

# Helsesykepleieres erfaringer med det universalforebyggende programmet Livet&Sånn i barneskolen

Kari Blindheim, Lindis Kathrine Helberget og Berit Misund Dahl

*Kari Blindheim, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU) Ålesund.*

[kari.blindheim@ntnu.no](mailto:kari.blindheim@ntnu.no)

*Lindis Kathrine Helberget, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU) Ålesund.*

*Berit Misund Dahl, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU) Ålesund.*

## Sammendrag

*Det har vært en økning i psykiske helseplager blant barn og unge. Å lære barn og unge strategier som fremmer psykisk helse og forebygger psykiske helseplager kan fremme livsmestring. Hensikten med denne studien er å utforske helsesykepleieres erfaringer med det universalforebyggende programmet Livet&Sånn anvendt overfor norske elever i barneskolen. Livet&Sånn søker å fremme den psykiske helsen til barn og unge, gjennom å gi elevene kunnskap om psykisk helse, og lære de mestringsstrategier. Et kvalitativt design med en fokusgruppe og individuelle intervju ble gjennomført med ti helsesykepleiere. Intervjuene ble analysert ved bruk av tematisk analyse. Resultatene viser at bruken av programmet Livet&Sånn kan fremmes ved en tydeliggjøring av rollene i samarbeidet mellom helsesykepleier og lærer, samt en tydeligere ledelsesforankring. Programmet kan bidra til en vridning fra individ- til gruppetilnærming og til normalisering av følelser og psykiske plager hos elevene. Gjennom Livet&Sånn kan helsesykepleierne nå ut til flere barn med psykisk helsefremmende arbeid.*

## Nøkkelord

*Barn, helsefremmende arbeid, helsesykepleier, kvalitativ studie, skoleprogram*

## Fagfelleurdert artikkel

<https://doi.org/10.7557/14.8140>

© Forfatter(n). Denne artikkelen er lisensiert under en [Creative Commons Navngivelse 4.0 Internasjonal](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/) lisens.

## Bakgrunn

I Norge, som i resten av den vestlige verden har det vært en økning i psykiske plager blant barn og unge (Bråten et al., 2023). Økningen kan ha stor betydning for den enkelte og for samfunnet, da den psykiske helsen har stor påvirkning på menneskers liv (World Health Organization, 2021). Psykiske plager beskrives som nedstemthet, uro og engstelse, og kan sees på som vanlige variasjoner, ofte knyttet til hendelser og erfaringer, mens psykiske lidelser kjennetegnes av at symptombelastningen blir stor, varer over tid og oppfyller diagnosekriterier (Folkehelseinstituttet, 2024). Helseesykepleierne erfarer at de fleste barn og unge har det bra, men en økende andel sliter med angst, depresjon, og lavt selvbilde (Flodin et al., 2024). Det er behov for å sette inn mer ressurser på forebygging av psykiske plager i grunnskolen for å redusere psykiske plager og lidelser i ungdomsalderen (Skundberg-Kletthagen & Moen, 2017).

Det norske universalforebyggende skoleprogrammet Livet&Sånn har som målsetning å fremme den psykiske helsen til barn og unge, gjennom å gi de kunnskap om psykisk helse, og lære de mestringsstrategier de kan bruke i hverdagen, samt å fremme inkludering og hindre utenforskap (Livet&Sånn, uå; PROBA samfunnsanalyse, 2025). Ved å styrke barn og unge sin helsekompetanse gjennom helseinformasjon, gis de mulighet til å forstå og benytte kunnskapen som er tilgjengelig for å gjøre gode helsevalg (Fleary et al., 2018). Helsekompetanse handler om en persons evne til å finne, forstå, vurdere og anvende helseinformasjon og bruke den til å til å fremme og opprettholde en god helse (World Health Organization, 2021). Helsefremmende atferd kan sees i sammenheng med Antonovskys teori om salutogenese, som setter søkelyset på hva som fremmer god helse. Sentralt i teorien er utvikling av den enkelte sine generelle motstandsressurser og evnen til å mestre stressfylte situasjoner. Antonovsky introduserer begrepet opplevelse av sammenheng (OAS), for å forklare at mennesker kan oppnå god helse ved å oppleve livet som begripelig, håndterbart og meningsfullt (Antonovsky, 1996, 2012).

Helseesykepleiere i kommunehelsetjenesten arbeider helsefremmende, forebyggende og endringsfokusert på individ-, gruppe-, system- og samfunnsnivå. I skolehelsetjenesten skal helseesykepleier bidra til å fremme psykisk og fysisk helse, fremme gode sosiale og miljømessige forhold og forebygge sykdom og skader (Helsedirektoratet, 2017). Helseesykepleierne er avhengig av tett kontakt og samarbeid med skolen (Granrud et al., 2019). Forskning viser at helseesykepleiere i skolehelsetjenesten bruker tiden sin på individuell oppfølging fremfor universelle helsefremmende og forebyggende tiltak (Calvillo et al., 2025; Dahl, 2018; Flodin et al., 2024; Hustad et al., 2025).

En effektstudie av universelle skolebaserte psykososiale tiltak for å fremme psykisk helse hos barn og unge, rapporterte om nøytral til liten effekt (Mackenzie & Williams, 2018). Universelle psykiske helsetiltak i skolen kan være utfordrende for sårbare elever og potensielt være negative (Foulkes et al., 2025), men samtidig kan program som styrker sosial og emosjonell læring i skolen være viktig for å fremme elevenes sosiale og emosjonelle kompetanse (Lawson et al., 2019). Bruk av visuelle metoder, som tegning, spill og film i det helsefremmende arbeidet på skolen kan gi elevene en mer aktiv rolle i å fremme egen helse, men det er viktig for helsesykepleierne at metodene ikke kommer i konflikt med relasjonsbyggingen og dialogen med elevene (Laholt et al., 2017). Helsesykepleiers helsefremmende arbeid gjennom ulike gruppeaktiviteter i klasserommet øker elevenes kunnskap om psykisk helse og kan sette de i stand til å ta en mer aktiv rolle angående egen psykiske helse (Flodin et al., 2024). En annen tilnærming i skolehelsetjenesten er helsedialogen, som helsesykepleierne opplever som god for å få kontakt med enkeltelever og for å identifisere elever med behov for tettere oppfølging (Kostenius & Lundqvist, 2021; Reuterswärd & Hylander, 2017).

For å kunne styrke barn og unges psykiske helse må helsesykepleierne ha kunnskap og ferdigheter om ulike helseintervensjoner og om vurdering av psykisk helse, samt få tilstrekkelig støtte og veiledning (Markkanen et al., 2021). Helsesykepleierne har behov for mer kompetanse om barn og unges psykiske utvikling og generelle psykiske plager (Anttila et al., 2020; Doi et al., 2018). Mangel på opplæring om ulike intervensjoner rettet mot psykisk helse, og mangel på tid og ressurser, medfører at helsesykepleierne ikke får utnyttet sitt potensiale og føler seg usikre (Flodin et al., 2024; Markkanen et al., 2021). Konsekvensen kan være at det bare er de viktigste oppgavene som blir gjennomført (Doi et al., 2018; Helleve et al., 2022; Hoekstra et al., 2016; Reuterswärd & Hylander, 2017).

Helsesykepleierne etterlyser et bedre samarbeid med skole, psykolog og fastlege (Skundberg-Kletthagen & Moen, 2017). Et manglende eller dårlig samarbeid med skolen gjør det helsefremmende arbeidet utfordrende for helsesykepleierne. De er avhengige av støtte fra rektor, at lærerne ønsker å samarbeide (Flodin et al., 2024; Hoekstra et al., 2016; Reuterswärd & Hylander, 2017), og at helsesykepleiernes kompetanse blir anerkjent (Dahl & Crawford, 2018). Det tverrfaglige samarbeidet på skolen er mer avhengig av personlige relasjoner enn av profesjon og blir påvirket av at helsesykepleierne har taushetsplikt, noe helsesykepleierne mener kan løses ved å hente inn samtykke fra foreldrene (Reuterswärd & Hylander, 2017).

### ***Programmet Livet&Sånn***

Det universalforebyggende programmet Livet&Sånn (heretter kalt programmet) er et digitalt opplæringsmaterieell utviklet av Ålesund kommune (Livet&Sånn, uå). Programmet ligger tilgjengelig på internett, og kan benyttes kostnadsfritt. Programmet ble startet opp på barneskolene i 2020 og senere videreutviklet for ungdomsskole og barnehage. Det består av en nettside og en You Tube -kanal og

innholdet er nært koblet til målene i skolens læreplan i temaet «folkehelse og livsmestring». Målsetningen til programmet er å fremme barn og unges psykiske helse, gjennom å gi de kunnskap om relevante tema innenfor psykisk helse, og lære de mestringsstrategier som kan brukes i hverdagen, herunder å fremme inkludering og hindre utenforskap (Livet&Sånn, uå; PROBA samfunnsanalyse, 2025). Programmet har ingen klar teoretisk forankring, men er strukturert med ett tema for hver måned gjennom skoleåret for de ulike klassetrinn. Temaområder er: Trygg, venner, kropp, tanker, familie, mangfold, vondt og vanskelig, nettet, takknemmelighet og aktivitet. Lærer eller helsesykepleier vil ha ansvar for gjennomføringen (PROBA samfunnsanalyse, 2025). Innholdet i programmet er utformet i samarbeid med skolehelsetjenesten, tverrfaglig pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT) og familiestøttende tjeneste (Livet&Sånn, uå) og det pågår en evaluering av programmet (PROBA samfunnsanalyse, 2025). Det er ikke tidligere publisert studier om helsesykepleieres erfaringer med Livet&Sånn.

Hensikten med denne studien er å utforske helsesykepleieres erfaringer med det universalforebyggende programmet Livet&Sånn anvendt overfor norske elever i barneskolen. Studien kan gi innsikt i hvordan programmet benyttes og erfares av helsesykepleiere i skolehelsetjenesten. Kunnskapen kan være nyttig for ansatte i skolehelsetjenesten og skolen når de skal planlegge det helsefremmende og forebyggende arbeidet overfor elevene. Studiens forskningsspørsmål er: Hvordan erfarer helsesykepleiere det universalforebyggende programmet Livet&Sånn i barneskolen.

## **Metode**

### ***Design***

Studien har et kvalitativt design, med en hermeneutisk tilnærming (Kvale & Brinkmann, 2015). Den hermeneutiske tilnærmingen medfører en bevissthet om egen forforståelse av fenomenet, og en tolkning for å forstå delvis ubevisste meninger i helsesykepleiernes erfaringer (Gadamer, 1976). I tråd med Gadamer (1976) sin hermeneutiske sirkel kretset tolkningen seg om stadig ny forståelse av delene og hele konteksten av helsesykepleiernes erfaringer med programmet Livet&Sånn. Det ble benyttet både fokusgruppe- og individuelle intervju. Ifølge Kvale og Brinkmann (2015) blir fokusgrupper og individuelle intervju ansett som gode metoder for å belyse erfaringer. Fokusgruppeintervju kan få frem den gruppedynamiske interaksjonsprosessen. Individuelle intervju gir en mulighet for å gå i dybden og få mer nyanserte fortellinger.

### ***Utvalg og rekruttering***

Det ble gjennomført et strategisk utvalg av helsesykepleiere (Kvale & Brinkmann, 2015). Inklusjonskriterier var at de var utdannet helsesykepleier og hadde erfaring med programmet Livet&Sånn overfor elever på barneskolen. Deltagerne ble

rekruttert gjennom en skriftlig forespørsel til lederne av helsesykepleiertjenesten i kommuner hvor programmet var benyttet i barneskolen. Aktuelle skoler ble identifisert gjennom en helsesykepleier som var med på utviklingen av programmet. Lederne ble anmodet om å informere helsesykepleierne om studien, med beskjed om at de som oppfylte inklusjonskriteriene og ønsket å delta, kunne ta direkte kontakt med førsteforfatter for å gjøre avtale om intervju. Det var planlagt tre fokusgruppeintervju, men det viste seg krevende å rekruttere nok deltagere til fokusgrupper. Det ble derfor supplert med individuelle intervju. Det ble gjennomført ett fokusgruppeintervju, og syv individuelle intervju, av totalt 10 helsesykepleiere som arbeidet på 13 ulike barneskoler i Midt-Norge. Deltagerne hadde fra 2- 30 års arbeidserfaring som helsesykepleiere i skolehelsetjenesten, med et gjennomsnitt på 10 år. Aldersspennet var fra 36-61 år og alle var kvinner.

### ***Datainnsamling***

En semistrukturert intervjuguide ble utviklet av forfatterne i forkant av intervjuene (Kvale & Brinkmann, 2015). Den bestod av åpne spørsmål som: kan du fortelle om dine erfaringer med bruk av Livet&Sånn, hvordan samarbeider du med lærer om bruken av programmet, hva er viktig for deg for å bruke programmet, er det noe du vil trekke frem som spesielt nyttig i programmet, og kan du si noe om hva som opplevdes utfordrende ved bruk av programmet. Fokusgruppeintervjuet ble gjennomført av første og andreforfatter og de øvrige intervjuene ble gjennomført av førsteforfatter i løpet av 2022-2023. Fokusgruppeintervjuet og tre individuelle intervju ble gjennomført på deltagerens arbeidsplass, et intervju ble utført på Teams og de resterende på universitetet avhengig av hva som passet best for deltagerne. Intervjuene varte mellom 35- 95 minutter. Intervjuene ble tatt opp med lydopptager og transkribert ordrett av førsteforfatter.

### ***Analyse***

Dataene ble analysert ved bruk av Braun og Clarke (2022) sin refleksive tematiske analyse, som omfatter seks faser. Analysen innebar å beskrive helsesykepleiernes erfaringer i tillegg til å tolke utsagnene for å finne den underliggende meningen i teksten. 1) Den transkriberte teksten ble først lest av alle forfatterne for å få en helhetsforståelse av innholdet. 2) I fase to ble hele datasettet kodet. 3) Kodene ble sortert og potensielle foreløpige tema ble identifisert og satt opp i et tankekart av førsteforfatter, før forfatterne kom sammen og gikk kritisk gjennom de foreløpige temaene. Den videre analysen ble gjennomført i fellesskap av alle forfatterne. 4) De foreløpige temaene ble sett opp mot de kodede dataene og hele datasettet for å verifisere at de var dekkende og svarte ut forskningsspørsmålet. 5) De foreløpige temaene ble videreutviklet til tre tema med tilhørende seks subtema som fikk informative navn (Tabell 1). 6) Resultatdelen i artikkelen ble skrevet av førsteforfatter i samarbeid med de andre forfatterne. Analysen var en frem og tilbake prosess mellom de ulike fasene, og tankekartet bidro til å gi en oversikt og en støtte i den fortolkende prosessen. Den tematiske analysen var induktiv og koder

og tema ble utviklet fra datamaterialet. Refleksiviteten ble ivaretatt ved kritiske refleksjoner og diskusjoner mellom forfatterne underveis og en samtidig bevissthet for vår forforståelse (Braun & Clarke, 2022).

**Tabell 1: Oversikt over subtema og tema**

<b>Subtema</b>	<b>Tema</b>
Utvikling av samarbeid med lærer	Tydeliggjøring av roller i samarbeidet
Behov for rolleavklaring	
Fra individrettet arbeid til universalforebygging	Fra individ til gruppe: Normalisering av psykiske plager i helsefremmende og universalforebyggende arbeid
Normalisering av følelser og psykiske plager	
Behov for føringer for bruk av programmet	Tydelig ledelsesforankring fremmer bruken av programmet
Tilrettelegge for kompetanseheving	

## **Etisk vurdering**

Studien ble godkjent av Kunnskapssektorens tjenesteleverandør- Sikt med referansenummer 518113. Forskningsetiske retningslinjer ble fulgt i henhold til Helsinkideklarasjonen (World Medical Association, 2023). Deltagerne mottok skriftlig og muntlig informasjon om studien og at det ville bli gjort lydopptak av intervjuene som ville slettes etter transkribering, og at de kunne trekke seg underveis uten konsekvenser. Skriftlig samtykke ble innhentet. Intervjudataene ble sikkert oppbevart på universitetets forskningsserver, og konfidensialitet til informantene ble ivaretatt gjennom hele prosessen.

## **Resultat**

Gjennom analysen ble tre tema utviklet. 1) Tydeliggjøring av roller i samarbeidet 2) Fra individ til gruppe: Normalisering av psykiske plager i helsefremmende og universalforebyggende arbeid 3) Tydelig ledelsesforankring fremmer bruken av programmet.

### ***Tydeliggjøring av roller i samarbeidet***

Det var stor variasjon på i hvilken grad skolen benyttet programmet, og om helsesykepleierne hadde en medvirkende rolle eller ikke. Helsesykepleierne ønsket å utvikle et samarbeid med lærerne om programmet. De mente det var viktig å tilby seg å være med på undervisningen og de ulike aktivitetene, herunder løsning av oppgaver, øvelser og refleksjoner med elevene etter undervisningen. Flere av helsesykepleierne erfarte at de gjennom bruken av programmet fikk et bedre

samarbeid med lærerne, de hadde faste avtaler og planla hvordan de best kunne fordele arbeidet. Samtidig erfarte helsesykepleierne at samarbeidet med skolen og lærerne om programmet var personavhengig og kunne være krevende, og det var ikke en selvfølge at de kom i posisjon til å bidra med undervisning i programmet: *«En må selv ta kontakt og en må selv invitere seg inn og tilby at en kan hjelpe til med sånne ting [undervisning]. Det er ikke automatikk i at de ifra skole og lærere kommer og etterspør disse tingene»* (H4). Ofte måtte helsesykepleierne etterspørre om lærerne husket å benytte programmet. En helsesykepleier som hadde et godt samarbeid med lærer, beskrev at hun i forkant av undervisningen om sensitive tema snakket med lærer om mulige elever som kunne være ekstra sårbare. Hun fortalte at i den ene klassen var det en elev som var ekstra sårbar, og de ble enige om hva de skulle observere og at en av dem satt i nærheten av den aktuelle eleven. Flere helsesykepleiere påpekte at det var viktig at de selv eller lærer var tilgjengelig for elevene i etterkant av undervisningen om det skulle dukke opp behov for oppfølging.

Helsesykepleierne hadde stor tro på den helsefremmende gevinsten av å benytte programmet, og var derfor opptatt av å komme inn på personalmøtene på skolen for å snakke om programmet. De håpet at de på denne måten kunne få flere lærere motivert til å benytte programmet, noe flere erfarte var vanskelig. Samtidig informerte helsesykepleierne om at de ønsket et samarbeid og kunne bidra inn med undervisning på aktuelle tema i programmet. Noen helsesykepleiere vegret seg imidlertid for å tilby sin kompetanse, da de ikke hadde kapasitet til å følge opp:

*Det kan jo hende ... at vi som helsesykepleier skulle selge oss mer inn mot skolen og gjøre det mer kjent at dette kan vi bidra med. Samtidig så, akkurat nå har vi vegret oss imot det, for vi ser at vi ikke har tid til å bidra. Hvis mange klasser kommer og vil at vi skal komme inn og snakke om disse temaene, det har vi ikke kapasitet til å klare (H4).*

Helsesykepleierne erfarte et behov for en rolleavklaring ved bruk av programmet i skolen, hva skulle de ha ansvar for, og hva var lærer sin oppgave. Noen av helsesykepleierne beskrev at det ikke kunne være slik at det var de som skulle ha ansvaret for at programmet ble fulgt opp på skolen. De måtte heller arbeide for å få flere lærere interessert, og på den måten bidra til at bruken av programmet ble mer utbredt. På noen skoler var det en forventning fra lærerne om at helsesykepleier skulle ta det overordnede ansvaret, men helsesykepleierne erfarte at programmet var for tidkrevende å involvere seg i med deres tidsressurs i skolehelsetjenesten. De påpekte at programmet i utgangspunktet var tiltenkt lærerne og at helsesykepleierne skulle bidra med undervisning etter avtale med lærer. Helsesykepleiers uavklarte rolle i programmet medførte en utfordrende situasjon for mange helsesykepleiere: *«Jeg tror egentlig bare dette med rolleavklaring gjør det vanskelig. Ikke helt vite hvor plassen min er, rett og slett, det er et stressende moment for meg, når jeg føler jeg svever litt»* (H1).

### ***Fra individ til gruppe: Normalisering av psykiske plager i helsefremmende og universalforebyggende arbeid***

Helsesykepleierne erfarte at de ble dradd mellom det individrettede- og universalforebyggende arbeidet. De vektla at den universalforebyggende tilnærmingen til programmet på sikt kunne medføre at det ble mer søkelys på universelle strategier i klassene, fremfor dagens dominerende individuelle oppfølging. Helsesykepleierne beskrev behovet for deres tjeneste som stort, og selv om ressursene i skolehelsetjenesten var økt, ble arbeidsoppgavene flere. Dette medførte behov for prioriteringer hos flere:

*Jeg synes ... for rollen i skolen ... at det blir veldig mye ... hvis du ikke har den utadrettet, at det omfavner flere, universellforebygging kontra å sitte med enkeltelever inne på kontoret og bli spist opp av det. Jeg må prioritere at arbeidstiden min skal være til flest mulig elever. Den kommer jeg til å holde på fremover også, det er en motivasjon i å nå ut til flere, og så er det det med synlighet, bygge relasjoner (H5).*

Flere av helsesykepleiere erfarte at klasseromsundervisningen var viktig for å bli kjent med elevgruppen og skape relasjoner slik at enkelt elever kunne ta kontakt ved behov. Tidsbesparelsen med å arbeide universalforebyggende ble løftet frem som positivt og meningsfullt, fremfor å benytte størstedelen av tiden på individuelle samtaler. I klasseundervisningen var hensikten at elevene kunne lære av og støtte hverandre:

*... jeg snakker veldig mye med én og én [om følelser], men det virker mye mer nyttig at jeg går inn i en hel klasse og snakker med hele klassen, og så kan elevene snakke om følelsene og lære av hverandre: «Hva gjør jeg når jeg blir trist? Hva er det som er bra for meg da?» (H10).*

Noen helsesykepleiere følte seg usikre på hvordan de skulle formidle kunnskap til en klasse, og en helsesykepleier påpekte at usikkerheten enkelte helsesykepleiere følte gjorde at de foretrakk individuell oppfølging av elevene: «Jeg tror vi gjør det litt, for det [undervisning] er noe vi ikke mestrer. Sånn er det når du ikke mestrer noe eller du ikke kan det, så holder du litt avstand til det og så holder du på med det som du er trygg på» (H4). Noen formidlet at måten det ble undervist på i dag hadde endret seg og at helsesykepleierne ikke var oppdatert på de nye undervisningsmetodene.

Programmet ble også benyttet individuelt og i mindre grupper, som mestringsgrupper på 6. trinnet. Der brukte helsesykepleierne filmer som var relevant for temaene som utgangspunkt for samtalen etterpå: «Du prater i tredje person om det som de ser på den filmen, da er det mye lettere å prate om det som

*er vanskelig. Du får en mer naturlig inngang, både når du har én til én-samtaler og i grupper, det er tryggere» (H2).*

Helsesykepleierne erfarte at programmet bidro til normalisering av følelser og psykiske plager hos elevene, at ikke alle vonde følelser var psykisk sykdom. Dette mente de kunne bidra til økt helsekompetanse og en større forståelse av egen psykiske helse hos elevene:

*Temaet blir satt på dagsorden. Det blir normalisert at vi har en psykisk helse, og at vi kan ha utfordringer, alt er ikke sykdom om de kjenner på en vanskelig følelse. De [elevene] får et språk for psykisk helse, en forståelse for psykisk helse, en kunnskap om det (H9).*

Helsesykepleierne var opptatt av å formidle at alle møter motgang gjennom livet og gjennom bruk av programmet, både individuelt og i klassen kunne elevene få en større forståelse for at livet kunne være vanskelig innimellom. Elevene ble flinkere til å snakke om psykisk helse og det som var vanskelig gjennom bruk av filmene og de ulike hjelpemidlene som fulgte med programmet. Gjennom visualisering ble det lettere for helsesykepleierne å snakke med elevene. De ulike eksemplene i programmet gjorde at elevene ofte kjente seg igjen, og de kunne snakke om hvordan de hadde det i etterkant. En helsesykepleier beskriver hvordan tilbakemeldingen fra elevene kunne være: «Ja, akkurat sånn er det, eller at de har plukket opp ting som de ikke hadde tenkt på før ... så vi får jo sånne små drypp, uten at det er så lett å gripe tak i akkurat effekten av det» (H5). Flere av helsesykepleierne snakket om at bruken av programmet normaliserte det å snakke om vanskelige ting. Elevene fikk lære om tanker og følelser, vold og overgrep og andre tema som handler om livet.

### ***Tydelig ledelsesforankring fremmer bruken av programmet***

De fleste helsesykepleiere etterlyste føringer for bruk av programmet fra ledelsen for skolehelsetjenesten og fra skoleledelsen. De påpekte at om det var en overordnet føring om å benytte programmet i skolen, ville det medføre en forpliktelse for både helsesykepleiere og lærere til å benytte programmet. Nå var det i stor grad opp til den enkelte helsesykepleier og lærer hvordan programmet ble benyttet, og det medførte ulike tilbud til elevene: «For jeg tenker at hvis det er mer felles, så er det lettere, både fra vår tjeneste og for skolens del å vite hvordan man skal jobbe» (H1).

Flere helsesykepleiere påpekte at det i skolehelsetjenesten i stor grad var opp til den enkelte helsesykepleier hva de brukte tiden sin til, da den nasjonale retningslinjen for helsestasjons- og skolehelsetjenesten var mindre detaljstyrende angående skolehelsetjenesteprogrammet enn helsestasjonsprogrammet. Skolehelsetjenesten ble av helsesykepleierne betegnet som et stort og delvis udefinert område: «Det er jo at slik at om en har noe fast, at vi får det inn i årshjulet, får det inn i skoleprogrammet, da er det ikke noe vi bare kutter ut ... og at vi selvfølgelig har med oss ledelsen også» (H9).

Helsesykepleiere i kommuner der programmet hadde en forankring i overordnet ledelse erfarte en tydeligere forpliktelse til å benytte programmet:

*Nå har jeg kommet på ny skole, og der synes jeg de har hatt, ja, der har de vært skikkelig inne i det [programmet]. Skikkelig positivt, ja. Har det systematisk og er veldig flinke med det med «Vondt og Vanskelig», for eksempel, der har de en plan på det, hvert ... annethvert år, tredjehvert år, så har vi det temaet, så der har det liksom ikke vært tilfeldig, det har blitt ledelsesforankret (H3).*

Helsesykepleierne erfarte manglende opplæring i programmet og mente at det var et ledelsesansvar å tilrettelegge for kompetanseheving. Den manglende opplæringen medførte usikkerhet om hva de kunne bruke programmet til, med hensyn til enkeltelever og i klassesammenheng. Oftest måtte de selv finne ut hvordan de kunne benytte programmet, noe som kunne virke overveldende.

De opplevde at programmet var omfattende, og en innføring i programmet ville gjort de tryggere, og kunne ha fremmet bruken. Helsesykepleierne erfarte at opplæring og bruk av programmet ville kunne være med å styrke deres kompetanse på å fremme psykisk helse, og at programmet var et «verktøy» som de hadde behov for i skolehelsetjenesten. En helsesykepleier beskrev: «Jeg har lært veldig mye om psykisk helse som jeg ikke hadde lært på utdanningen. Så det har vært en skikkelig bonus, sånn at jeg også er tryggere i temaet» (H2).

## Diskusjon

Denne studien av helsesykepleieres erfaringer med det universalforebyggende programmet Livet&Sånn i barneskolen synliggjør at det er viktig med en tydeliggjøring av rollene og godt samarbeid om programmet mellom helsesykepleier og lærer. Normalisering av psykiske plager i helsefremmende og universalforebyggende arbeid kan være krevende for helsesykepleierne, og de erfarte at programmet kan være et godt “verktøy”. Det kom også frem at helsesykepleierne erfarte at en tydelig ledelsesforankring og opplæring i programmet er sentralt for at programmet skal bli benyttet i skolehelsetjenesten.

Helsesykepleierne i denne studien løfter frem at det er behov for en rolleavklaring, da det er uklart hva som er helsesykepleiers og lærers ansvar i programmet. Helsesykepleierne fremhever at lærere bør ha hovedansvaret for programmet, mens helsesykepleierne er støttespillere og bidrar med undervisning på deres kjerneområder. Funnene samsvarer med studien til Hoekstra et al. (2016), som fant at skolen har tatt over en del av helseundervisningen, og helsesykepleierne har gått over i en rolle der de støtter lærerne. Bruselius-Jensen et al. (2017) påpeker at lærere med hell kan integrere undervisning som styrker helsekompetansen til elevene i den læreplanfestede undervisningen i klasserommet. Helsesykepleierne i vår studie understreker behovet for å styrke alle barn og unge sin helsekompetanse, og dermed

styrke elevenes mestringsressurser. Et tiltak kan være å legge mindre vekt på individuelle konsultasjoner som er tidkrevende, og i større grad ha en rolle i klasseromsundervisningen, slik at flere kan få et tilbud fra helsesykepleier enn med dagens praksis. Hustad et al. (2025) fremhever at helsesykepleierne i skolehelsetjenesten bruker mesteparten av tiden på planlagte og uplanlagte individuelle konsultasjoner og administrasjon. Universalforebygging er i tråd med forebyggingsparadokset, som legger til grunn at tiltak som gjør noe for mange med lav risiko, samlet er mer effektivt enn å gjøre mye for noen få som har høy risiko (Rose, 1981). Thompson (2018) problematiserer om det er riktig å implementere universalforebyggende tiltak når det er uklart om den enkelte vil ha en nytte av det, selv om det samlet gir en stor gevinst på befolkningsnivå. Samtidig viser studier at effekten av universalforebyggende psykiske skolehelsetiltak er usikker (Foulkes et al., 2025; Mackenzie & Williams, 2018). Effekten av programmet Livet&Sånn som universalforebyggende tiltak er enda ikke evaluert (PROBA samfunnsanalyse, 2025).

Noen helsesykepleiere i denne studien erfarte usikkerhet i rollen som klasseromsformidlere, noe som er i kontrast til forskning som påpeker at det er sentralt for helsesykepleiere å komme i posisjon til å styrke alle barn og unge sin kunnskap om egen helse, og dermed sette de i stand til å kunne ta gode helsevalg (Fleary et al., 2018; Flodin et al., 2024). Samtidig viser vår studie at helsesykepleierne erfarer at de gjennom bruk av programmet kan bidra til at elevene får tilegnet seg ny kunnskap, mestringsstrategier, sosial støtte, samt bedre forståelse av egen helse. Antonovsky (1996) påpeker at både indre og ytre faktorer, som intelligens, kunnskap og sosialt nettverk kan bidra til å fremme den enkelt sin opplevelse av sammenheng (OAS), og derigjennom styrke den psykiske helsen. I lys av Antonovskys (2012) teori om salutogenese kan vi forstå at helsesykepleieres bruk av programmet kan bidra til å utvikle elevene sin helsekompetanse på både individuelt og universelt nivå. Utvikling av helsekompetanse er ikke et produkt, men mer en prosess og sosial praksis der en gjennom å engasjere seg i egen helse søker, håndterer og bruker informasjon til å ta helserelaterte beslutninger (Bröder et al., 2019). I følge de Buhr et al. (2020) kan helsesykepleier bidra å øke helsekompetansen hos elevene gjennom helsefremmende tiltak i klasserommene.

Funnene indikerer at helsesykepleierne ønsker et nært samarbeid med lærerne om styrking av elevene sin psykiske helse, men samtidig erfarer de at å få til et samarbeid om programmet kan være krevende. Forskning fremhever at helsesykepleiers samarbeid med lærer i skolehelsetjenesten er sentralt for å komme i posisjon til å arbeide helsefremmende, og om skolen eller lærerne ikke ønsker dette samarbeidet er det vanskelig for helsesykepleier å få innpass (Flodin et al., 2024; Granrud et al., 2019; Hoekstra et al., 2016). Studien vår viser at på skoler der helsesykepleier og lærer har et godt samarbeid, fordeles undervisningen mellom dem. Samtidig var samarbeidet i stor grad personavhengig. Reuterswärd og

Hylander (2017) påpeker at en personlig relasjon mellom helsesykepleier og samarbeidspartnerne er nødvendig for et godt samarbeid, noe som samsvarer med Helleve et al. (2022) som fremholder betydningen av personlig relasjon, jevnlig møter, og at helsesykepleier har kontor og er til stede på skolen.

Helsesykepleierne opplever at ledelsesforankring og vektlegging av kompetanseheving er sentralt for at programmet skal bli benyttet av både skolehelsetjenesten og skolen. Dette samsvarer med studien til Moberg et al. (2025) som viser til at tid, kompetanse og lederstøtte er viktig for implementering av helsefremmende program i skolehelsetjenesten. Kostenius og Lundqvist (2021) beskriver at å fremme elevenes helse må ses på som en felles oppgave for alle ansatte på skolen. En standard for skolehelsetjenestens oppgaver vil være en støtte både for lederne og helsesykepleierne ved at kvalitetsnivået og ansvaret blir forankret sentralt. Dette kan redusere variasjonene i tjenesten (Baltag et al., 2015). Det er utviklet en nasjonal faglig retningslinje for skolehelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2017), men denne er ikke detaljert, og kommunen står forholdsvis fritt angående innhold. Forskning på effekten av programmet er nødvendig før det eventuelt kan implementeres i nasjonal faglig retningslinje.

Helsesykepleierne i denne studien fremhever at Livet&Sånn er både et helsefremmende og universalforebyggende program i barneskolen. WHO legger vekt på at den enkelte gjennom økt kunnskap skal få økt forståelse og styrke egen helse (World Health Organization, 2021). Helsesykepleierne kan bidra til å fremme elevene sin helse ved å styrke kjernekomponentene i OAS, begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet (Antonovsky, 1996, 2012), gjennom å legge vekt på disse områdene i samhandling med elevene.

Funnene synliggjør at flere helsesykepleiere erfarer at programmet er omfattende og etterlyser mer opplæring i bruken av programmet. Markkanen et al. (2021) påpeker at det er viktig for helsesykepleiere å oppleve at de har opplæringen, kunnskapen og ferdighetene som kreves for å kunne gi elevene den støtten og veiledningen de har behov for. Manglende opplæring, tid og ressurser vil kunne medføre usikkerhet i møte med elever med psykiske plager eller lidelser, og at helsesykepleierne ikke får utnyttet sitt potensiale i arbeidet med denne gruppen (Markkanen et al., 2021). Funnene samsvarer med vår studie der flere av helsesykepleierne erfarte at det var et stort behov for deres tjeneste, men at de vegret seg for å sette i gang tiltak som de ikke klarte å følge opp på grunn av for liten tid, og usikkerhet i forhold til egen kompetanse i bruken av programmet. Dahl et al. (2022) fant at helsesykepleierne i mange situasjoner etterspør verktøy for intervensjon. Samtidig fremhever Anttila et al. (2020) at helsesykepleiere ofte har manglende kompetanse angående generell psykisk helse, herunder hvordan en skal fremme psykisk helse, og avdekke psykiske lidelser, og at god samhandlingsevne ikke er nok (Putkuri et al., 2021). Det er avgjørende at helsesykepleierne har nødvendig kompetanse og tid for å kunne gi elevene et godt helsefremmende tilbud.

Kompetanseheving er ikke utelukkende et lederansvar da det etter Helsepersonelloven (1999, § 4) stilles krav om forsvarlighet og at helsepersonell har plikt til å holde seg faglig oppdatert, noe helsesykepleierne i denne studien erfarte som utfordrende.

## **Styrker og begrensninger**

Studien synliggjør helsesykepleiernes erfaringer med programmet fra 13 barneskoler i Midt-Norge, og det kan være andre erfaringer fra helsesykepleiere i skolehelsetjenesten fra andre deler av landet som benytter programmet. Et strategisk utvalg av helsesykepleiere som arbeidet på små og store barneskoler og som hadde erfaring med programmet bidro til å få variasjon for å belyse forskningsspørsmålet, noe som styrker troverdigheten av studien. Samtidig kan et forholdsvis lite utvalg ha påvirket både variasjon og dybde av funnene. Forfatterne har vært bevisst sin forforståelse gjennom hele forskningsprosessen. To av forfatterne er helsesykepleiere, og det var viktig å få en analytisk distanse til datamaterialet. Alle tre forfatterne har analysert og reflektert over teksten, noe som styrker påliteligheten. Bruken av samme semistrukturerte intervjuguide både i fokusgruppen og i de individuelle intervjuene bidrar til å styrke stabiliteten av dataene. Bruk av sitater i resultatdelen tydeliggjør likheter og forskjeller i materialet og styrker påliteligheten av studien. Bruk av sjekklisten Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ) medvirket til transparenens for hvordan studien ble gjennomført (Tong et al., 2007).

## **Konklusjon**

Helsesykepleierne i denne studien erfarer at programmet Livet&Sånn kan være et nyttig helsefremmende og universalforebyggende program i barneskolen. Gjennom å benytte programmet blir fokus i større grad forskjøvet fra en individuell til en universell tilnærming, og slik kan helsesykepleierne nå ut til flere barn med psykisk helsefremmende arbeid. Helsesykepleierne påpeker behovet for en sterkere ledelsesforankring av programmet både i skolehelsetjenesten og i skolen, samt en tydeligere rolleavklaring mellom helsesykepleiere og lærerne i bruken av programmet. Dette kan bidra til at programmet får større legitimitet i barneskolen. Det er i tillegg avgjørende for bruk av programmet at det blir gitt opplæring, og en styrking av kompetansen om psykisk helse til helsesykepleierne i skolehelsetjenesten. En opplæring i programmet vil medføre en trygghet i yrkesutøvelsen i møte med elever med psykiske plager. Det bør være et ledelsesansvar å legge til rette for kompetanseheving og å inkludere programmet i planene for skolehelsetjenesten og skolen. Fremtidig forskning kan undersøke hvilke erfaringer elevene og foreldrene har med bruk av programmet Livet&Sånn i skolen, noe som vil kunne gi nyttig kunnskap for videre utvikling av programmet. En evaluering av programmet vil være nødvendig om det skal inngå som en anbefaling i de nasjonal faglige retningslinjene for skolehelsetjenesten.

## Litteratur

- Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 11(1), 11–18.  
<https://doi.org/10.1093/heapro/11.1.11>
- Antonovsky, A. (2012). *Helsens mysterium : den salutogene modellen*. Gyldendal akademisk.
- Anttila, M., Ylitalo, M., Kurki, M. H., Hipp, K., & Välimäki, M. (2020). School nurses' perceptions, learning needs and developmental suggestions for mental health promotion: Focus group interviews. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(24), 9503.  
<https://doi.org/10.3390/ijerph17249503>
- Baltag, V., Pachyna, A., & Hall, J. (2015). Global overview of school health services: data from 102 countries. *Health Behavior and Policy Review*, 2(4), 268–283. <https://doi.org/10.14485/HBPR.2.4.4>
- Braun, V., & Clarke, V. (2022). *Thematic analysis : a practical guide*. SAGE.
- Bruselius-Jensen, M., Bonde, A. H., & Christensen, J. H. (2017). Promoting health literacy in the classroom. *Health Education Journal*, 76(2), 156–168. <https://doi.org/10.1177/0017896916653429>
- Bröder, J., Okan, O., Bollweg, T. M., Bruland, D., Pinheiro, P., & Bauer, U. (2019). Child and youth health literacy: a conceptual analysis and proposed target-group-centred definition. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(18), 3417.  
<https://doi.org/10.3390/ijerph16183417>
- Bråten, R. H., Sten-Gahmberg, S., Bugge, C., Kristiansen, I. S., Gardsjord, E. S. & Sæther, E. M., (2023). Økt bruk av psykiske diagnoser for unge. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 60(4), 208-215.  
<https://doi.org/10.52734/VHHP4493>
- Calvillo, M. I., Calderon, S. J., Rabbitte, M., Stockmann, C., & Henry, S. (2025). Prioritization Among School Nurses: An Integrative Review of the Literature. *The Journal of School Nursing*, 42(1), 77-93.  
<https://doi.org/10.1177/10598405251371765>
- Dahl, B. M. (2018). Challenges and demands in the population-based work of public health nurses. *Scandinavian Journal of Public Health*, 46(Suppl 20), 53–58. <https://doi.org/10.1177/1403494817743897>
- Dahl, B. M., & Crawford, P. (2018). Perceptions of experiences with interprofessional collaboration in public health nursing: A qualitative analysis. *Journal of Interprofessional Care*, 32(2), 178–184.  
<https://doi.org/10.1080/13561820.2017.1386164>
- Dahl, B. M., Glavin, K., Teige, A. M., Karlsen, A. G., & Steffenak, A. K. M. (2022). Norwegian public health nurses' competence areas. *Public Health Nursing*, 39(5), 1048–1057. <https://doi.org/10.1111/phn.13083>
- de Buhr, E., Ewers, M., & Tannen, A. (2020). Potentials of School Nursing for Strengthening the Health Literacy of Children, Parents and Teachers. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(7), 2577. <https://doi.org/10.3390/ijerph17072577>

- Doi, L., Wason, D., Malden, S., & Jepson, R. (2018). Supporting the health and well-being of school-aged children through a school nurse programme: a realist evaluation. *BMC Health Services Research*, 18(664), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3480-4>
- Fleary, S. A., Joseph, P., & Pappagianopoulos, J. E. (2018). Adolescent health literacy and health behaviors: A systematic review. *Journal of Adolescence*, 62, 116–127. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2017.11.010>
- Flodin, N., Lejtzén, S., & Gunnarsdóttir, H. (2024). The Perceived Power and Powerlessness in School Health Nurses' Mental Health Promotion Practices: A Synthesis of Qualitative Studies. *The Journal of School Nursing*, 41(1). <https://doi.org/10.1177/10598405241241212>
- Folkehelseinstituttet. (2024). *Folkehelse rapporten- Helsetilstanden i befolkningen. Psykiske plager og lidelser hos barn og unge*. <https://www.fhi.no/he/folkehelse rapporten/psykisk-helse/psykisk-helse-hos-barn-og-unge/?term=>
- Foulkes, L., Holst, C. G., & Andrews, J. L. (2025). Potential harm from universal school-based mental health interventions: Candidate mechanisms and future directions. *Current Opinion in Psychology*, 67:102196. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2025.102196>
- Gadamer, H.-G. (1976). *Philosophical hermeneutics*. University of California Press.
- Granrud, M. D., Anderzén-Carlsson, A., Bisholt, B., & Steffenak, A. K. M. (2019). Public health nurses' perceptions of interprofessional collaboration related to adolescents' mental health problems in secondary schools: A phenomenographic study. *Journal of clinical nursing*, 28(15-16), 2899–2910. <https://doi.org/10.1111/jocn.14881>
- Helleve, A., Midthassel, U. V., & Federici, R. A. (2022). Finding the balance between collaboration and autonomy among school nurses in interactions with schools. *The Journal of School Nursing*, 38(2), 184–193. <https://doi.org/10.1177/1059840520918924>
- Helsedirektoratet. (2017). Nasjonal faglige retningslinjer for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Hoekstra, B. A., Young, V. L., Eley, C. V., Hawking, M. K., & McNulty, C. A. (2016). School Nurses' perspectives on the role of the school nurse in health education and health promotion in England: a qualitative study. *BMC Nursing*, 15, 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12912-016-0194-y>
- Hustad, G., Bortoli, M. M. D., & Hansen, E. H. (2025). How do school nurses spend their time? A quantitative time study within Norwegian school health services. *BMC Nursing*, 24, 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12912-025-03206-6>

- Kostenius, C., & Lundqvist, C. (2021). Health dialogue experiences of students, teachers and school nurses in Swedish health-promoting schools. *Californian Journal of Health Promotion*, 19(1), 22–33. <https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:1628985/FULLTEXT01.pdf>
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg. ed.). Gyldendal akademisk.
- Laholt, H., Guillemin, M., Mcleod, K., Olsen, R. E., & Lorem, G. F. (2017). Visual methods in health dialogues: A qualitative study of public health nurse practice in schools. *Journal of Advanced Nursing*, 73, 3070-3078. <https://doi.org/10.1111/jan.13371>
- Lawson, G. M., McKenzie, M. E., Becker, K. D., Selby, L., & Hoover, S. A. (2019). The core components of evidence-based social emotional learning programs. *Prevention Science*, 20, 457–467. <https://doi.org/10.1007/s11121-018-0953-y>
- Livet&Sånn. (uå). *Livet&Sånn*. <https://www.livetogsann.no>
- Mackenzie, K., & Williams, C. (2018). Universal, school-based interventions to promote mental and emotional well-being: what is being done in the UK and does it work? A systematic review. *BMJ Open*, 8(9), e022560. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-022560>
- Markkanen, P., Anttila, M., & Välimäki, M. (2021). Supporting student’s mental health: A cross-sectional survey for school nurses. *Children*, 8(2), 129. <https://doi.org/10.3390/children8020129>
- Moberg, M., Norman, Å., Schäfer Elinder, L., & Andermo, S. (2025). School nurses’ perceptions and experiences of delivering a universal health-promotion program targeting both children and parents in the Swedish primary school context. *BMC Nursing*, 24(1), 1158. <https://doi.org/10.1186/s12912-025-03806-2>
- PROBA samfunnsanalyse. (2025). *Evaluering av Livet&Sånn. Delrapport 1* (Proba-rapport nr. 2025-7, ISSN: 1891-8093). PROBA samfunnsanalyse. <https://proba.no/wp-content/uploads/2025/06/Rapport-2025-7-Evaluering-av-LivetSann-Delrapport-1.pdf>
- Putkuri, T., Salminen, L., Axelin, A., & Lahti, M. (2021). Good interaction skills are not enough—competency in mental health issues in child health clinics and school health services. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 35(3), 988–997. <https://doi.org/10.1111/scs.12956>
- Reuterswärd, M., & Hylander, I. (2017). Shared responsibility: school nurses’ experience of collaborating in school-based interprofessional teams. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 31(2), 253–262. <https://doi.org/10.1111/scs.12337>
- Rose, G. (1981). Strategy of prevention: lessons from cardiovascular disease. *British Medical Journal (Clinical research ed.)*, 282(6279), 1847-1851. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC1506445/#supplementary-material1>
- Skundberg-Kletthagen, H., & Moen, Ø. L. (2017). Mental health work in school health services and school nurses’ involvement and attitudes, in a

- Norwegian context. *Journal of Clinical Nursing*, 26(23-24), 5044–5051.  
<https://doi.org/10.1111/jocn.14004>
- Thompson, C. (2018). Rose's prevention paradox. *Journal of Applied Philosophy*, 35(2), 242–256. <https://doi.org/10.1111/japp.12177>
- Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*, 19(6), 349–357. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>
- World Health Organization. (2021). *Health promotion glossary of terms 2021*.  
World Health Organization.  
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240038349>
- World Medical Association. (2023). *WMA Declaration of Helsinki Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. *JAMA*, 310(20), 2191-2194. <https://doi.org/doi:10.1001/jama.2013.281053>