfor de som trengte det. Helsesøster oppfattes å stå i en særstilling sammenliknet med øvrig personale i skolen om hva ungdom ønsker å snakke om (Langaard 2006). Taushetsplikten kan gjøre det lettere for elevene å ta opp mer utfordrende tematikk, uten at dette synliggjøres for lærer og andre elever. Skolehelsetjenesten kan oppleves som et fristed hvor elever også kan lufte spørsmål knyttet til psykisk helse. Som studien til Langaard (2006) viste, kan det være lavere barrierer for å kontakte helsesøster enn primærhelsetjenesten, i denne sammenheng fastlegen.

Slik funn i vår studie indikerer kan skole og skolehelsetjeneste som to forskjellige etater by på utfordringer med tanke på samarbeid. Både helsesøstre og lærere er profesjoner som tradisjonelt arbeider mye alene med ansvar for hver sine områder, noe som i seg selv kan være et hinder for samarbeid (Langaard, Toverud og Olaisen 2014). Helsesøstre i studien la imidlertid vekt på samarbeid med lærere, ikke minst når det gjaldt å fremme elevens psykiske helse. I tillegg er skolehelsetjenesten pålagt å samarbeide med lærere (Sosial- og helsedirektoratet 2003). En utfordring kan være at lærerne ikke har denne forpliktelsen, men samtidig vil læreren gjennom sitt arbeid møte utfordringer som krever samarbeid med andre, både i og utenfor skolen (Larsen og Christiansen 2015). Det fremgikk at det kunne innebære et møysommelig arbeid

å ”komme inn i skolen”, og bli akseptert som samarbeidspartner. Organiseringen førte til at man som helsesøster fikk en opplevelse av å være på en annens arena, alene blant mange lærere. Det var likevel usikkert om en organisering av skolehelsetjenesten inn i skolen var mest hensiktsmessig. Helsesøster hadde sitt eget fag som skulle ivaretas noe som kanskje kunne blitt truet. Likevel så de det primært som eget ansvar å definere sin plass i skolen. Lærerværelset ble ansett som en viktig arena for å knytte kontakt med lærere, men tiden helsesøster hadde vært ansatt hadde også betydning for hvilken plass man opplevde å ha i skolen. Selv om det ble opplevd som krevende, hadde de en felles oppfatning av at det var viktig ikke å «mure» seg inne på kontoret. Som Misvær (2009) hevder, må helsesøstre være aktive på tilbudssiden. Dette fremheves også i en studie som undersøkte hvordan helsesøsters arbeid ble oppfattet av lærere, rektorer og foreldre. Et viktig funn var at helsesøstre som var aktive og prøvde å finne seg en plass blant de ansatte i skolen, ble høyere verdsatt og respektert enn helsesøstre som ble sittende på sine kontor (Maugham og Adams 2011). Med bakgrunn i egne funn, kan det være en prosess som krever både tid og pågangsmot. En effekt ved skoler hvor PshiOsk ble implementert, var at helsesøstrene opplevde at de i større grad ble trukket med i planlegging av skoleåret. Viktigheten av at helsesøster ble inkludert i skolens program, planer og aktiviteter, var også et viktig funn i studien til Hjälmhult et al. (2002).

De formaliserte møtene helsesøstrene deltok på var gjerne med rådgiver og/eller leder for kontaktlærerne på de forskjellige klassetrinn. Møtene med kontaktlærerne var uformelle, men ble tillagt stor verdi. De ulike samarbeidsformene bidro til å øke forståelsen for innholdet i helsesøsters rolle og funksjon, og var viktig for å bli inkludert i skolen. Funn viste imidlertid at helsesøstrene refererte til tidspress med utfordrende prioriteringer, noe som kunne begrense samarbeidet med lærerne. For å lykkes med tverrfaglighet er kjennskap, respekt og forståelse for hverandres profesjon en forutsetning (Samdal 2009). Det ble i studien påpekt av en respondent at når de opplevde forståelse for den jobben de gjorde, ga det en form for anerkjennelse som også kan øke synligheten til helsesøster. Godt tverrfaglig samarbeid er avhengig av at eget fagområde er tydelig. Lindström og Eriksson (2015) hevder i sin bok at årsaken til at tverrfaglig arbeid ofte feiler, er at man ikke kjenner hverandres bakgrunn og stilling som gjør det vanskelig å forstå hverandre. Skal skole og skolehelsetjeneste kunne oppnå et vellykket samarbeid, må det tilrettelegges for det. Det er viktig at skolen inkluderer helsesøster, og at helsesøster er tilgjengelig (Samdal 2009). Et uformelt samarbeid er sårbart. Det er gjerne en form for samarbeid som etableres uten påtrykk fra ledelsen, men med bakgrunn i personlig engasjement. Engasjement fra ledelsen trekkes fram som en forutsetning for å utvikle et godt tverrfaglig samarbeid, og et av suksesskriteriene er at samarbeidssystemet er forankret i organisasjonen (Glavin og Erdal 2013).

Konklusjon

Studien har vist at helsesøstrene i skolehelsetjenesten opplever at de har en viktig oppgave i forhold til å fremme elevenes psykiske helse. Selv om de ser på seg selv og lærere som ressurspersoner for elevene og deres psykiske helseutvikling, opplevde de utfordringer knyttet til dette arbeidet. De fremhevet betydningen av å etablere seg som en synlig samarbeidspartner for lærere, samtidig som de ønsket å være et lavterskeltilbud for elevene. Det skapte et spenningsforhold hvor rammefaktorer som lite tid og plasseringen av helsesøsters kontor spilte en rolle. De ga uttrykk for lite formalisert samarbeid mellom helsesøstre og lærere. Mye av arbeidet med elevenes psykisk helse ble «brannslukking», mens de i større grad ønsket å vektlegge helsefremmende og primærforebyggende arbeid på klasse- og gruppenivå. Videre studier bør utforske hvilke faktorer som fremmer samarbeidet mellom skolehelsetjenesten og skolen som ledd i å fremme elevenes psykiske helse.

Litteratur

- Andersson, H.W., Ose, S.O. og Norvoll, R. (2006). Helsesøsters kompetanse. Rapport. SINTEF Helse. Oslo/Trondheim.
- Clancy, A. (2007). A profession under threat? An exploratory case study of changes in Norwegian public health nursing. *International Nursing Review* 54, 197-203. doi:10.1111/j.1466-7657.2007.00519.x
- Clancy, A. og Svensson, T. (2009). Perceptions of Public Health Nursing Practice by Municipal Health Officials in Norway. *Public Health Nursing*, 26 (5), 412-420. doi:10.1111/j.1525-1446.2009.00799.x
- Dolonen, K.A. (2013). Avviser gråtende barn i døra. *Sykepleien*, 2, 20-23.
- Gallefoss, L.J. (2010). «..litt mer frem med brystkassa for helsesøstre og den jobben de gjør» Psykisk helsearbeid i skolen: Læreres beskrivelser og erfaringer omkring helsesøsters rolle og funksjon. (Masteroppgave). Universitetet i Agder.
- Glavin, K. og Erdal, B. (2013). Tverrfaglig samarbeid i praksis. Til beste for barn og unge i Kommune-Norge. Oslo: Kommuneforlaget AS.
- Haugland, S. og Grimsmo, A. (2009). Skolehelsetjenesten i et samfunnsperspektiv. I S. Haugland og N. Misvær (red.). *Håndbok for skolehelsetjenesten*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Helsedirektoratet (2010). Utviklingsstrategi for helsestasjons- og skolehelsetjenesten. (Rapport IS – 1798/2010).
- Hjälmhult, E., Wold, B. og Samdal, O. (2002). Skolehelsetjenesten og helsefremmende arbeid: Samarbeid mellom helsesøstre og lærere ved de norske skolene i «Europeisk nettverk av Helsefremmende skoler». *Vård i Norden*, 22 (63), 42-46. doi:10.1177/010740830202200108
- Holte, A. (2012). Ti prinsipper for forebygging av psykiske lidelser. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 49 (7), 693-695.
- Kvarme, L. G. (2011). Promotion of self-efficacy and health-related quality of life in socially vulnerable school children: the role of school nurse.

- Dissertation for the degree of philosophia doctor (PhD), University of Bergen.
- Kvale, S. og Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Langaard, K., Toverud, R. og Olaisen, K. (2014). Developing practice in school health services. Aiming towards equality in a multidisciplinary team. *Nordisk sykepleierforskning*. 1 (4), 28-42.
- Langaard, K. (2006). Ungdom, psykisk helse og profesjonell hjelp. *Tidsskrift for ungdomsforskning*, 6 (2), 25-40.
- Larsen, M.H. og Christiansen, B. (2015). Hvordan bidrar lærere til å fremme elevens psykiske helse? *Tidsskriftet FoU i praksis*, 9 (1), 133-150.
- Lindström, B. og Eriksson, M. (2015). Haikerens guide til salutogenese. Helsefremmende arbeid i et salutogent perspektiv. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Major, E.F. (red.) (2011). Bedre føre var... Psykisk helse: Helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger. (Rapport 1). Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Mathiesen, K.S. (2009). Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv. Rapport 8. Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Maughan, E. og Adams, R. (2011). Educators' and Parents' Perception of What School Nurses Do: The Influence of School Nurse/Student Ratios. *The Journal of School Nursing*. 27 (5); 355-363. doi:10.1177/1059840511416368
- Misvær, N. (2009). Helseopplysning og læreplaner. I S. Haugland og N. Misvær (red.). *Håndbok for skolehelsetjenesten*. Oslo: Kommuneforlaget.
- NOVA (2015). Ungdata. Nasjonale resultater 2014. NOVA Rapport 7/15. Oslo: NOVA.
- Reuterswärd, M. og Lagerström, M. (2010). The aspects school health nurses find important for successful health promotion. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 24, 156-163. doi:10.1111/j.1471-6712.2009.00699.x
- Samdal, O. (2009). Trivsels- og helsefremmende arbeid. I S. Haugland og N. Misvær (red.). *Håndbok for skolehelsetjenesten*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Skotheim, S., Eng, H. og Undheim, A.M. (2014). Forebyggende tiltak i forhold til barn og unges psykiske helse som kan benyttes av skolehelsetjenesten – eller hvor skolehelsetjenesten er en viktig samarbeidspartner for skolene. Oppdrag fra Helsedirektoratet.
- Sosial- og helsedirektoratet (2003). Kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Veileder til forskrift av 3. april 2003 nr. 450.
- Stephan, S.H. og Connors, E.H. (2013). School nurses' perceived prevalence and competence to address student mental health problems. *Advances in School Mental Health Promotion*. 6 (2), 174-188. doi:10.1080/1754730X.2013.808889
- St.meld. nr. 47 (2008-2009). Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid. Oslo: Det kongelige helsedepartement.

- Waldum-Grevbo, K.S.(2015). Trygg, tydelig og tilgjengelig – rapport om helsestasjon- og skolehelsetjenesten. Landsgruppen av helsesøstre NSF
- Waldum-Grevbo, K.S. og Haugland, T. (2015). Hvor er helsesøster? En kartlegging av helsesøsterbemanningen i skolehelsetjenesten. *Sykepleien Forskning*. 10 (4), 352-360. doi:10.4220/sykepleienf.2015.55977.