



UIT

NORGES
ARKTISKE
UNIVERSITET

Det helsevitenskapelige fakultet
Institutt for helse- og omsorgsfag

Psykologisk førstehjelp som helsefremmende tiltak

En kvalitativ studie om helsesøstres erfaringer i skolehelsetjenesten

Caroline Fosland Karlsen

Masteroppgave i helsefag, studieretning helsesøsterfag

Mai 2018

Antall ord: 20 553



Forord

Proessen med å skrive masteroppgaven har bestått av store opp- og nedturer, og jeg har arbeidet hardt for å komme i mål. Samtidig har prosessen vært spennende og gøy. Jeg har lært utrolig mye, og vil oppfordre andre helsesøstre til å skrive en masteroppgave. Det kan være et viktig bidrag til å utvikle helsesøstertjenesten. Som Nelson Mandela skriver i sine memoarer: ”Utdanning er det kraftigste våpen man kan bruke for å endre verden”. Forhåpentligvis kan denne oppgaven komme noen til nytte.

Jeg er takknemlig for all støtte og hjelp som har bidratt til at jeg kan sette det siste punktet. Tusen takk.

Til Hilde Laholt, min veileder. Takk for dine kloke innspill og det gode samarbeidet.

Til informantene. Takk for at dere tok dere tid til å delta og delte erfaringene deres med meg.

Til Eli, Runa, og Nina. Takk for gode samtaler og verdifulle innspill. Dere gjør meg bedre.

Til gjengen i masterhula og mine medstudenter. Takk for at dere har bidratt til å gjøre prosessen artigere og mindre ensom.

Til mine kollegaer. Takk for at dere har trått ekstra til når jeg har vært borte fra jobb.

Til mamma og pappa. Takk for all støtte og hjelp på hjemmefronten. Dette hadde ikke vært mulig å gjennomføre dette uten dere.

Til Christin, min beste venn og søster. Takk for at du har lånt bort sovesofaen din i denne prosessen, og at du har delt din kunnskap med meg. Du er uvurderlig.

Til Tom, min partner i livet og jentenes far. Takk for at du alltid stiller opp og støtter meg i alt jeg gjør. Du er tålmodig og god. Jeg elsker deg.

Til Karine, min kjære bonusdatter. Takk for at du stadig lærer meg nye ting. Du betyr mer for meg enn du aner.

Til Sofia, takk for at du er mitt anker her i livet og den viktigste jeg har. Nå lover mamma å prioritere deg først. Mamma elsker deg.

Caroline Fosland Karlsen

Tromsø, mai 2018

Sammendrag

Bakgrunn: Det å fremme psykisk helse har vært et politisk satsningsområde i en årrekke. Til tross for dette antyder tall fra Folkehelseinstituttet at mellom 15-20 prosent av barn og unge har psykiske vansker. Psykologisk førstehjelp (PF) er et tiltak som baserer seg på kognitiv atferdsterapi, og hevdes å kunne bidra til å fremme barn og unges psykiske helse. Tiltaket har blitt tatt i bruk av flere helsesøstre siden det ble lansert i 2010.

Problemstilling: Hvordan kan PF forstås som et helsefremmende tiltak i skolehelsetjenesten?

Teori: Det tas utgangspunkt i Antonovskys beskrivelse av salutogenesen. Videre er det teoretiske utgangspunktet basert på teori om medikalisering og betydningen av faglig kunnskap og skjønn i praksis.

Metode: Dette er en kvalitativ studie, bestående av seks individuelle intervju med helsesøstre som hadde erfaring med PF i barne-, ungdoms- og videregående skole. Intervjuene er analysert med kvalitativ innholdsanalyse inspirert av Graneheim og Lundman.

Funn: Resultatene viser at PF kan bidra til å støtte elevene i deres utvikling og styrke dem slik at de kan ta kontroll over egen helse og velvære. Videre viste resultatene at PF også kan fungere som en støtte for helsesøster i hennes rolle som hjelper. Samtidig viste resultatene noen utfordringer med tiltaket; tiltaket passer ikke for alt og alle, og kan være utfordrende for elevene å bruke selvstendig.

Konklusjon: Funnene tyder på at PF kan være helsefremmende, men fordrer kritisk vurdering av bruken av det. Dersom PF brukes ukritisk kan det føre til at det brukes i situasjoner hvor det ikke er hensiktsmessig, og kan potensielt få negative konsekvenser for elevene. Det er behov for videre forskning innenfor temaet. Spesielt ses det et behov for å undersøke elevenes opplevde utbytte av PF.

Nøkkelord: Psykologisk førstehjelp, kognitiv atferdsterapi, klasseromsundervisning, helsefremming, helsesøster, skolehelsetjenesten

Abstract

Background: Despite the fact that promoting mental health has been a policy area for a number of years, figures from Folkehelseinstituttet suggest that up to 15-20 percent of children and adolescents have mental challenges. Psychological First aid (PF) is a measure based on cognitive behavioral therapy which is claimed to promote the mental health of children and adolescents. Several public health nurses have taken the measure in use since the measure was put on the market in 2010.

Research question: How can PF be understood as a health promotion measure in the school health service?

Theory: It is based on Antonovsky's description of salutogenesis. Furthermore, the theoretical basis is based on the theory of medicalization, and the importance of professional knowledge and judgment in practice.

Method: This is a qualitative study consisting of six individual interviews with public health nurses who have experience with PF in elementary-, middle- and high school. The interviews were analyzed with qualitative content analysis inspired by Graneheim and Lundman.

Findings: The results suggest that PF could support students in their development and enable them to take control of their own health and wellbeing. Furthermore, the results suggest that PF could also serve as a support for public health nurses in their role as a helper. At the same time, the results indicate some challenges with the measure; the measure does not fit all situations and all individuals, and it can be challenging for students to use independently.

Conclusion: The findings indicate that PF can be understood to promote psychological wellbeing, but it depends on critical assessment and use. If PF is used uncritically, it may cause usage in situations found inappropriate and worst case lead to negative consequences for the students. Further research is needed on the subject. In particular, there is a need to investigate the pupils' perceived benefits with PF as a measure.

Keywords: Psychological first aid, CBT, health education, health promotion, public health nurse, school health service

Innholdsfortegnelse

Forord.....	ii
Sammendrag	iv
Abstract	v
1.0 Innledning	1
1.1. Problemstilling og forskningsspørsmål	3
1.2. Avgrensninger og presiseringer	3
1.3. Begrepsavklaring	4
1.4. Oppgavens oppbygging	5
2.0 Tidligere forskning.....	6
2.1. Psykologisk førstehjelp som tiltak	7
2.2. Helsefremmende tiltak i skolen.....	8
2.3. Forebyggende tiltak i skolen.....	9
2.4 Skolehelsetjenesten og kjønn	9
2.5. Oppsummering	10
3.0. Teori	12
3.1. Salutogenese	12
3.2. Medikalisering.....	13
3.3. Betydning av faglig kunnskap og skjønn i praksis.....	14
4.0. Metode	16
4.1. Vitenskapsteoretisk ståsted	16
4.1.1. Forforståelse	17
4.3. Utvalg og rekruttering av informanter	18
4.4. Gjennomføring av intervjuene	19
4.5. Transkripsjon	20
4.6. Analyse	21
4.7 Ethiske overveielser	24
5.0. Funn og diskusjon	26
5.1. PF forbereder elevene til å håndtere fremtidige utfordringer.....	26
5.1.1. Bidrar til å støtte elevene i deres utvikling.....	26
5.1.2. Bidrar til å gi elevene kontroll over tankene og følelsene.....	30
5.1.3. Bidrar til å minne elevene på og motivere dem til å tenke annerledes.....	31
5.1.4. Oppsummerende refleksjoner.....	32
5.2. PF støtter helsesøster i hjelperrollen.....	33
5.2.1. Bidrar til å strukturere individuelle samtaler.....	33
5.2.2. Bidrar til at helsesøster kommer i posisjon til å hjelpe elevene	36
5.2.3. Bidrar til å forklare kognitiv atferdsterapi på en enkel måte.....	39
5.2.4. Oppsummerende refleksjoner.....	40
5.3. Utfordringer med PF som helsefremmende tiltak.....	41
5.3.1. PF er ikke alltid løsningen.....	42
5.3.2. Utfordrende å bruke PF selvstendig.....	43
5.3.3. Oppsummerende refleksjoner.....	45
5.5. Metodediskusjon.....	46
6.0. Avslutning.....	52
6.1. Implikasjoner for praksis	53
6.2. Videre forskning.....	54
7.0. Litteraturliste	55

Vedlegg 1 – Tilbakemelding fra NSD	60
Vedlegg 2 – Tilbakemelding 1. endringsmelding	61
Vedlegg 3 – Tilbakemelding 2. endringsmelding	62
Vedlegg 4 – Informasjonsskriv til virksomhetsleder.....	63
Vedlegg 5 - Forespørsel om bidrag til rekruttering, master i helsesøsterfag.....	64
Vedlegg 6 – Informasjonsskriv.....	65
Vedlegg 7 – Samtykkeskjema	66
Vedlegg 8 – Intervjuguide	67

1.0 Innledning

Temaet i denne studien er helsesøsters forståelse av selvhjelpsmateriellet og samtaleverktøyet Psykologisk førstehjelp (PF) som helsefremmende tiltak. Det har vært et politisk satsningsområde å fremme psykisk helse i en årrekke (Helse- og omsorgsdepartementet, 1997-1998, 2008-2009, 2017-2022; Helsedepartementet, 2003). Tross dette antyder beregninger fra Folkehelseinstituttet (2015) at mellom 15 og 20 prosent av barn og unge har psykiske vansker som påvirker deres funksjonsnivå. Symptomene kan være internaliserende, og kan gi plager som for eksempel nedstemthet og engstelse. De kan også være eksternaliserende, og kan medføre atferd som aggresjon og konsentrasjonsvansker (Mykletun, Knudsen & Mathisen, 2009).

Skolehelsetjenesten er et tilbud til alle barn og unge i alderen 5-20 år (Helsedirektoratet, 2018). Helsesøstre er derfor i en posisjon hvor de kommer i kontakt med barn og unge som kan utvikle psykiske vansker (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017-2022). Det antas at mange barn og unge kan klare seg godt dersom de har tilbud om lavterskelhjelp og tidlig intervensjon (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017-2022). Formålet med tjenesten er blant annet å bidra til å fremme barn og unges helse og forebygge sykdom (Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetj., 2003, § 1-1). Grunnlaget for den fremtidige helsen legges i barne- og ungdomsårene (Tetzchner, 2012). En viktig del av helsesøstertjenestens arbeid er derfor å fremme barn og unges psykiske helse. Dette gjennom å styrke barn og unges ressurser for å kunne mestre livets utfordringer. Barn og unge skal settes i stand til å påvirke egen helse, trivsel og mestring. Fokuset er blant annet på å gi målgruppen kontroll i form av kunnskaper og ferdigheter som kan bidra til å fremme deres helse og forebygge sykdom (Helsedirektoratet, 2018). Skolehelsetjenesten skiller seg ut fra andre helsetjenester på grunn av muligheten til å samarbeide med skolen om tiltak. Slik kan skolehelsetjenesten bidra til et skolemiljø som fremmer elevenes psykiske helse, og reduserer risikoen for psykiske problemer (Helsedirektoratet, 2018).

Arbeidsområdene til helsesøstertjenesten endrer seg i takt med samfunnet, hvor nye utfordringer stiller krav til faglig oppdatering og utvikling innen yrket (Kvarme & Helseth, 2005). Helsesøstre har tilgang til ulike metoder og verktøy som kan bidra i det helsefremmende og forebyggende arbeidet (Helsedirektoratet, 2018). Forskning viser at helsesøstertjenesten har begrensede ressurser, og må prioritere hvordan de skal brukes

(Waldum-Grevbo & Haugland, 2015). Hjelpeapparat i kommuner presenteres stadig for nye pedagogiske metoder og tiltak, og det er en økende tendens til at kommuner investerer i dette (Pettersvold & Østrem, 2012). PF er et tiltak som hevdes å kunne bidra til å fremme psykisk helse og forebygge sykdom hos barn og unge (Raknes, Hansen, Cederkvist & Nordgaard, 2017). I 2010 kom tiltaket ut for salg (Raknes, 2010a, 2010b). Prisen for PF som klassesett er eksempelvis 2900 kroner (Voksne for barn, 2018), og kurs for opp til 50 personer koster mellom 15.000-18.000 kroner (Raknes, 2017). I 2013 hadde rundt 5000 hjelpere fått opplæring i PF, og tiltaket ble brukt blant flere helsesøstre i skolehelsetjenesten (Olsen, 2013). I tillegg er tiltaket oversatt til flere språk (Raknes, 2017). PF kan betraktes som et populært tiltak blant hjelpere i skoler, helsestasjoner, PPT-kontorer og spesialisthelsetjenesten (Madsen, 2014). Ungsinn (2018) er et elektronisk tidsskrift som vurderer tiltak rettet mot barn og unges psykiske helse. De klassifiserer PF på det nest laveste evidensnivået, da det foreligger lite forskning på de langsiktige effektene av tiltaket (Neumer, 2013). Dette kan tyde på behov for å undersøke tiltaket nærmere.

PF beskrives som en barnevennlig versjon av kognitiv atferdsterapi (Haugland, Maurseth & Raknes, 2013; Raknes, Hansen, m.fl., 2017; Raknes & Haugland, 2013). Kognitiv atferdsterapi er en teori om tankenes, følelsenes og atferdens gjensidige påvirkning på hverandre (Martinsen & Hagen, 2012). PF ble først utformet som tre ulike skrin til barnehagebarn, barneskoleelever og ungdom i alderen 4-18 år (Raknes, 2010a, 2010b, 2014). Skrinene inneholder et hefte som beskriver prinsippene i kognitiv atferdsterapi ved hjelp av historier og illustrasjoner. De inneholder også en rød og en grønn plastfigur. Den røde figuren representerer vonde og lite hjelpsomme tanker, og den grønne representerer lure og hjelpsomme tanker. I tillegg inneholder skrinene flere ark med en påtegnert hånd. Denne hånda kalles for hjelpehånda, og er et sorteringssystem som kan bidra til å skape oversikt i utfordrende situasjoner (Haugland m.fl., 2013; Raknes & Haugland, 2013).

PF ble utviklet for at barn, ungdom og familier skal kunne hjelpe seg selv i utfordrende situasjoner (Raknes & Haugland, 2013). Målgruppen var i utgangspunktet barn og unge med symptomer som for eksempel angst, depresjon, søvnvansker eller sosiale vansker (Raknes & Haugland, 2013; Vandvik, 2010). I løpet av årene har PF blitt videreutviklet, og brukes også som et helsefremmende tiltak på gruppenivå. Undervisningsopplegg for elever i 2., 5. og 8. trinn er utviklet, og baseres på innholdet i skrinene (Raknes, 2017; Raknes, Hansen, m.fl., 2017; Raknes & Haugland, 2013). Raknes, Hansen, m.fl. (2017) beskriver tiltaket som et

bidrag til å fremme helse og forebygge utvikling av lidelser. De begrunner det med at elevene lærer seg å ta i bruk nye mestringsstrategier og problemløsningsferdigheter som kan hjelpe eleven å mestre emosjonelt krevende situasjoner i fremtiden (Raknes, Hansen, m.fl., 2017). Et forprosjekt i skolen indikerer at PF kan være delvis passende i form av klasseromsundervisning. Dette ble sett i sammenheng med at PF i utgangspunktet er et individuelt samtaleverktøy som tar utgangspunkt i en situasjon hvor barn eller unge opplever vansker. Rapporten fra forprosjektet synliggjør et behov for å utvikle materialet når det skal benyttes i helsefremmende arbeid (Samnøy, 2013). På bakgrunn av disse betraktningene har jeg fått interesse for hvordan PF kan være et bidrag i det helsefremmende arbeidet i helsesøstertjenesten.

1.1. Problemstilling og forskningsspørsmål

Følgende problemstilling er utformet på bakgrunn av momentene som nevnes ovenfor:

Hvordan kan Psykologisk førstehjelp forstås som et helsefremmende tiltak?

Problemstillingen kan knyttes opp til følgende forskningsspørsmål:

1. Hva beskriver helsesøstre som helsefremmende med PF?
2. Hvordan beskriver helsesøstre at PF kan brukes til å fremme helse?
3. Hvilke begrensninger ser helsesøstre med PF som helsefremmende tiltak?

1.2. Avgrensninger og presiseringer

I denne studien ses problemstillingen fra et helsesøsterfaglig perspektiv. Helsesøstrene gir tilbud om klasseromsundervisning i PF, bruker PF i individuelle samtaler, og har kunnskaper om og erfaringer med helsefremmende arbeid. Helsesøstre som hadde erfaring med PF som klasseromsundervisning i skolehelsetjenesten ble inkludert, da det var ønskelig å utforske deres erfaringer med PF som klasseromsundervisning. Deres beskrivelser av PF som klasseromsundervisning og i individuelle samtaler tydet på at disse metodene hadde en sammenheng med hverandre. Det fokuseres derfor ikke utelukkende på PF som klasseromsundervisning, men også på helsesøstrenes erfaringer med PF i individuelle samtaler. Dette diskuteres nærmere i kapittel 5.

Det ble ikke satt noen avgrensning til hvilke klassetrinn helsesøstrene hadde erfaring med å undervise i. Helsesøstrene som deltok i studien hadde erfaring med å gi klasseromsundervisning til elever i 5 trinn, 8 trinn og til elever i videregående skole. Jeg vurderte at det kunne foreligge flere likhetstrekk i undervisningsopplegget og responsen fra elevene på tvers av de ulike klassetrinnene. Derfor satte jeg ikke noen begrensninger til hvilke klassetrinn helsesøstrene hadde erfaring med. Samtidig er jeg bevisst på at elevenes alder og kognitive nivå representerer et stort spenn. Helsesøstrenes erfaringer med undervisning i de ulike klassetrinnene vil sannsynligvis være noe ulik i de forskjellige aldersgruppene, og kan bidra til interessante funn.

1.3. Begrepsavklaring

I problemstillingen bruker jeg ordet ”forstå”. Begrepet brukes slik jeg tolker beskrivelsen av vitenskapsfilosofiens hermeneutikk. Forståelse kan tolkes som at tidligere og nye inntrykk ses i sammenheng med og påvirker hverandre, og kan konstrueres når nye inntrykk smelter sammen med tidligere inntrykk (Gadamer, 2012). Begrepet brukes for å forstå informantenes beskrivelser, i tillegg til å se disse i sammenheng med tidligere forskning og teori.

Begrepet ”helsefremmende tiltak” brukes også i problemstillingen. Dette på grunn av at PF beskrives som et tiltak som kan brukes helsefremmende (Raknes, Hansen, m.fl., 2017). Helsefremmende tiltak forstås i denne oppgaven som tiltak som kan bidra til en positiv helse, slik Antonovsky (2012) beskriver det. Jeg forstår helsefremmende tiltak som bidrag i helsefremmende arbeid. WHO (1986) definerer helsefremmende arbeid som en prosess som gjør mennesker i stand til å forbedre og bevare helsen sin. Helsefremmende og forebyggende arbeid har en sammenheng med- og utfyller hverandre. Samtidig har helsefremmende og forebyggende arbeid ulike formål. Formålet med helsefremmende arbeid er å jobbe for å styrke det som virker positivt for helsen, mens forebyggende arbeid har som formål å forebygge sykdom og redusere risikofaktorer (Kassah, Pedersen & Tingvoll, 2016). Antonovsky (2012) beskrev det som essensielt å stille spørsmål om hva som skaper helse for å finne kunnskap om det. Det kan forstås som at det ikke er logisk å bruke metoder som er laget til å finne årsaker til eller tiltak som kan bidra til å unngå noe, dersom en vil finne kunnskap om noe en ønsker å oppnå (Espnes & Lindström, 2014). Dette kan tolkes som at selv om helsefremmende og forebyggende arbeid utfyller hverandre, har de ulike formål. I

denne oppgaven er det ønskelig å undersøke hvordan PF kan forstås som et helsefremmende tiltak.

Tiltaket bruker som tidligere nevnt begrepene grønne og røde tanker. Disse begrepene brukes i kognitiv atferdsterapi med barn og unge (Barret, referert i Haugland m.fl., 2013, s. 12). I denne oppgaven brukes begrepene grønne og røde tanker som begrep om hjelpsomme og vonde tanker.

1.4. Oppgavens oppbygging

I neste kapittel presenteres tidligere forskning som er valgt ut for å belyse et område det er behov for mer kunnskap om. Jeg anser denne forskningen som relevant for oppgavens tema og problemstilling.

I kapittel 3 presenteres teori som bidrar til å belyse problemstillingen. Teoriene som presenteres her er salutogenese, medikalisering og betydningen av faglig kunnskap og skjønn i praksis.

Studiens metode beskrives i kapittel 4. Dette kapitlet inneholder en beskrivelse av vitenskapsteoretisk ståsted, forskningsmetode og fremgangsmåte. Dette innebærer presentasjon av utvalg og rekruttering av informanter. Videre beskrives gjennomføringen av intervjuene, transkriberingen og analysen. Studiens forskningsetiske overveielser presenteres avslutningsvis i dette kapitlet.

I kapittel 5 presenteres studiens funn innledningsvis i de ulike underkapitlene. Videre drøftes studiens funn opp mot teori og tidligere forskning. Hovedfunnene oppsummeres etter hvert delkapittel. Avslutningsvis diskuteres studiens styrker og begrensninger.

Studiens viktigste funn oppsummeres i kapittel 6. I tillegg vurderes studiens implikasjoner for praksis, og det vises til behov for videre forskning.

2.0. Tidligere forskning

Da problemstillingen ble utarbeidet oversatte jeg kjernebegrepene til engelsk og brukte disse som emne- og søkeord på norsk og engelsk. I tillegg brukte jeg søkeord som var tilknyttet innholdet i PF. Søkene ble gjort i følgende databaser: Cinahl, Medline, Swemed+, PsychInfo, Idunn og Cochrane library. Sentrale søkeord var:

- Health promotion
- Mental health promotion
- Public health nurse
- School health nurse*
- Mental health
- Cognitive behaviour therapy
- School based intervention
- Education

I tillegg ble søkeordet ”Psykologisk førstehjelp” og ”Psychological first aid” brukt.

Søkeordene ble kombinert og begrenset i de forskjellige databasene. Jeg avgrenset søkene slik at artikler som handlet om barn og unge i skolealder, og artikler som var på norsk, svensk, dansk eller engelsk ble gjennomlest. Jeg ekskluderte artikler som handlet om eksempelvis kosthold, overvekt, fysisk aktivitet, rusmidler, seksuell og reproduktiv helse og foreldres helse. Artikler som var eldre enn 10 år ble ekskludert, med unntak av en artikkel jeg anså som aktuell for oppgaven. Artikkelen er fra Norge, Sverige, Danmark, Irland og Australia, hvor jeg vurderte resultatene til å være overførbar til Norge og til oppgavens tema ble inkludert.

Jeg leste først artiklenes titler og sammendraget til artiklene som ble ansett som relevante for oppgavens problemstilling. Artikkelen jeg vurderte som relevante for oppgaven ble lest i sin helhet. Manuelle søk ble også gjennomført for å finne artikler andre studier og plandokumenter refererte til. Et utvalg av artikler ble inkludert som følge av min vurdering av deres relevans for oppgavens tema og problemstilling. På grunn av at det er forsket lite på PF, har studier som har undersøkt andre helsefremmende og forebyggende tiltak som kan ligne PF i utforming og hensikt blitt inkludert. I tillegg har noen artikler som undersøker PF blitt inkludert. 11 artikler har blitt inkludert. Av disse er 10 artikler publisert i tidsskrift som finnes

i Register over vitenskapelige publiseringskanaler (NSD, 2018). En evaluerings- og implementeringsstudie ble inkludert tross at den ikke hadde blitt publisert i anerkjente tidsskrift på grunn av studiens relevans for denne oppgavens tema og problemstillinger.

2.1. Psykologisk førstehjelp som tiltak

Haugland m.fl. (2013) har gjennomført en implementerings- og evalueringsstudie blant 334 hjelpere i førstelinjetjenesten, inkludert helsesøstre. Informantene i studien var positive til PF og flere opplevde at barn og unge hadde nytte av det. Hovedvekten av informantene bruke PF mest i endringsarbeid med internaliserte vansker som for eksempel bekymring, dårlig selvbilde og sinne (Haugland m.fl., 2013). Videre har det blitt gjennomført en pilotstudie, der tiltaket ble brukt for å behandle 11 traumatiserte tenåringsjenter i Statens barnehus i Oslo (Raknes, Dyregrov, m.fl., 2017). Statens barnehus er et lavterskeltilbud til barn og unge som har opplevd traumatiske hendelser (Statens barnehus, 2018). Resultatene i denne studien viste at behandlingen bidro til å redusere symptomer på posttraumatisk stress i løpet av intervensjonsperioden og ble opprettholdt et år etter endt behandling. Ungdommene utviklet tilsynelatende sine mestringsstrategier, og var knyttet til to subgrupper: atferd for å regulere seg selv eller den andre personen og atferd for å endre situasjonen (Raknes, Dyregrov, m.fl., 2017). Det pågår en større effektstudie av tiltaket (Haugland m.fl., 2017).

På den andre siden stiller noen seg kritisk til hva tiltaket kan gjøre med barn og unges tenkning. Holth og Madsen (2013) har gjennomført en diskursanalyse av selvhjelpsskrinene PF. Dette innebærer at de har fortolket skrinenes innhold og orienterer hvordan det kan fremstilles i dagens samfunn. Artikkelforfatterne uttrykker flere bekymringer ved tiltaket. Disse bekymringene dreier seg om tiltaket kan bidra til å gjøre grensen mellom vanlige utfordringer og psykiske lidelser mer uklar. I tillegg stiller de seg kritisk til om tiltaket kan undergrave følelsenes viktige signaler på stress og fare. De etterspør derfor et større fokus på utenforliggende faktorer som kan være en årsak til følelsene. Videre tolker de tiltakets budskap som at barn og unge selv får ansvar for å be om hjelp, da tiltaket vektlegger den individuelle mestringsstrategien. De røde tankene beskrives som verdiladet, og ser risikoen med at barn og unge kan oppfatte dem som et signal om at de tenker "feil". Samtidig ser de at de røde og grønne figurene kan bidra til å gjøre det enklere for de yngre barna å forstå hva de representerer (Holth & Madsen, 2013).

2.2. Helsefremmende tiltak i skolen

Det finnes flere tiltak der formålet er å fremme helse. Noen studier undersøker tiltak som kan ligne PF i utformingen og har lignende formål har blitt inkludert i denne oppgaven. En ikke-kontrollert før-og-etter-studie undersøkte elevenes sosiale og emosjonelle kompetanse før og etter tiltaket UP. Dette tiltaket rettes mot hele skolen, og involverer elevene, skolen og foreldrene. Denne studien viste positive endringer i elevenes sosiale og emosjonelle kompetanse. Resultatene viser at de eldste elevene hadde høyere sosial og emosjonell kompetanse enn de yngre elevene etter tiltaket. Samtidig viste resultatene at endringen i sosial og emosjonell kompetanse var størst blant elevene i de laveste trinnene og blant elevene med lavere sosioøkonomisk status (Nielsen, Meilstrup, Nelausen, Koushede & Holstein, 2015).

En randomisert kontrollert studie fra 2015 undersøkte effekten av Zippys venner på elever i alderen 7-8 år. Zippys venner er et program som har som mål å styrke elevenes mestringsferdigheter, og viste seg å ha en effekt på elevenes mestringsstrategier. Resultatene viste at jentene viste færre opposisjonelle mestringsstrategier enn kontrollgruppen, og guttene viste færre emosjonelle og atferdsrelaterte vanskeligheter. Elevene viste også en positiv utvikling i måten de interagerte med hverandre, der lærerne observerte færre konflikter mellom elevene etter tiltaket (Holen, Waaktaar, Lervåg & Ystgaard, 2012). Disse resultatene gjenspeiles også i Clarke, Sixsmith og Barry (2015) kvalitative studie, der de undersøkte erfaringene til 161 elever med Zippys venner. Resultatene viste at tiltaket hadde en positiv påvirkning på elevenes problemløsningsferdigheter. Dette inkluderte at elevene søkte støtte når de skulle håndtere utfordringer. Elevenes evne til å sette ord på og forklare følelsene sine, og viste en større forståelse av følelsene deres. De viste også større forståelse for hvordan de kan påvirke andre og hvordan andre kan uttrykke sine følelser (Clarke m.fl., 2015).

En kvalitativ studie gjennomført av Larsson, Björk, Ekebergh og Sundler (2014), bestående av fem individuelle og fire fokusgruppeintervju, viste at skolesykepleierne anså samtalene med elevene som helsefremmende. Samtalene kunne bidra til å gi elevene innsikt i egen situasjon og deres mulighet til å ta kontroll over og påvirke situasjonen. Samtidig vektla de elevenes begrensede ansvar, der de diskuterte at utenforliggende forhold kan påvirke elevene (Larsson m.fl., 2014). Resultatene i studien til Laholt, Guillemin, Mcleod, Olsen og Lorem (2017) viste at bruk av visuelle metoder kunne bidra til at elevene klarte å sette ord på utfordringene deres. I denne studien ble 31 helsesøstre intervjuet i fokusgrupper (Laholt m.fl.,

2017). Et annet kvalitativt studie, bestående av 16 individuelle dybdeintervju, viste at noen skolesykepleiere anså klasseromsundervisning som en viktig del av det helsefremmende arbeidet. De understrekte viktigheten av å engasjere elevene og holde oppmerksomheten deres gjennom å være underholdende som foreleser (Klein, Sendall, Fleming, Lidstone & Domocol, 2012).

2.3. Forebyggende tiltak i skolen

Det finnes flere skoleprogrammer som baserer seg på kognitiv atferdsterapi. Garmy, Berg og Clausson (2014) intervjuet 22 skolehelsepersonell i fokusgrupper, med formål om å undersøke deres erfaringer med det depresjonsforebyggende tiltaket, DISA. Resultatene viser at informantene anså det som utfordrende å følge manualen til tiltaket og samtidig etterkomme behovene til elevene. I tillegg hadde de fått tilbakemelding fra elevene om at tiltaket hadde et for negativt fokus. Skolehelsepersonellet opplevde på den andre siden at de ga elevene et verktøy som elevene kunne bruke til å håndtere fremtidige problemer. I tillegg viste DISA seg å være til hjelp for skolehelsepersonellet ved at de fikk kunnskap om kognitive teknikker de kunne bruke i møte med elevene. Samt anledning til å identifisere elever med depresjon, slik at de kunne tilby disse elevene oppfølging (Garmy m.fl., 2014).

I en annen kvalitativ studie ble 89 ungdommer intervjuet i fokusgrupper for å undersøke deres erfaringer med DISA. Flere av funnene er sammenfallende med funnene i den overnevnte studien som undersøkte samme tiltak. Elevene uttrykte et ønske om at det ble tatt mer hensyn til deres behov fremfor manualen. I tillegg opplevde de at fokuset var for negativt rettet, og der noen beskrev at de følte seg verre underveis i kurset. De uttrykte et behov for å heller finne, fokusere på og beholde positive tanker. Samtidig viser resultatene at elevene opplevde at samtaler rundt egne og andres utfordringer bidro til at de ikke opplevde å være alene med å ha negative tanker. I tillegg viser resultatene at elevene hadde tilegnet seg ferdigheter som gjorde det enklere å ta kontroll over tankene sine (Garmy, Berg & Clausson, 2015).

2.4 Skolehelsetjenesten og kjønn

Finpå, Kvarme og Misvær (2017) har gjennomført en tverrsnittstudie der dataene er basert på spørreskjemaundersøkelsen Ung i Oslo i 2015. Formålet var å undersøke faktorer som påvirket elevenes bruk av skolehelsetjenesten utover det anbefalte programmet. Resultatene viste at flest jenter bruker skolehelsetjenesten, og at de opplever å ha en dårligere helse enn guttene. I tillegg rapporterer flere jenter depressive plager. Studien konkluderer med at

opplevde helseplager øker sannsynligheten for at elever oppsøker helsesøster, og at dette er en viktigere faktor for elevenes bruk av skolehelsetjenesten enn kjønn (Finpå m.fl., 2017).

Langaard (2006) fant også kjønnsforskjeller i elevenes bruk av helsesøster. Hun gjennomførte en kvalitativ studie, bestående av to fokusgruppeintervju med ungdommer, et fokusgruppeintervju med ansatte i skolehelsetjenesten og et fokusgruppeintervju med skolerådgivere. Resultatene viste at selvbestemmelse var spesielt viktig for guttene. Guttene beskrev en vilje til å håndtere utfordringer selvstendig, i motsetning til jentene som oftere ønsker støtte fra andre for å mestre utfordringer (Langaard, 2006).

I 2010 ble det publisert en kvalitativ studie der 32 ungdommer ble intervjuet i fokusgrupper. Denne studien viste også at jentene søkte hjelp hos helsesøster oftere enn guttene. Resultatene viste at guttene hadde behov for informasjon om og hvordan de kunne bruke skolehelsetjenesten. Det tyder på at jentene i studien ikke hadde samme behov, da de tilsynelatende brukte skolehelsetjenesten uavhengig om de hadde fått informasjon om den. Resultatene tydet også på at guttene og jentene hadde ulikt syn på helse, der guttene anså helse som et fysisk anliggende (Sollesnes, 2010).

2.5. Oppsummering

Det finnes ulike tilnærminger som kan være helsefremmende. Disse tilnærmingene kan brukes for å gi enkeltindivider eller en gruppe informasjon om helse og måter å håndtere utfordringer på (Klein m.fl., 2012; Laholt m.fl., 2017; Larsson m.fl., 2014). For å fremme elevenes mestringsstrategier kan det være hensiktsmessig å fokusere på betydningen av sosial støtte (Clarke m.fl., 2015; Holth & Madsen, 2013). Videre synliggjør studiene visse kjønnsforskjeller mellom elevene, der det tyder på at gutter og jenter kan ha ulike syn på- og opplevelse av deres helse. Studiene viser også en tendens til at gutter og jenter bruker skolehelsetjenesten i ulik grad. Det kan tyde på at gutter og jenter mestrer utfordringer på ulike måter. Gutter ønsker tilsynelatende å håndtere utfordringene selvstendig, mens jenter ønsker sosial støtte når de skal mestre utfordringer (Finpå m.fl., 2017; Langaard, 2006; Sollesnes, 2010). Samtidig tyder en studie på at elevene kan oppleve dårligere psykisk helse i tiltak som vektlegger potensielle utfordringer (Garmy m.fl., 2015).

Tiltak og hjelpemidler kan også bidra til å gi hjelperne kunnskap om ulike tilnæringsmåter (Garmy m.fl., 2014; Haugland m.fl., 2013). Videre kan det bidra til å gjøre det enklere å

kommunisere med elevene (Laholt m.fl., 2017). PF synes å kunne bidra til å endre elevenes fokus fra et negativt til et positivt fokus og kan fremme deres mestringsstrategier (Haugland m.fl., 2013; Raknes, Dyregrov, m.fl., 2017).

Studiene som har blitt inkludert er kvalitative og kvantitative, og tar utgangspunkt i hjelpernes, foreldrenes og elevenes perspektiv. Kvalitative studier har som hensikt å frembringe kunnskap om hvordan et fenomen eller en situasjon kan fortolkes og forstås (Jacobsen, 2010). Kvantitative studier undersøker effekt, fordeling, forskjeller og omfang (Malterud, 2011). Både kvalitative og kvantitative studier har sine begrensninger. Resultatene i kvalitative studier ikke kan generaliseres, slik kvantitative studier kan. Samtidig kan kvalitative studier fremdeles ha en overføringsverdi til andre settinger. På den andre siden gir ikke kvantitative studier dybdekunnskap om temaet. Forskeren kan påvirke resultatene i begge tilnæringsmåtene (Jacobsen, 2010).

Noen av studiene omhandler andre helsefremmende og forebyggende tiltak enn PF. Noen forskjeller mellom disse og PF presenteres her. Zippys venner er et tiltak som har en lengre varighet enn klasseromsundervisning i PF (Holen m.fl., 2012; Raknes, 2017). Det innebærer 24 ukentlige leksjoner, der ulike temaer gjennomgås med elevene (Holen m.fl., 2012). Up er også et tiltak som har lengre varighet enn PF (Nielsen m.fl., 2015; Raknes, 2017). Det gis til alle elevene på skolen i flere moduler, der elevene får informasjon om ulike forhold som kan fremme deres psykiske helse. Det legges opp til at elevene skal sette seg mål som de skal jobbe mot mellom de ulike modulene. I dette tiltaket involveres også elevenes foreldre, skolens ansatte blir kurset for å heve deres kompetanse på området, i tillegg til at det fokuseres på tiltak som kan rettes mot skolemiljøet (Nielsen m.fl., 2015). Også DISA har lengre varighet enn PF (Garmy m.fl., 2014; Raknes, 2017). DISA innebærer 10 ukentlige møter i grupper, der hvert møte har en varighet på 60-90 minutter (Garmy m.fl., 2014). Selv om disse tiltakene har noe ulik tilnæringsmåte og varighet, kan resultatene i disse studiene anses å være relevante for denne oppgaven.

3.0. Teori

I dette kapitlet presenteres det teoretiske grunnlaget som skal bidra til analysere og drøfte problemstillingen ”Hvordan kan PF forstås som et helsefremmende tiltak?”. Antonovsky (2012) sin beskrivelse av helse og helsefremming er inkludert for å forstå helsesøstrenes beskrivelser av PF som helsefremmende tiltak. Som en del av dette beskrives opplevelse av sammenheng, samt hvordan barn og unges utvikling kan påvirke deres opplevelse av sammenheng. Som en del av dette nevnes Eriksens teori kort. Medikalisering er inkludert som en motsats til salutogenesen. Dette for å belyse den potensielle ulempen med helsefremmende arbeid. Videre er teori om betydning av fagkunnskap og profesjonelt skjønn inkludert for å analysere og diskutere helsesøstrenes vurdering og selvbeskrevne bruk av PF. Denne teorien kan bidra til å belyse faktorer som kan bidra til å gjøre tiltaket helsefremmende eller sykkeliggjørende.

3.1. Salutogenese

Antonovsky (2012) utviklet salutogenesen som en motsats til patogenesen og var interessert i faktorene som gir helse tross vanskelige omstendigheter (Suominen & Lindstrom, 2008). Antonovsky (2012) beskriver helse som et kontinuum, der helse og uhelse fremstilles som to motpoler på en skala. Alle mennesker beveger seg på kontinuumet til enhver tid, da mennesket kontinuerlig utsettes for små og store påkjenninger. Disse påkjenningene kan bidra til å utvikle mennesket, da mennesket har en evne til å tilpasse seg påkjenningene det utsettes for. Disse påkjenningene kan dermed forstås som helsefremmende (Antonovsky, 2012). I teorien om salutogenesen rettes oppmerksomheten mot faktorene som kan fremme helse (Antonovsky, 1996, 2012).

Opplevelse av sammenheng og generelle motstandsressurser anses som viktig for å forstå det salutogene perspektivet på helse og helsefremming. Opplevelse av sammenheng består av tre komponenter; *begripelighet*, *håndterbarhet* og *meningsfullhet*. *Begripelighet* handler om forventningen om at ytre og indre stimuli er forutsigbare, forståelige og kan forklares. *Håndterbarhet* handler om opplevelsen av å ha ressurser som kan bidra til å takle kravene stimuliene stiller. *Meningsfullhet* handler om motivasjon til og tro på at det er verd å bruke krefter på utfordringene. Disse er knyttet til og påvirker hverandre. Samtidig synes noen av komponentene å være viktigere enn de andre der meningsfullhet synes å være viktigst, begripelighet nest viktig og håndterbarhet minst viktig. Årsaken synes å være at den enkelte

komponent i større eller mindre grad kan påvirke de andre og hvor man ligger på kontinuumet. Samtidig er mestring avhengig av alle komponentene (Antonovsky, 2012).

Antonovsky (2012) peker på noen likhetstrekk ved beskrivelsen av hans egen og Erik Eriksons psykososiale teori. Teoriene beskriver utfordringer som en naturlig del av- og en forutsetning for videre utvikling. Måten utfordringer håndteres på påvirker hvordan fremtidige utfordringer mestres (Antonovsky, 2012; Erikson, 1992). Videre skriver Antonovsky (2012) at opplevelsen av sammenheng utvikler seg i løpet av livet, og ser også dette i forbindelse med Eriksons teori. Det kan tolkes som at den fysiske, psykiske og sosiale utviklingen også påvirker menneskers opplevelse av sammenheng. Videre kan det tolkes som at de opplever og håndterer utfordringer annerledes desto eldre de blir (Antonovsky, 2012). Erikson (1983) synliggjør dette i hans klassifisering av de psykososiale krisene i livsforløpet.

Opplevelse av sammenheng synes å ha en sammenheng med generelle motstandsressurser. De generelle motstandsressursene har likhetstrekk ved at generelle motstandsressurser kan styrke opplevelsen av sammenheng. Generelle motstandsressurser kan bidra til å mestre utfordringer (Antonovsky, 1996, 2012). De er faktorer som gjør bevegelse mot helseenden av kontinuumet mulig. De kan ses på som indre og ytre ressurser som mennesket kan bruke for å mestre utfordringer. Kunnskap, sosial støtte og mestringsstrategier er eksempler på generelle motstandsressurser (Lindström & Eriksson, 2005). Salutogenese og empowerment er knyttet til hverandre. I salutogenesen kommer dette til uttrykk gjennom fokuset på at kunnskap kan ses på som en form for kontroll og mulighet til å ta styring over helsefremmende faktorer (Braut, 2018).

3.2. Medikalisering

I 1960-årene oppsto begrepet medikalisering som følge av en utvikling der stadig flere plager ble ansett som sykdom (Lian, 2012). Begrepet innebærer en bekymring for at normalspennet snevres inn, og at toleransen for avvik blir mindre (Lian, 2006, 2012; Svendsen, 2006). Betydningen av ordet medikalisering er ”å gjøre medisinsk” (Lian, 2006). Medikalisering betegnes som en prosess der stadig større deler av menneskets liv blir relevant for medisinske inngrep (Illich, 1996). Det innebærer at medisinske betegnelser og rammeverk brukes for å betrakte, beskrive og forstå forhold ved menneskers liv. I tillegg handler det om at medisinske tiltak iverksettes for å løse utfordringer mennesker kan oppleve (Conrad, 1992). Dette kan påvirke menneskers evne til å takle hverdagslige utfordringer, da det kan føre til en redusert

motstandsevne og økt sårbarhet (Brinkmann, 2015; Svendsen, 2006). Dette kan resultere i at gruppen av syke, unormale og hjelpetrengende øker (Brinkmann, 2015; Lian, 2012).

Utviklingen synliggjør en fremvekst av tilbud om behandling av eksisterende problemer, potensielle problemer, og tiltak med formål om å gjøre livet bedre (Anderssen & Gjernes, 2012; Lian, 2012). Lian (2006) beskrev i sin artikkel at utviklingen kan ha bidratt til å gjøre forventningene til helsen er høye, og at disse forventningene ikke samsvarer med realiteten. Dette kan føre til at flere blir misfornøyd med deres helse. (Lian, 2006, 2012). Samtidig har menneskers helseplager endret seg og er også en årsak til veksten. Samfunnsforholdene kan være en påvirkende faktor for en del av plagene, for eksempel plager relatert til stress og skadelige kroppsidealer (Lian, 2012).

Helsepersonell har gjerne et ønske om å bruke deres kompetanse til å hjelpe andre til å få et bedre liv (Lian, 2006, 2012). Den gode hensikten bak helsefremmende og forebyggende tiltak kan gjøre det utfordrende å stille spørsmål ved dem (Pettersvold & Østrem, 2012). Samtidig kan også slike tiltak ha uheldige konsekvenser (Svendsen, 2006). På den ene siden kan det føre til at mennesker som har risiko for å utvikle sykdom eller er syke kan få hjelp, på den andre siden kan det føre til at friske mennesker blir sykkeliggjort (Lian, 2006, 2012). Det kan tolkes som at helsefremmende arbeid kan bidra til å synliggjøre hvordan mennesker kan ivareta egen helse. Samtidig kan dette inneholde et moraliserende aspekt, hvor den enkelte får ansvar for å ta vare på egen helse (Anderssen & Gjernes, 2012; Lian, 2006).

3.3. Betydning av faglig kunnskap og skjønn i praksis

Benner (1995) beskriver at kunnskaper og ferdigheter utvikles stegvis fra nybegynnerstadiet til ekspertstadiet i fem steg. Nybegynnerstadiet er det første steget, der sykepleieren har ingen eller lite erfaring. Hun kan være usikker i fagutøvelsen og fremstilles som noe avhengig av prosedyrer og metoder. Videre beskrives det et behov for støtte og veiledning for å utvikle hennes kunnskaper og ferdigheter til et høyere nivå. Eksperten beskrives som en sykepleier med teoretisk kunnskap og praktisk erfaring. Hun skriver at teoretisk kunnskap og praktisk erfaring utfyller hverandre, og at begge er nødvendige i klinisk praksis (Benner, 1995).

Kartleggingsverktøy kan ikke erstatte den faglige kompetansen (Pettersvold & Østrem, 2012). Prosedyrer og retningslinjer er ikke tilstrekkelig alene for god utøvelse da alle situasjoner og mennesker er unike. Teori kan bidra med kunnskap, men synliggjør ikke det komplekse i

møtene og situasjonene (Benner, 1995). Grimen (2009) beskriver også menneskelige møter og situasjoner som komplekse, og uttrykker en frykt for standardisering av praksis. Viktigheten av å gjøre en profesjonell skjønnsmessig vurdering vektlegges for å kunne håndtere den enkelte situasjon hensiktsmessig. Det er viktig å gjøre en skjønnsmessig vurdering av hver enkelt situasjon, da ingen måter å håndtere situasjoner i klinisk praksis er overførbar til enhver situasjon (Benner, 1995; Grimen, 2009; Pettersvold & Østrem, 2012). Grimen (2009) skriver at manualisering av praksis bør unngås, da dette potensielt kan gjøre det profesjonelle skjønnnet mindre verdt og standardisere praksis. En rigid bruk av tester og kartleggingsverktøy kan føre til at fagutøvelsen overstyres av tiltakene. Dette kan gå på bekostning av barn og unge, da det kan føre til at deres behov ikke vektlegges tilstrekkelig (Pettersvold & Østrem, 2012). Samtidig skriver Benner (1995) at det er viktig å ha prosedyrer og retningslinjer for å ramme inn sykepleieres arbeid. Erfaring og teoretisk kunnskap kan gjøre det mulig å tilpasse prosedyrene i praksis, og dermed bruke dem fleksibelt. Erfaring kan bidra til å fortolke situasjonene og handle hensiktsmessig (Benner, 1995). Helsesøstrene i en studie vurderer hvordan kartleggingsverktøy kan brukes optimalt ved å vurdere elevenes behov, bruke deres fagkompetanse og se det i sammenheng med kartleggingsverktøyet (Nilsen, Litland & Hjälmhult, 2014).

4.0. Metode

I dette kapittelet beskrives metoden som har blitt brukt for å belyse problemstillingen ”hvordan kan PF forstås som et helsefremmende tiltak?”. Her presenteres vitenskapsteoretisk ståsted, datainnsamlingsmetode, utvalg og rekruttering av informanter, gjennomføring av intervjuene, transkripsjon, analyse og forskningsetiske overveielser.

4.1. Vitenskapsteoretisk ståsted

I denne oppgaven er jeg inspirert av Gadamer (2012) sin beskrivelse av hermeneutikken, som er en teori om forståelse og fortolkning. Hensikten var at hermeneutikken skulle bidra til å gjøre meg bevisst på min forforståelse, og hvordan den kan påvirke fortolkningene av materialet. Dette bidro til å motivere meg til å stille spørsmål til forforståelsen, og være kritisk til fortolkningen av materialet.

Forståelseshorisonten er et begrep i hermeneutikken (Gadamer, 2012). Jeg forstår forståelseshorisonten som det jeg har evne til å se ut fra mitt ståsted. Mitt ståsted påvirkes av mine personlige og faglige erfaringer, og kan videreutvikles gjennom samhandling med andre (Gadamer, 2012). Dette kan ses i sammenheng med det Malterud (2011) skriver; at forskere bør være oppmerksom på at de påvirker materialet underveis i kvalitative studier. Det er viktig å være bevisst på og reflektere over sin egen forforståelse, på grunn av at den påvirker fortolkningene. Denne bevisstheten kan bidra til at man blir åpen for informantenes historier, og kan bidra til å utvide forståelseshorisonten (Gadamer, 2012). Informantenes uttalelser kan misforstås dersom man ikke er bevisst over og reflekterer over egen forforståelse (Fleming, Gaidys & Robb, 2003; Gadamer, 2012). Hermeneutikken har slik bidratt til å øke bevisstheten over valgene jeg har tatt i denne prosessen. I begynnelsen hadde den for eksempel betydning for utformingen av problemstillingen og intervjuguiden. Underveis utviklet jeg videre problemstillingen, forskningsspørsmålene og intervjuguiden etter jeg hadde fått mer innsikt i temaet gjennom samtalene med informantene. Jeg har valgt å beskrive min forforståelse i et eget delkapittel (4.1.1).

Et annet begrep i hermeneutikken er den hermeneutiske sirkel. Den hermeneutiske sirkel er en fortolkningsprosess der en kan oppnå større innsikt gjennom å veksle mellom å se på helheten og delene (Gadamer, 2012). Jeg tolker dette slik at forforståelsen og nye erfaringstolkninger kan knyttes sammen i denne fortolkningsprosessen. I analysen og diskusjonen har jeg vekslet

mellom å se på hele datamaterialet og mindre deler av datamaterialet, for så å avslutningsvis sette delene sammen til en ny helhet igjen. Slik har den hermeneutiske sirkel bidratt til å hjelpe meg å se temaet på andre måter.

4.1.1. Forforståelse

Erfaringene mine innebærer kommunikasjon med barn og unge som opplever hverdagslige utfordringer, i tillegg til barn og unge som har problemer og vansker. Disse erfaringene har bidratt til en tanke om at dersom det utelukkende fokuseres på risikofaktorer og problemer, fremfor ressurser og mestring, kan det bidra til å sykeliggjøre barn og unge. Dette anser jeg som spesielt viktig da helsesøster hovedsakelig jobber med friske barn og unge, og at møtene med dem kan påvirke deres tanker om seg selv og verden. I begynnelsen av prosjektet hadde jeg en holdning om at PF kunne være løsningen på mange utfordringer barn og unge opplever. Som følge av medias fremstilling av barn og unges psykiske helse, hadde jeg en tanke om at vi i helsesøstertjenesten måtte bidra til å endre denne utviklingen – hvor PF kunne være en del av løsningen. På bakgrunn av dette ønsket jeg å undersøke hvilke erfaringer helsesøstre hadde med PF som et helsefremmende tiltak. Underveis utviklet denne holdningen seg til å problematisere tiltaket, der jeg begynte å stille spørsmål om tiltaket hvilke konsekvenser tiltaket kan få for friske barn og unge. Avslutningsvis i prosjekt utviklet forforståelsen seg til å tenke at PF kan være et helsefremmende tiltak dersom det brukes på en hensiktsmessig måte.

4.2. Datainnsamlingsmetode

Jeg har valgt kvalitative dybdeintervju som metode for å få innsikt i helsesøstrenes erfaringer med PF som helsefremmende tiltak. Jeg anså kvalitative intervju som mest hensiktsmessig for å besvare problemstillingen. Kvalitative dybdeintervju kunne bidra til å gi en forståelse av PF som et helsefremmende tiltak fra helsesøstrenes perspektiv. Gjennom kvalitative dybdeintervju kan man få innsikt i menneskers erfaringer. Samtalen i intervjuet kan gi innsikt i informantenes opplevelser, og kan bidra til å frembringe ny kunnskap (Kvale & Brinkmann, 2015). Jeg valgte å innhente datamaterialet gjennom individuelle intervju. Dette på bakgrunn av at det var ønskelig at informantene skulle få anledning til å snakke fritt om muligheter og begrensninger med PF som helsefremmende tiltak. Individuelle intervju kan representere en tryggere og mer skjermet situasjon for utveksling av sensitiv informasjon enn fokusgruppeintervju (Malterud, 2011). Tanken var at helsesøstre kunne oppleve det som

utfordrende å dele negative erfaringer med tiltaket i en gruppesetting dersom de opplevde en lojalitetsfølelse til deres helsesøstertjeneste.

Jeg utarbeidet en semistrukturert intervjuguide med forslag til spørsmål (Vedlegg 8). Intervjuguiden ble bearbeidet mellom hvert intervju og det ble gjort noen justeringer underveis i intervjuguiden. Dette fordi jeg underveis fikk bedre innblikk i hvordan jeg kunne fokusere for å finne ny kunnskap om temaet, slik Malterud (2011) beskriver det. Etter det andre intervjuet begynte jeg å stille spørsmål om hva helsefremming betydde for helsesøstrene. Ved å la helsesøstrene fortelle hva helsefremming betydde for dem, kunne de tydeliggjøre hvordan klasseromsundervisning i PF kunne være helsefremmende.

Formålet i intervjusituasjonen var å få informantene til å fortelle om PF som klasseromsundervisning. Jeg valgte semistrukturerte intervju slik at jeg kunne holde fokuset på temaet i samtalen (Kvale & Brinkmann, 2015). PF kan som tidligere nevnt brukes på ulike måter – både sammen med enkeltelever, i grupper og som undervisning (Raknes, Hansen, m.fl., 2017; Raknes & Haugland, 2013). Informantene i min studie beskrev deres bruk av PF på alle disse måtene. Dette synliggjorde at de ulike bruksområdene hadde en sammenheng med hverandre. På bakgrunn av dette utviklet problemstillingen seg fra å kun omhandle PF som klasseromsundervisning, til å omhandle PF som tiltak. Dette var et resultat av det Malterud (2011) beskriver som kunsten å balansere mellom å være åpen for informantenes fortellinger, samtidig som man holder fokuset på temaet.

4.3. Utvalg og rekruttering av informanter

Inklusjonskriteriene for deltakelse i studien var at informantene måtte være helsesøstre og ha erfaring med PF som klasseromsundervisning i skolehelsetjenesten. Et utvalg av helsesøstre med denne erfaringen fikk forespørsel om å delta i studien. Disse kriteriene ble ansett som viktig for å kunne rekruttere informanter som kunne gi nyttige beskrivelser om problemstillingen. Et strategisk utvalg forutsetter at utvalget har erfaringer som kan bidra til å belyse problemstillingen (Malterud, 2011). Med utgangspunkt i dette forstår jeg utvalget i studien som strategisk.

Det stiltes ikke krav til erfaring med undervisning i spesielle klassetrinn, eller antall ganger helsesøstrene hadde undervist i temaet. Fokuset i denne studien var på helsesøstrenes erfaringer og beskrivelser av hvordan klasseromsundervisning i PF kunne bidra til å fremme

elevenes helse. Dermed ble det ikke ansett som nødvendig å ekskludere de som hadde erfaring i spesielle klassetrinn. Tidlig i prosessen gjorde jeg meg kjent med hvilke kommuner som tilbydde klasseromsundervisning i PF. Et utvalg av disse ble gjort på bakgrunn av en vurdering av økonomi, logistikk og hvilke kommuner som hadde hatt en stabil arbeidsgruppe over flere år.

Først sendte jeg en henvendelse til helsesøstrenes virksomhetsleder med forespørsel om tillatelse til å rekruttere og intervjuer helsesøstre i kommunen (Vedlegg 4). Fem kommuner fikk forespørsel om å delta, hvor to takket nei. Informasjonsskrivet og samtykkeskjemaet ble deretter sendt til deres fagleder som fikk forespørsel om å videreformidle disse til helsesøstre som innfridde inklusjonskriteriene (Vedlegg 5). Jeg valgte å gjennomføre et prøveintervju for å prøve ut spørsmålene i intervjuguiden. Prøveintervjuet ble gjennomført i en kommune, og ble inkludert i studien. Fra den andre kommunen stilte to helsesøstre som informanter, fra den tredje kommunen stilte tre helsesøstre.

Rekrutteringsprosessen ble avsluttet etter å ha fått tilbakemelding fra seks helsesøstre. Størrelsen på utvalget skyltes en vurdering sammen med veileder, tidsrammen og økonomi. Tidsrammen var en påvirkningsfaktor da det var ønskelig å gjennomføre en grundig analyse av materialet før oppgaven måtte leveres inn. Økonomi ble ansett som en påvirkningsfaktor da jeg hadde lang reisevei for å få gjennomført intervjuene personlig. Informantene i denne studien er helsesøstre, kvinner og etnisk norske. De hadde 0,5-17 års erfaring som helsesøster fra tre store kommuner. Helsesøstre hadde egen erfaring med klasseromsundervisning i PF til elever i 5 trinn, 8 trinn og videregående skole.

4.4. Gjennomføring av intervjuene

Tid og sted for intervjuene ble avtalt på e-post. Informantene fikk velge sted for intervjuet. I alle intervjuene valgte informantene å gjennomføre intervjuene på sine kontor i arbeidstiden, som kan anses som en naturlig kontekst for helsesøstre (Jacobsen, 2010). De var dermed i trygge, kjente omgivelser. Dette kan også ha bidratt til at helsesøstre var inne i rollen som helsesøster, noe som kan ha påvirket deres svar. I følge Jacobsen (2010) påvirker konteksten alltid intervjuet. I fire av intervjuene ble vi forstyrret underveis av elever og lærere som banket på døren. En av disse helsesøstre måtte også dra i et kort møte underveis i intervjuet. Disse elementene kan antas å ha en forstyrrende virkning på informantene. Det gjorde det også mer krevende for meg som intervjuer å holde fokus i intervjuet. Dette er en ulempe ved å

gjennomføre intervjuene i en naturlig kontekst, og sannsynligheten for slike forstyrrelser kunne vært mindre dersom intervjuene ble gjennomført i en kunstig kontekst (Jacobsen, 2010).

Den opprinnelige planen var å gjennomføre alle intervjuene med personlig oppmøte. På grunn av at rekrutteringen tok lengre tid enn forventet måtte jeg vurdere andre muligheter på grunn av tidsrammen og økonomi. De fire første helsesøstrene som først takket ja til å delta i studien fikk tilbud om intervju med personlig oppmøte. De to siste helsesøstrene fikk tilbud om å gjennomføre intervjuet over Skype. I forkant gjorde jeg noen litteratursøk for å undersøke Skype som intervjuemedium (Oates, 2015; Sullivan, 2012). På grunn av dette ble Skype foretrukket i de resterende intervjuene. Et intervju ble gjennomført over telefon på grunn av tilkoblingsproblemer. Denne potensielle utfordringen var tatt høyde for og informanten var informert om dette i forkant av intervjuet. Potensielle ulemper med Skype som intervjuemedium er risikoen for tekniske problemer som varierende eller dårlig internett-, lyd- og bildekvalitet (Oates, 2015). Jeg opplevde ikke intervjuet over Skype og telefon som annerledes eller mindre åpent enn intervjuene som ble gjennomført ved personlig oppmøte. Disse intervjuene har bidratt til å belyse problemstillingen på lik linje med flere av de andre intervjuene.

Intervjuene ble gjort i oktober og november i 2017 og hadde en varighet på 37-53 minutter. Innledningsvis i intervjuet gjentok jeg informasjonen fra informasjonsskrivet (Vedlegg 6). Informantene fikk også anledning til å stille spørsmål om studien i begynnelsen av intervjuet. Deretter stilte jeg noen spørsmål om bakgrunnsopplysninger som fremkommer i intervjuguiden (Vedlegg 8). Intervjuguiden ble ikke fulgt slavisk i intervjuene, men ble brukt som en huskeliste. Avslutningsvis gikk jeg gjennom intervjuguiden for å sikre at spørsmålene var besvart og oppsummerte nøkkelpunktene i intervjuet. Informantene fikk da anledning til å korrigere eventuelle misforståelser og kunne komme med avsluttende kommentarer. Intervjuene ble planlagt slik at jeg hadde tid mellom intervjuene til å reflektere over dem, skrive notater i loggboken og justere intervjuguiden ved behov (Malterud, 2011).

4.5. Transkripsjon

Jeg transkriberte intervjuene selv fortløpende etter intervjuene. Først lyttet jeg til intervjuene flere ganger for å sikre at informantens uttalelser ble oversatt ordrett. For å sikre informantens anonymitet og gjøre teksten leservennlig transkriberte jeg teksten på bokmål.

Etter transkriberingen lyttet jeg til lydfilene igjen for å sikre at tekst og lydfil samsvarte. Jeg unnlot å transkribere intonasjon, emosjonelle aspekter, lydord og prober som ”ja” og ”mhm” da det ikke ble vurdert som viktig i disse intervjuene for å få frem informantenes mening. Gjennom å gjennomføre intervjuene og transkribere selv fikk jeg anledning til å få et helhetsinntrykk av teksten (Malterud, 2011).

I tre av lydopptakene var det forstyrrende elementer der det ble banket på døren, bladd i papirer eller skrapet med stoler. Dette førte til at det ikke var mulig å tyde to setninger. Den transkriberte teksten var på 67 sider med skriftstørrelse 12 og enkel linjeavstand.

4.6. Analyse

Materialet ble organisert, fortolket og sammenfattet ved hjelp av problemstillingen og forskningsspørsmålene i analysen (Malterud, 2011). Analysemetoden er inspirert av Graneheim og Lundman (2004) sin kategoribaserte analyse. *Analyseenheten* var de transkriberte intervjuene. Jeg lyttet til intervjuene og leste gjennom transkripsjonene flere ganger for å få et helhetsinntrykk av innholdet. Ni ulike innholdsområder i intervjuene ble notert og var følgende: *rammene for undervisningen, felles tanke- og følelssespråk for elevene og de voksne rundt dem, ulikt kognitivt nivå blant elevene i de ulike klassene, elevenes nytte av tiltaket, standardisert undervisningsopplegg, samarbeid, vektlegger å nå ut til alle, tanke om at elevene har behov for det og fremme egenomsorg*. Jeg noterte disse ned, samtidig som jeg forsøkte å legge disse til side slik at de ikke skulle bli styrende i den videre analysen. Årsaken til det er at jeg ønsket å være åpen for andre funn som kunne bidra til å belyse problemstillingene. Gjennom å notere disse områdene kunne jeg gå tilbake til dem og bruke dem til å sikre at jeg ikke kun fant bekreftelser på mine innledende antakelser, men klarte å se på materialet på en ny måte.

Meningsbærende enheter kan være ord, setninger eller avsnitt der innhold og kontekst kan ha en sammenheng med hverandre (Graneheim & Lundman, 2004). Problemstillingen og forskningsspørsmålene var styrende for hvilke meningsbærende enheter som ble tatt med videre i analysen. Et eksempel på en meningsbærende enhet er: *”Vi har blant annet bamser som vi viser, og vi ber de om å ha en liten grønn ting i pennalet hver dag. Eller hvis de for eksempel har gruet seg til en overnatting så sier vi at de kan ta med en grønn bamse eller en grønn nattpysj”*. Jeg plasserte de meningsbærende enhetene i tabeller i et Microsoft Word dokument. Tabellene utgjorde til slutt 88 dataskrevne sider uten linjeavstand. Underveis i

analyseprosessen ble disse tabellene kortet ned da jeg så at flere av de meningsbærende enhetene ikke bidro direkte til å belyse problemstillingen.

De meningsbærende enhetene ble så **kondensert** i kolonnen ved siden av, der teksten ble kortet ned samtidig som innholdet skulle bevares (Graneheim & Lundman, 2004). For å bevare innholdet i uttalelsen leste jeg gjennom hele analyseenheten i flere omganger. Kondensatet til meningsenheten ovenfor ble slik: ”*Vi anbefaler elevene å ha en grønn ting tilgjengelig, slik at den kan minne dem på de grønne tankene*”.

I det neste steget fikk de kondenserte meningsenhetene hver sin **kode**. Det kan også betegnes som en merkelapp eller etikett (Graneheim & Lundman, 2004). Jeg forstår kodene som en kort beskrivelse av innholdet. For å tydeliggjøre innholdet i kodene ble kodene skrevet i fullstendige setninger. Koden til kondensatet ovenfor ble: ”*Grønne objekter minner barna på de positive tankene*”.

Deretter ble kodene samlet i **kategorier** med utgangspunkt i områder de bidro til å belyse. I dette steget måtte jeg prioritere hvilke deler av materialet jeg ville fokusere på (Malterud, 2011). Noe av materialet ble ekskludert på grunn av at det ikke ble ansett som relevant for problemstillingen. I dette steget stilte jeg forskningsspørsmålene til meg selv. Tverrfaglig samarbeid ble for eksempel ekskludert i denne prosessen. Etter å ha gjennomgått dette steget flere ganger utgjorde tabellene 7 sider. Koden ovenfor fikk kategorien ”*Bidrar til å minne elevene på og motivere dem til å tenke annerledes*”.

Temaet er summen av den underliggende meningen i flere kategorier som bidrar til å belyse et område av problemstillingen. Innholdet i alle stegene kan tolkes forskjellig og kan derfor sammenfattes på en annen måte enn det jeg har valgt å gjøre i denne oppgaven (Graneheim & Lundman, 2004). Kategorien ovenfor kom inn under temaet: ”*PF forbereder elevene til å håndtere fremtidige utfordringer*”.

Som et ledd i analysen ble kategoriene beskrevet som tekst. Dette førte til at jeg så nye sammenhenger i materialet. Videre førte det til at kategoriene ble sortert på nytt. Dette presenteres i neste kapittel. Jeg gikk da på nytt tilbake til analyseenheten og analysetabellene for å sikre at meningen ble bevart. Analysen fortsatte videre da jeg jobbet med diskusjonen,

der jeg igjen fikk anledning til å se nye sammenhenger i materialet. Dette forstår jeg som rekontekstualisering slik Malterud (2011) beskriver det.

Jeg endte til slutt opp med tre tema som var følgende:

- PF forbereder elevene til å håndtere fremtidige utfordringer
- PF støtter helsesøster i hjelperrollen
- Utfordringer med PF som helsefremmende tiltak

Analysen kan tilnærmes induktivt eller deduktivt. Induktiv tilnærming benyttes gjerne dersom det foreligger begrenset kunnskap om temaet, og bidrar til at empirien utvikles til teorier i analysen. Ved deduktiv tilnærming tas det utgangspunkt i tidligere kunnskap, og hypoteser fremsettes (Malterud, 2011). I denne oppgaven arbeidet jeg først med empirien uten å samtidig arbeide med teori og tidligere forskning for å kunne se funnene som utpreget seg i materialet uten å la teorien styre det. Etter å ha gjennomført alle stegene i analysen en gang begynte jeg å jobbe med teori og tidligere forskning. Dette bidro til å tydeliggjøre funnene ytterligere i de påfølgende analysene. Teoriene og forskningen bidro til å sette ord på funnene. Med utgangspunkt i dette vil jeg si at jeg vekslet mellom induktiv og deduktiv tilnærming i analyseprosessen. Funnene i analysen hadde betydning for hvilke teorier som ble valgt ut, samtidig som jeg innledningsvis hadde en tanke om å benytte teorien om salutogenesen og teori om den psykososiale utviklingen. Medikalisering og betydningen av faglig kunnskap og skjønn ble inkludert etter den første analyserunden var gjennomført.

I analysen valgte jeg å prioritere funnene som kunne bidra til å belyse problemstillingen, samtidig som jeg ekskluderte funn som det er forsket mye på tidligere. Et eksempel på dette er tverrfaglig samarbeid og begrensede ressurser. De meningsbærende enhetene ble tatt med i analysetabellene i alle stegene slik at jeg kunne unngå å tillegge informantene andre meninger. Jeg gikk også flere ganger tilbake til analyseenhetene for å sikre at mening ikke gikk tapt. Slik gikk jeg frem og tilbake mellom helheten og delene av teksten. Da den første runden med koding var gjennomført diskuterte jeg funnene med veilederen min. Dette påvirket analysen ved at jeg klarte å korte ned de kondenserte meningsenhetene ytterligere og endre kodene. I tillegg påvirket det sorteringen av kategoriene og temaene slik at det stemte med fortolkningen min av informantenes uttalelser. De endelige funnene var et resultat av en hermeneutisk prosess der jeg bevegde meg fram og tilbake mellom transkripsjonene, funnene, forskning og relevant teori (Gadamer, 2012)

4.7 Etiske overveielser

Forskningsetikken skal bidra til å beskytte informantene (Reuter, 2003). I hele prosessen har jeg vurdert de forskningsetiske aspektene med de ulike delene, slik Kvale og Brinkmann (2015) anbefaler. Siden jeg skulle behandle personopplysninger med elektroniske hjelpemidler sendte jeg informasjon om studien til Norsk senter for forskningsdata (NSD) slik at de kunne vurdere den (Vedlegg 1). Underveis sendte jeg endringsmelding til NSD om at jeg ønsket å gjennomføre noen intervju på Skype (Vedlegg 3). Skype er ikke alltid egnet som intervjuemidium på grunn av at andre kan spore samtalen, lokalisasjon og informantens identitet. I tillegg har Skype rettigheter til å ta opp samtaler (Sullivan, 2012). I prinsippet kan også samtaler via smarttelefoner eller andre mobil telefoner i prinsippet bli ”avlyttet”. Samtidig viser en studie at Skype er mer fleksibel og kostnadseffektiv enn intervju med personlig oppmøte (Oates, 2015). Skype gir anledning til å bruke videofunksjonen der informanten og intervjuer får et ansikt å forholde seg til. Dette kan gi bedre mulighet til å skape god kontakt med informanten (Oates, 2015). Jeg drøftet Skype og telefon som intervjuemidium med veilederen min etter jeg mottok tilbakemeldingen fra NSD. Det ble ansett som få etiske betenkeligheten ved å gjennomføre intervjuet på Skype og telefon. Årsaken til det er at temaet som skulle undersøkes ikke anses som sensitivt. I tillegg var informantene helsepersonell og ble ikke ansett som en sårbar gruppe (Reuter, 2015).

Informantene fikk skriftlig og muntlig informasjon om studien i forkant av intervjuet (Vedlegg 6), deretter signerte de samtykkeerklæringen (Vedlegg 7). Samtykkeerklæringene, båndopptakeren og sikkerhetskopien av lydopptakene ble nedlåst for å ivareta informantenes konfidensialitet.

Intervjuguiden ble laget med en bevissthet om å unngå å stille veldig kritiske spørsmål. Årsaken til det er at flere helsesøstre har bidratt til å utarbeide undervisningsopplegget i kommunene deres, og at jeg ikke ønsket at de skulle oppleve at undervisningsopplegget ble kritisert. Samtidig stilte jeg noen spørsmål der jeg ønsket å åpne opp for eventuelle innsigelser mot tiltaket (Vedlegg 8). I forkant reflekterte jeg over at spørsmålene i intervjuguiden kunne sette i gang ubevisste eller undertrykkede tanker.

Personidentifiserende opplysninger ble anonymisert da intervjuene ble transkribert. Dette beskriver Malterud (2011) som fordelaktig. Egennavn på personer, steder, kommuner og

skoler ble anonymisert ved at de ble omgjort til fellesnavn som for eksempel ”skolen”. Jeg laget en koblingsnøkkel slik at jeg kunne identifisere informantene ved behov.

Koblingsnøkkelen ble nedlåst og de transkriberte intervjuene ble oppbevart på en passord beskyttet datamaskin. Intervjuene ble transkribert på bokmål for å sørge for at det ikke skulle være mulig å gjenkjenne informantenes dialekt.

Kvale og Brinkmann (2015) beskriver det som viktig å være bevisst på at all kontakt med materialet påvirker det. Jeg var derfor bevisst på det gjennom hele prosessen, slik at informantene ikke ble tillagt meninger i verken transkripsjonen, analysen eller diskusjonen. Samtidig ble deler av informantenes uttalelser tatt ut og sett i sammenheng med hverandre, og videre sammenfattet til et felles resultat, slik Malterud (2001) beskriver det. Resultatet er fremstilt og diskutert ved hjelp av de utvalgte teoretiske perspektivene. Dette har medført at aspekter som informantene ikke snakket om, men som samtidig kan ha betydning for temaet, har blitt inkludert i diskusjonen av funnene.

5.0. Funn og diskusjon

Seks helsesøstre ble intervjuet i denne studien, med hensikt å undersøke hvordan PF kan forstås som et helsefremmende tiltak. Det fremkom tre temaer av analysen; PF forbereder elevene til å håndtere fremtidige utfordringer, PF støtter helsesøster i hjelperollen og utfordringer med PF som helsefremmende tiltak. Hovedfunnene i temaene presenteres innledningsvis i hvert delkapittel. Videre diskuteres funnene opp mot valgt teori og forskning.

Informantene i denne studien hadde erfaring med PF som klasseromsundervisning.

Kommunene hadde utarbeidet sine egne, standardiserte undervisningsopplegg i form av powerpoint-presentasjon, samt informasjon til foreldrene og lærerne. I noen kommuner fikk foreldrene tilsendt et informasjonsskriv, i andre kommuner informerte helsesøster om tiltaket på et foreldremøte. Klasseromsundervisningen hadde en varighet på en skoletime, og lærerne skulle være tilstede. Undervisningsopplegget ga elevene en introduksjon i prinsippene i PF ved hjelp av aldersrelevant eksempler, praktiske oppgaver og diskusjon. Helsesøstrene hadde anledning til å gjøre endringer i undervisningsopplegget ved behov. De brukte også PF i individuelle samtaler med elevene.

5.1. PF forbereder elevene til å håndtere fremtidige utfordringer

Informantene beskrev at de brukte PF som klasseromsundervisning og PF i individuelle samtaler for å forberede elevene på hvordan de kunne tenke om, og håndtere fremtidige utfordringer. Helsesøstrene brukte PF til å støtte elevene i deres utvikling, og fokuserte på å normalisere hverdagslige utfordringer. Videre beskrev de PF som en potensiell måte å håndtere disse utfordringene på. De uttrykte at PF var en konkret og enkel måte å sortere hendelser på, og opplevde elevene kunne ha nytte av det for å ta kontroll over tankene sine.

5.1.1. Bidrar til å støtte elevene i deres utvikling

Helsesøstrene betegnet de fleste elevene som friske. Samtidig uttrykte de at elevene kan ha behov for hjelp til å tenke om og håndtere utfordringer annerledes. De beskrev det som normalt å oppleve utfordringer. Videre sa de at det er vanlig å ha røde tanker, og at disse tankene kommer lettere til bevisstheten. Helsesøstrene reflekterte over hvordan de brukte begrepene i PF. De understreket at de grønne tankene ikke burde betegnes som positive tanker, men alternative eller hjelpsomme tanker. Noen helsesøstre fortalte at de ikke ønsket å gi elevene inntrykk av at det er riktig å tenke positivt, men at det kan være en annen måte å

tenke om situasjonen på. De beskrev klasseromsundervisning i PF som en forberedelse til fremtidige utfordringer. Helsesøstrene snakket med elevene om hverdagslige utfordringer elevene kan oppleve i deres alder, og hvordan de kan tenke om- og håndtere dem på. De uttrykte et behov for å hjelpe elevene til å bevisstgjøre dem og deres muligheter til å tolke situasjoner på ulike måter. Videre uttrykte de at innføringen i PF kan være en måte å gi elevene kunnskap om dette. En helsesøster sa:

”Jeg tenker at det er lurt at de lærer at man kan tenke om igjen. At man ikke trenger å være så forutinntatt, eller tenke så sort-hvitt i en alder der alt er sort-hvitt.”

Funnene kan tolkes som at helsesøstrene forstår tiltaket som helsefremmende gjennom at det kan støtte elevene i deres utvikling. Dette ved at PF kan bidra til å utvikle elevers evne til å nyansere deres tanker og følelser. PF kan gi elever kunnskap om hvordan tankene og følelsenes kan påvirke deres helse. Lindström og Eriksson (2005) beskriver kunnskap som en generell motstandsressurs. Antonovsky (2012) skriver at generelle motstandsressurser kan bidra til å styrke opplevelsen av sammenheng, og videre fremme helse. Det kan tyde på at kunnskaper elever får kan bidra til at de kan oppleve fremtidige utfordringer som håndterbare. Dette ved at kunnskapene kan stimulere elevers evne til å vurdere og forstå situasjoner annerledes. I tillegg kan det motivere dem til å bruke PF som en ressurs når de opplever utfordringer. Klasseromsundervisningen kan med utgangspunkt i dette forstås som helsefremmende (Lindström & Eriksson, 2005). Ved at elever får kunnskap om ressurser de kan bruke, kan det føre til at de får større tro på at de klarer å håndtere fremtidige utfordringer, og får bedre forutsetninger til å forsøke og håndtere dem. Dette kan ses i sammenheng med opplevelse av meningsfullhet (Antonovsky, 2012). Antonovsky (1996) skriver videre at mennesker med sterk opplevelse av sammenheng lærer av feilene de gjør og har større sjans for å unngå samme feil i fremtiden. Dersom tiltaket kan bidra til å øke elevenes opplevelse av sammenheng kan sannsynligheten for å mestre fremtidige utfordringer øke.

Helsesøstrene i min studie belyser viktigheten av å ha et reflektert forhold til måten budskapet i undervisningen fremlegges. Dette understøttes av Bjørk (2015) som også beskriver det som viktig å reflektere over hvordan PF presenteres til en frisk populasjon. Helsesøstrene er i en posisjon der de kan påvirke elevers tanker om på seg selv (Lian, 2006, 2012). Det kan tolkes som at helsesøstrene i denne studien beskrev en bevissthet om at innføringen i PF kan påvirke

elevenes tanker og følelser. Videre kan det tyde på at måten tiltaket presenteres på kan påvirke elevenes tanker og følelser. Dersom helseinformasjon formidles på en moraliserende måte kan det bidra til å sykeliggjøre elevene (Anderssen & Gjernes, 2012; Lian, 2006). Det kan tyde på at det kan være hensiktsmessig å formidle budskapet i PF på en måte som ikke gjør at elevene oppfatter det som at de ”bør” ha grønne tanker. Dette understøttes av Holth og Madsen (2013). Brinkmann (2015) og Svendsen (2006) skriver at barn og unge kan bli mer sårbare og mindre motstandsdyktige dersom de sykeliggjøres. Måten tiltaket presenteres på kan med utgangspunkt i dette tenkes å ha en betydning for om tiltaket kan anses som helsefremmende eller ikke. Derfor kan det tyde på at det er viktig at den som formidler innholdet reflekterer over måten det formidles.

Funnene tyder på at helsesøstrene så et behov for å gi elevene hjelpemidler til å håndtere fremtidige utfordringer. Det kan tyde på at helsesøstrene mente at PF kan hjelpe elevene til å mestre fremtidige utfordringer, i form av at de lærte en måte å tenke på. Samtidig kan helsesøstrenes beskrivelser tolkes som at innføringen i PF tar utgangspunkt i potensielle, fremtidige utfordringer. Forskning viser at det kan være viktig å stimulere elevens evne til å se det positive med livet, slik at fokuset deres blir på det fremfor nåværende og fremtidige utfordringer (Garmy m.fl., 2015; Langford m.fl., 2015; Membride, 2016). Dette synliggjøres også av Espnes og Lindström (2014) sin fortolkning av salutogenesen. De skriver at for å få og finne kunnskap om noe en ønsker å oppnå er det ikke logisk å bruke metoder som er laget for å finne årsaker til eller virkemidler mot noe en vil unngå (Espnes & Lindström, 2014). PF bygger som tidligere nevnt på kognitiv atferdsterapi (Haugland, Maurseth & Raknes, 2013; Raknes, Hansen, m.fl., 2017; Raknes & Haugland, 2013). Kognitiv atferdsterapi brukes i forebygging og behandling av angst og depresjon (Higgins & O'Sullivan, 2015; Raknes, Dyregrov, m.fl., 2017). Det kan derfor stilles spørsmål om det er hensiktsmessig å bruke tiltak som har som brukes i forebygging og behandling av angst og depresjon i en helsefremmende kontekst. Jeg stiller derfor spørsmål om det med fordel kan tas utgangspunkt i noe annet enn elevenes utfordringer. For eksempel meningsfulle aktiviteter i hverdagen, som studien til Larsson m.fl. (2014) viser.

På den andre siden viser en annen studie at kunnskap kan bidra til å gi elever bedre psykisk helse (Bjørnsen m.fl., 2018). Det kan tolkes som at PF kan være et bidrag på dette området ved at tiltaket gir helsesøstrene anledning til å snakke om hverdagslige utfordringer, og dermed normalisere dem. Studien til Garmy m.fl. (2015) viste at elevene opplevde å ikke

være alene med sine negative tanker som følge av at de snakket sammen om sine egne og andres utfordringer. Det kan tyde på at når elevene hører medelevenes og helsesøsterens beskrivelser av deres tanker og følelser, kan de endre sitt syn på hverdagslige utfordringer og hva de kan tenke om dem. Det kan tolkes som at verbaliseringen i seg selv kan ha en helsefremmende komponent i seg. I tillegg får helsesøstrene anledning til å gi elevene kunnskap om hvordan de kan tenke om tankene og følelsene sine. Samtidig kan det føre til et økt fokus på utfordringene i seg selv for noen. Dette kan bidra til å synliggjøre viktigheten av å være bevisst og vurdere potensielle fordeler og ulemper ved tiltaket.

Helsesøstrene beskrev at de hadde en grunnleggende tanke om at elevene var friske, samtidig som de så et behov for å tilby et tiltak som kunne hjelpe elevene å mestre hverdagslige utfordringer. Dette er i tråd med teoriene til Erikson (1992) og Antonovsky (2012), som beskriver utfordringer som normalt, og som en betingelse for videre utvikling. Samtidig hevder Holth og Madsen (2013) at grensene mellom vanlige utfordringer og psykiske lidelser viskes ut når det hevdes at PF kan være til hjelp for *alle* barn og unge. En annen studie understreker at det er en balanse mellom hverdagslige utfordringer og tegn på at elevene holder på å utvikle en dårlig, psykisk helse (Larsen, Christiansen & Kvarme, 2016). På bakgrunn av Illich (1996) sine beskrivelser kan det tolkes som at PF kan bidra til sykeliggjøring når det hevdes at alle kan ha nytte av det. Helsesøstrene i min studie forklarte at PF kunne være aktuelt for alle, da alle opplever hverdagslige utfordringer. Dette understøttes av en annen studie der resultatene viste at informantene vurderte at klasseromsundervisning i PF kunne være hensiktsmessig. Samtidig fremkommer det ikke av resultatene at disse informantene hadde erfaring med PF som klasseromsundervisning, men med elever som opplevde vansker (Haugland m.fl., 2013). Helsesøstrene i min studie beskrev PF som et utviklingsstøttende tiltak, ved at det kan bidra til å hjelpe elevene å håndtere fremtidige problemer på hensiktsmessige måter. Det kan tolkes som at helsesøstrene var orientert mot å jobbe helsefremmende, da de beskrev at de brukte tiltaket til å styrke elevenes iboende ressurser. Tiltaket kan med utgangspunkt i det anses å være helsefremmende, da det kan stimulere elevenes evne til å tilpasse seg til en verden der de kontinuerlig utsettes for stressfaktorer (Antonovsky, 2012). På den andre siden kan det stilles spørsmål om tiltaket er helsefremmende når det er fokus på potensielle fremtidige utfordringer i klasseromsundervisningen. Det kan tyde på at måten budskapet i PF formidles på, bør gjøres på en bevisst og reflektert måte for å unngå sykeliggjøring av elevene. I tillegg kan det tyde

på at opplegget til klasseromsundervisningen med fordel kan evalueres for å sikre at innholdet når målgruppen.

5.1.2. Bidrar til å gi elevene kontroll over tankene og følelsene

Helsesøstrene beskrev hjelpehånden som et hjelpemiddel elevene kunne bruke for å dele opp en hendelse i flere bestanddeler. De uttrykte at den kan hjelpe elevene til å plassere kaotiske hendelser i system, hjelpe dem til å finne ut hva som plager dem, og verbalisere dem.

Helsesøstrene erfarte at elevene kunne ha utfordringer med å selvstendig sortere hendelser, tanker og følelser. Noen opplevde at hjelpehånden kunne bidra til at elevene så annerledes på utfordringene. I tillegg erfarte de at elevene kunne oppdage andre handlingsalternativer.

Helsesøstrene beskrev hjelpehånden som et verktøy de ga til elevene. De uttrykte at det kunne bidra til å gi elevene mer kontroll over situasjoner der de opplever hverdagslige utfordringer. Dette ved at elevene kunne bruke hjelpehånden selvstendig etter innføringen. En helsesøster sa:

”Hjelpehånden kan være helsefremmende i og med at det er et verktøy man kan putte i lommen sin og bruke når man trenger ekstra hjelp til å sortere og ta vare på seg selv.”

Det kan tolkes som at hjelpehånden kan bidra til å gi elevene kontroll. Dette ved at elevene kan bruke den selvstendig til å sortere tankene og følelsene sine i utfordrende situasjoner. Det kan tyde på at hjelpehånden tilrettelegger for elevenes selvstendige mestring. Fokuset på elevenes selvstendige kontroll og mestring kan i følge Antonovsky (2012) forstås som helsefremmende. I tillegg kan det tyde på at helsesøstrene får anledning til å gi elevene kunnskap om hvordan de kan bruke den til å få det bedre. Sortering som bidrag til å mestre utfordringer fremheves også som viktig for å gi elevene innsikt i studien til Larsson m.fl. (2014). Det kan tyde på at hjelpehånden kan bidra til å gi elevene innsikt i hvordan de kan sortere tankene sine. Ved å lære elevene å dele kaotiske hendelser opp i mindre deler, kan de oppleve hendelsene som mer overkommelig. Det kan forstås som at PF kan bidra til å gi elevene kontroll over utfordrende situasjoner som kan oppleves som kaotiske. Dette samsvarer med funnene i studien til Garmy m.fl. (2015). Med utgangspunkt i dette kan PF forstås som en måte elevene lærer å gjøre utfordrende tanker og følelser mer håndterbare. Dette er i tråd med Antonovsky (2012) beskrivelse av opplevelse av sammenheng.

Det kan tolkes som at helsesøstrene jobber for å styrke elevenes tro på at de kan ta kontroll over situasjonen, samt forsøker å motivere dem til å ta den kontrollen. Det vektlegges også i et annet tiltak, Zippys venner. Dette tiltaket viste seg å ha effekt på elevenes problemløsningsferdigheter i form av at de oftere oppsøkte hjelp når de hadde behov for det (Clarke m.fl., 2015; Holen m.fl., 2012). Det kan tyde på at tiltak som fokuserer på å utvikle elevenes ferdigheter kan utvikle deres mestringsstrategier. Det kan tenkes at hjelpehånden kan synliggjøre at elevene har muligheten til å ta kontroll over tankene sine. Videre kan det tenkes at det kan påvirke deres tanker om, og strategier for å mestre utfordringer. Blant annet viste funnene at helsesøstrene erfarte at PF kunne bidra til at elevene verbaliserte utfordringene siden. Dette samsvarer med funnene i studien til Laholt m.fl. (2017). Dette kan tolkes som en måte elevene lærte å ta kontroll ved at de ble stimulert til å verbalisere hvilke utfordringer de opplevde, og dermed sortere dem muntlig sammen med noen andre.

5.1.3. Bidrar til å minne elevene på og motivere dem til å tenke annerledes

Flere helsesøstre beskrev det som viktig å motivere elevene til å bruke PF selvstendig. Noen uttrykte at det var en forutsetning for at tiltaket skulle anses som helsefremmende. De trakk følelsesbarometeret frem som en del av PF som kunne motivere elevene til å bruke tiltaket. Dette ved at det kunne bidra til å bevisstgjøre elevene om endringene som har skjedd. En helsesøster sa:

”Jeg tror det er nyttig å bruke følelsesbarometeret for å gjøre dem bevisst på forskjellen hvis de ikke merker en stor forskjell med en gang.”

Det kan forstås som at det bidro til å motivere elevene til å jobbe med måten de tenker på da det kreves en innsats av elevene. For å gjøre det enklere for elevene å huske de grønne tankene oppmuntret elevene til å bruke grønne objekter som for eksempel en bamse eller pysjamas. Elevenes egen hånd kunne også fungere som en påminnelse om hvordan de kunne tenke. En helsesøster sa:

”Hånden har du med deg overalt uansett. En elev sa en gang at: jeg trenger bare å se på handa mi for å huske hva det dreide seg om og hvor feil jeg tenkte nå”.

Helsesøstrenes beskrivelser kan forstås som at de brukte det visuelle i PF for å hjelpe elevene til å minne seg selv på hvordan de kan tenke og sortere tankene sine. I studien til Laholt m.fl. (2017) viste resultatene at informantene også brukte objekter for å hjelpe elevene til å visualisere positive tanker selvstendig. Ut fra det salutogene perspektivet kan PF forstås som helsefremmende (Antonovsky, 2012). Dette gjennom at elevene får innsikt i hvordan de kan minne seg selv på positive tanker og måter de kan sortere tankene sine. Videre kan visualiseringen og påminnelsene ses som en form for generell motstandsressurs, slik Antonovsky (2012) beskriver det. Dette ved at objektene kan minne elevene på hva de kan tenke om situasjonen de står i. Objektet som en form for påminnelse kan også fungere som en slags motivasjon. Dette i tråd med begrepet meningsfullhet i Antonovsky (2012) teori om opplevelse av sammenheng. Det kan tenkes at dersom elevene får påminnelser om positive tanker, kan de få en motivasjon og tanke om at det er verdt å bruke krefter på å mestre utfordringene. Det kan være motiverende fordi at de kan se at de kan se situasjonen på en annen måte. Det kan tyde på at elevene kan få større tro på at de kan mestre utfordringene selvstendig, og at de har et objekt som kan hjelpe dem å håndtere utfordringene. Visualiseringen kan derfor forstås som en måte å fremme elevenes helse. For at elevene skal motiveres til å bruke PF selvstendig fremheves følelsesbarometeret som viktig. Følelsesbarometeret kan bidra til å synliggjøre små og store endringer for elevene (Raknes & Haugland, 2013). Med utgangspunkt i dette kan det være nærliggende å tro at dersom elevene oppfordres til å bruke følelsesbarometeret kan elevene motiveres til å bruke tiltaket selvstendig.

5.1.4. Oppsummerende refleksjoner

Funnene tyder på at helsesøstrene brukte PF til å forberede elevene på fremtidige utfordringer i form av at de ga elever kunnskap om hvordan de kunne tenke om og mestre fremtidige utfordringer. Det kan tolkes som at helsesøstrene var orientert mot å jobbe helsefremmende, da de brukte tiltaket til å styrke elevenes iboende ressurser. Dersom tiltaket brukes for å stimulere elevenes evne til å mestre motgang kan tiltaket forstås som helsefremmende. Samtidig problematiseres det at tiltaket tar utgangspunkt i utfordringer, og at det rettes mot en frisk populasjon. Jeg stiller derfor spørsmål om det kan være hensiktsmessig å ta utgangspunkt i helsefremmende faktorer fremfor potensielle utfordringer. Samtidig kan normaliseringen av utfordringer anses som helsefremmende ved at det kan føre til at elever får kunnskap om ”det normale”. Det synes å være viktig å reflektere over hvordan PF

presenteres for elevene, da det kan påvirke hva elever tenker om seg selv og andre. Dette kan bidra til å synliggjøre viktigheten av å være bevisst og vurdere potensielle fordeler og ulemper ved tiltaket.

Funnene tyder på at helsesøstrene bruker PF for å gi elever kontroll over deres tanker og følelser. Dette da elever kan hjelpehånden bruke hjelpehånden selvstendig. Tanken er at den kan bidra til å gi elever oversikt over tankene og følelsene deres, og kan bidra til at de blir mer håndterbare. Det kan tolkes som at helsesøstrene bruker PF for å utvikle elevers mestringsstrategier. Videre tyder funnene på at helsesøstrene så verdien av tiltakets visuelle deler, ved at de kunne bidra til å minne elevene på grønne tanker og hvordan de kunne tenke. Dette kan forstås som helsefremmende i form av at det kan bli enklere for elever å minne seg selv på positive, hjelpsomme tanker. Dette kan videre bidra til å gjøre disse tankene mer tilgjengelig for dem. I tillegg kan det tyde på at elever kan motiveres til å mestre utfordringer selvstendig dersom de opplever at tiltaket kan gi dem mer kontroll over tankene og følelsene. Videre kan dette potensielt bidra til å motivere elever til å se ulike sider av en situasjon.

5.2. PF støtter helsesøster i hjelperollen

Resultatene viser at PF kunne være til hjelp for helsesøstrene i deres arbeid med å fremme elevenes helse. De beskrev PF som en måte å snakke med elevene på, og at det kunne gjøre det enklere å utforske elevenes utfordringer og muligheter. PF kunne bidra til å strukturere individuelle samtaler med elevene. Videre uttrykte de at klasseromsundervisning i PF bidro til at de kom i posisjon til å hjelpe elevene. Dette ved at de fikk anledning til å identifisere elever med behov for oppfølging, i tillegg til at det kunne bidra til å gjøre elevene oppmerksom på at de kunne oppsøke helsesøster ved behov. Helsesøstrene beskrev PF som et konkret og visuelt tiltak, noe som bidro til å gjøre det enklere å formidle innholdet i PF til elevene. I tillegg uttrykte de at dette kunne bidra til at elevene kunne huske prinsippene i PF.

5.2.1. Bidrar til å strukturere individuelle samtaler

Samtlige helsesøstre uttrykte at de hadde savnet et hjelpemiddel de kunne bruke i individuelle samtaler før de begynte å bruke PF. Samtidig sa noen helsesøstre at de hadde kunnskap om ulike tilnæringsmåter, slik at de kunne velge tilnæringsmåten de vurderte som mest hensiktsmessig i ulike situasjoner. Helsesøstrene beskrev PF som et hjelpemiddel de kunne bruke i individuelle samtaler med elevene ved PF bidro til å strukturere samtalene. Dette ved at de kunne gå stegvis gjennom de ulike delene av hjelpehånda i samtalene, samtidig som de

kunne referere til dem underveis i samtalen. Andre brukte hjelpehånden til å strukturere samtalen uten å henvise til den. En helsesøster sa:

”De kommer inn til meg og forteller om ting de synes er utfordrende, men om jeg bruker hjelpehånden eller ikke i den samtalen, det tror jeg ikke spiller noen rolle. Det er like helsefremmende og forebyggende uansett om den er med eller ikke.”

Dette kan forstås som at samtalen i seg selv kan være det viktigste for elevene. Det kan bety at helsesøstrene så at det viktigste for elevene er å få satt ord på utfordringene sine. Dette ved at elevene fikk anledning til å sortere utfordringene gjennom å snakke om dem. Samtalen i seg selv var en anledning til å få et annet perspektiv på utfordringene gjennom å verbalisere dem. Helsesøstrene beskrev prinsippene i PF som konkrete. De uttrykte at det kunne være enklere for elevene å sette ord på hva som plaget dem på grunn av de konkrete prinsippene i tiltaket.

Utsagnene til helsesøstrene kan forstås som at de ser på seg selv som et verktøy i samtalen med elevene. Dette samsvarer med funnene i studien til Garmy m.fl. (2014). Informantene i denne studien fremhevet det som viktig å få kunnskap om kognitive teknikker de kunne bruke som hjelper (Garmy m.fl., 2014). Helsesøstrenes beskrivelser kan tolkes som at PF kan være et hjelpemiddel for å samtale med elever som opplever vansker, og er i tråd med funnene i studien til Haugland m.fl. (2013). Dette kan tyde på et behov for metoder som kan støtte hjelpere i deres møter med elever som har det vanskelig. Samtidig reflekterer helsesøstrene over at det finnes flere fremgangsmåter de kan bruke i møte med elevene, der de vektlegger å ta utgangspunkt i elevenes behov. Dette synliggjøres også i studien til Garmy m.fl. (2014) der informantene opplevde at manualen som tilhørte tiltaket ikke nødvendigvis samsvarte med elevenes behov. Denne studien og funnene i min studie synliggjør viktigheten av å bruke manualbaserte tiltak fleksibelt for å kunne imøtekomme elevenes behov. Dette ved å balansere mellom å følge manualen til tiltaket, og vurdere og etterkomme behovene til elevene. Dette behovet understrekes også av elevene i en annen studie, der elevene opplevde at deres behov ikke samsvarte med det som ble vektlagt i tiltaket dersom skolesykepleieren fulgte manualen slavisk (Garmy m.fl., 2015). Funnene belyser viktigheten av at helsesøster utviser skjønn når de skal velge en fremgangsmøte i møtene med elevene og i klasseromsundervisning i PF. Dette understøttes av Grimen (2009) som skriver at skjønnsutøvelse er viktig når manualbaserte tiltak skal anvendes, da tiltak kan fungere i noen,

men ikke alle situasjoner (Grimen, 2009). Videre skriver Lian (2006) at mange utfordringer helsepersonell stilles ovenfor kan ofte kun løses ved å være et medmenneske. Det kan tyde på at det kan være tilstrekkelig for elevene å snakke med helsesøster om utfordringene deres uten hjelp av PF. Samtidig kan det tyde på at PF kan bidra til å gjøre noen helsesøstre tryggere på seg selv i samtale med elevene og deres utfordringer. Dette ved at PF kan bidra til å strukturere samtale. Det kan tolkes som at PF indirekte kan være helsefremmende for elevene gjennom at helsesøstrene får hjelp til å jobbe seg systematisk gjennom utfordringene deres. Videre kan dette gjenspeile et behov for veiledning i utfordrende saker på arbeidsplassen, og større fokus på hvordan helsesøstre i skolehelsetjenesten kan snakke med barn og unge som har det vanskelig.

Helsesøstrene i min studie beskriver PF som et hjelpemiddel i samtale. Dette kan tenkes å ha en sammenheng med at helsesamtaler med barn og unge kan være utfordrende (Laholt m.fl., 2017). Samtalen med elevene kan bidra til å hjelpe elevene ved å gi dem innsikt i situasjonen, samt deres muligheter til å se situasjonen på en annen måte (Larsson m.fl., 2014). Samtidig uttrykker informantene i min studie at de vurderer hvilke situasjoner det kan være hensiktsmessig å bruke PF. Dette synliggjøres av Benner (1995) og Grimen (2009), som skriver at det er viktig å gjøre en skjønnsmessig vurdering av tiltak for at det skal være til hjelp, og begrense fagutøvelsen. Benner (1995) sier at manualer ikke dekker behovet for kunnskaper og ferdigheter når man interagerer med mennesker. Det kan tolkes som at PF kan bidra til at helsesøster opplever samtalen som faglig og sikker, da tiltaket kan bidra til å kartlegge elevenes utfordringer og snakke om dem. Samtidig kan det diskuteres om fokuset på prinsippene i PF kan ta bort fokuset fra eleven i samtalen dersom helsesøstrene ikke klarer å bruke PF fleksibelt. Holmström (2015) beskriver at det som viktig å ha eleven i fokus i samtaler. Samtidig kan prosedyrer og tiltak fungere som et hjelpemiddel (Benner, 1995). Resultatene i studien til Laholt m.fl. (2017) viste at det er viktig med en fleksibel tilnærming for å forstå elevene og deres behov. Helsesøstrene i min studie beskrev at de hadde ulike måter å tilnærme seg elevene, og at de brukte PF fleksibelt. Dette synes å være viktig for at helsesøstrene ikke skal la seg styre av tiltaket i for stor grad. Det kan være viktig for at helsesøsteren kan klare å være tilstede i samtalen, slik at fokuset blir på eleven og ikke på PF. Samtidig tyder det på at PF kan være et nyttig hjelpemiddel i noen samtaler med barn og unge. Det kan tenkes bruken av det indirekte kan være helsefremmende. Dette ved at helsesøsteren bruker PF som hjelp til å utforske elevens utfordringer og finne løsninger på utfordringene sammen med eleven.

5.2.2. Bidrar til at helsesøster kommer i posisjon til å hjelpe elevene

Helsesøstrene beskrev klasseromsundervisning i PF som en måte å komme i posisjon til å hjelpe elevene. De uttrykte at klasseromsundervisning som arbeidsmetode kan bidra til at elevene blir oppmerksom på helsesøster og hva hun kan brukes til. Helsesøstrene uttrykte at synlige helsesøstre gjør det enklere for elevene å ta kontakt med dem. De opplevde at elevene ofte oppsøkte dem for å snakke om utfordringene deres etter helsesøster hadde vært inne i klassen. Flere av deltakerne uttrykte at dette ikke nødvendigvis hadde noe med klasseromsundervisning i PF å gjøre, men at helsesøster var synlig i klasserommet. Samtidig erfarte noen helsesøstre at elevene oppsøkte dem for å snakke om lignende utfordringer som blir eksemplifisert i undervisningen.

Klasseromsundervisning i PF ga også helsesøstrene anledning til å identifisere elever som kunne ha behov for oppfølging. Samtlige helsesøstre oppfordret elevene til å ta kontakt med dem dersom de hadde behov for det etter undervisningen. Andre brukte anledningen til å tilnærme seg elever som kunne ha behov for videre oppfølging mot slutten eller etter undervisningen. En helsesøster fortalte:

”Jeg bruker å samle inn hjelpehendene etter undervisningen og ser gjennom dem. Så kan jeg gå bort til eleven og si lavt: har du lyst å snakke litt mer om dette?”

Helsesøstrenes beskrivelser kan tolkes som at klasseromsundervisning i PF gjør at de kommer i posisjon til å hjelpe elevene gjennom at elevene blir oppmerksom på og tryggere på dem. Dette viser også resultatene i studien til Larsson m.fl. (2014). Resultatene viser at det er viktig å være tilstedeværende og tilgjengelig for å komme i posisjon til å hjelpe elevene (Larsson m.fl., 2014). Funnene i min studie kan tolkes som at helsesøstrene gjorde seg synlig og tilgjengelig for elevene ved å tilby klasseromsundervisning i PF. Dette kan bidra til at elevene ser på dem som en person de kan søke støtte hos når de har behov for det. Helsesøster kan med bakgrunn i det ses på som en ytre ressurs ut fra beskrivelsene til Antonovsky (2012). Klasseromsundervisning i PF kan forstås som helsefremmende fordi at helsesøstret blir en tilgjengelig og synlig ressurs for elevene. Det at helsesøster også oppfordrer elevene til å oppsøke henne ved behov, og at hun tar direkte kontakt med elever med et potensielt behov for oppfølging kan bidra til å senke terskelen for at elevene tar kontakt.

Funnene i min studie viser at helsesøstrene stiller seg til disposisjon som sosial støtte for elevene gjennom klasseromsundervisning i PF. Lindström og Eriksson (2005) beskriver sosial støtte som en generell motstandsressurs. Dette kan bidra til å fremme helse (Antonovsky, 2012). I tråd med teorien om den psykososiale utviklingen kan fokuset på sosial støtte også ses på som en positiv utviklingsmessig betingelse (Erikson, 1992, 2000). Dette da elevene potensielt kan stimuleres til å be om hjelp når de har behov for det. Dette synliggjør at helsesøstrene vektlegger en viktig komponent som er av betydning i det helsefremmende arbeidet. Helsesøstrene fortalte at flere elever ønsket å snakke om utfordringene deres etter undervisningen. Resultatene i to andre studier som undersøkte Zippys venner viste også at elevene oftere henvendte seg til voksne for støtte og hjelp når de opplevde utfordringer (Clarke m.fl., 2015; Holen m.fl., 2012). Det kan tolkes som at slike tiltak kan gi elevene kunnskap om at de kan oppsøke andre mennesker for støtte når de opplever utfordringer, i tillegg til hvor de kan henvende seg for å få støtte og hjelp. Ut fra det salutogene perspektivet kan dette forstås som helsefremmende (Antonovsky, 2012). Andre unge og voksne kan også opptre som en støtte for elevene, noe pilotstudien til Raknes, Dyregrov, m.fl. (2017) viser. På den andre siden tolker Holth og Madsen (2013) i sin diskursanalyse, at PF vektlegger den individuelle mestringen av utfordringer, og at barn og unge selv får ansvar om å søke støtte ved behov. Denne artikkelen synliggjør et behov for å reflektere over hvordan elevenes ansvar for deres situasjon presenteres når de undervises i PF. Det kan forstås som at det er viktig å fremheve at elevene ikke trenger å håndtere utfordringer i undervisningen.

Helsesøstrene i min studie opplevde at klasseromsundervisning i PF bidro til at elevene oppsøkte hjelp, og klarte å verbalisere tankene og følelsene deres. Resultatene i en annen studie viser at elevene viste økt evne til å forstå og verbalisere tankene sine etter Zippys venner (Clarke m.fl., 2015). Med utgangspunkt i dette og funnene i min studie kan det være nærliggende å tro at klasseromsundervisning i PF også kan hjelpe elevene å verbalisere deres tanker og følelser. Verbalisering kan ses på som en måte å oppleve begripelighet i tråd med Antonovsky (2012). Dette ved at elevene får anledning til å sette ord på egne tanker og følelser, i tillegg til å høre andres refleksjoner omkring deres tanker og følelser. Med utgangspunkt i dette kan det tenkes at elevene kan få en større opplevelse av sammenheng, og at det dermed kan forstås som et helsefremmende tiltak.

På den andre siden kan det diskuteres om elevene oppsøker helsesøster fordi de opplever utfordringer som de faktisk trenger hjelp til å håndtere, eller om det handler om at de blir oppmerksomme på utfordringer de ikke har reflektert over tidligere. Fokus på behov for profesjonell hjelp kan bidra til sykeliggjøring (Lian, 2006, 2012). Dette kan bidra til å belyse et viktig aspekt ved PF, da PF fremstilles som et bidrag til å hjelpe friske barn og unge til å mestre potensielle problemer (Raknes & Haugland, 2013). Med utgangspunkt i Conrad (1992) sine beskrivelser kan det tolkes som at PF kan bidra til å se normale utfordringer som et medisinsk problem. Dette ved at PF baserer seg på teori om kognitiv atferdsterapi, og at medisinsk terminologi brukes for å beskrive og forstå det (Haugland m.fl., 2013; Raknes, Hansen, m.fl., 2017; Raknes & Haugland, 2013). Dette kan bidra til å synliggjøre et behov for å reflektere over om tiltaket uttrykker en forventning om at det er noe galt med elevene, og dermed virke mot sin hensikt. Det kan indikere et behov for å reflektere over at klasseromsundervisning i PF kan øke fokuset på utfordringer. Det stilles derfor spørsmål om tiltaket kan føre til at elevene tenker at det er behov for profesjonell håndtering av normale utfordringer på grunn av at de får en slik undervisning, tross at denne studiens funn ikke indikerer det.

En anledning til å nå ut til både gutter og jenter

Helsesøstrene i min studie beskrev klasseromsundervisning i PF som nyttig for både jenter og gutter. Samtidig opplevde de at flest jenter oppsøkte dem etter klasseromsundervisningen. Noen helsesøstre opplevde at flere gutter oppsøkte dem etter elevene hadde fått klasseromsundervisning i PF. Flere av informantene uttrykte en tro på at klasseromsundervisning i PF kan bidra til at guttene også blir bedre å snakke om tankene og følelsene sine. De så at guttene kan ha behov for å åpne seg opp for andre og snakke om tankene og følelsene sine, slik de opplevde at jentene gjorde.

Funnene som viser at guttene oppsøkte helsesøstrene sjeldnere enn jentene for å snakke om deres tanker og følelser samsvarer med resultatene i Ungdataundersøkelsen (NOVA, 2017). Dette kan ha en sammenheng med at det synes å være en tendens til at gutter er mer fornøyd med egen helse enn jenter (Finpå m.fl., 2017; NOVA, 2017). Studien til Finpå m.fl. (2017) viser at guttene oftere gikk til helsesøster på grunn av fysiske helseplager. I en annen studie viste resultatene at guttene og jentene hadde ulikt syn på helse, der guttene hadde et mer begrenset syn på hva helse er, og beskrev helse som et fysisk anliggende. Resultatene kan tyde på at guttene har et mer avgrenset syn på hva helse er, og relaterer det til det somatiske

(Sollesnes, 2010). Denne studien konkluderte med at guttene ventet lengre med å oppsøke helsehjelp. Videre stilte hun spørsmål om gutter kan ha behov for kunnskap om hvor de kan motta profesjonell hjelp for at de skal oppsøke skolehelsetjenesten (Sollesnes, 2010). Dette kan indikere et behov for å gi elevene kunnskap om helse og hvor elevene kan oppsøke hjelp. Klasseromsundervisning i PF kan ses på som en måte å bidra til informasjon om dette, og kan dermed ses i sammenheng med kunnskap som generell motstandsressurs, slik Lindström og Eriksson (2005) beskriver det.

På den andre siden beskriver Langaard (2006) gutters håndtering av utfordringer som annerledes enn jentenes. Resultatene viste at jentene ofte snakket med andre for å mestre utfordringer, mens guttene viste tegn til å ville håndtere utfordringer selvstendig (Langaard, 2006). Dette kan tenkes å ha en sammenheng med at helsesøstrene opplevde at guttene oppsøkte dem sjeldent. Samtidig viser en annen studie at et annet tiltak hadde effekt på guttenes håndtering av utfordringer (Holen m.fl., 2012). Dette kan indikere at guttene kan ha nytte av PF, selv om det ikke resulterer i at de snakker med noen om utfordringene de opplever. Dette da forskningen viser at guttene tenderer til å ville håndtere utfordringer selvstendig (Langaard, 2006). Det kan tenkes at en slik klasseromsundervisning kan bidra til å gi dem kunnskap om hvordan de kan mestre utfordringer slik at de kan mestre utfordringene selvstendig. Det kan tenkes at guttene lærer måter og håndtere utfordringer på, men at de ønsker å bruke disse strategiene selvstendig. Dette kan ses i sammenheng med kunnskap som generell motstandsressurs (Lindström & Eriksson, 2005). Videre kan indikere at guttene har større nytte av at helsesøster gir dem kunnskap, enn at hun bidrar som en sosial støtte for dem.

5.2.3. Bidrar til å forklare kognitiv atferdsterapi på en enkel måte

Helsesøstrene beskrev innholdet i PF som konkret og visuelt, noe de forklarte med PF beskriver tankene som røde og grønne, i tillegg til hjelpehånden som sorteringshjelp. De uttrykte at det visuelle med tiltaket kunne bidra til å gjøre innholdet forståelig for elevene. Dette ble sett i sammenheng med at det visuelle med PF bidro til å gjøre det enklere å forklare prinsippene tiltaket bygger på. Helsesøstrene aktualiserte PF gjennom å bruke en rekke virkemidler for å visualisere hvordan elevene kunne bruke PF til å håndtere hverdagslige utfordringer. Helsesøstrene brukte aldersrelevante, gjenkjennbare eksempler for å visualisere hvordan PF kan bidra til å endre fokuset og finne løsninger på lignende utfordringer i

fremtiden. Noen helsesøstre brukte også praktiske eksempler i undervisningen. En helsesøster fortalte:

”Når vi begynner med temaet følelser får alle utdelt en lapp. Så sier jeg: på lappen står det at en av dere skal synge en sang. Det er så klart ingen som skal synge, men da får de en reaksjon på det. Så snakker vi om hva som de føler og tenker om det, og hvordan kroppen deres reagerte på det.”

Det kan forstås som muligheten til å bruke visuelle eksempler bidro til å sette ord på et tema som kan være utfordrende å forklare. Videre kan det tolkes som at det kunne bidra til at helsesøstrene erfarte at det visuelle ved PF kunne gjøre det enklere for elevene å forstå sammenhengen mellom tanker, følelser og atferd. Dette funnet samsvarer med resultatene i en annen studie, der helsesøstrene også brukte visuelle metoder som et hjelpemiddel når ord ikke var tilstrekkelige (Laholt m.fl., 2017). Det kan tolkes som at helsesøstrene beskriver at de bruker kreativitet og fantasi for å nå ut til elevene. Dette kan bidra til å gjøre prinsippene tilgjengelig for elevene (Martinsen & Hagen, 2012). Dette ved at denne måten å visualisere prinsippene i tiltaket bidro til å gjøre det enklere å forklare prinsippene i tiltaket. I tillegg kan slike tilnæringsmåter bidra til å engasjere elevene, slik at de holder oppmerksomheten i undervisningssituasjonen i følge Klein m.fl. (2012). Dette kan forstås som helsefremmende i form av at helsesøstrene beskriver å legge til rette for at elevene skal kunne forstå innholdet i undervisningen. Slike kunnskaper kan anses som en generell motstandsressurs og kan forstås som å være helsefremmende (Lindström & Eriksson, 2005). Samtidig viser en annen studie at elevene lærer best gjennom å erfare selv og snakke med andre (Michaelson, Mckerron & Davidson, 2015). Bruken av prinsippene i PF kan dermed anses som viktig utenfor klasserommet for at det skal bli deres måte å tenke på.

5.2.4. Oppsummerende refleksjoner

Funnene synliggjør at PF som tiltak også hadde noen fordeler for helsesøstrene. Det tyder på at det indirekte kan bidra til å fremme elevenes helse. PF kan være til hjelp i samtaler med elever som opplever vansker. Dette i form av at det kan bidra til å strukturere individuelle samtaler på. PF kan potensielt bidra til at helsesøster blir tryggere i samtalen. Det kan tolkes som at PF indirekte kan være helsefremmende for elevene gjennom at helsesøstrene får hjelp til å jobbe seg systematisk gjennom utfordringene deres. Samtidig tyder det på at PF kan være

begrensende i samtalen dersom den blir styrende. Dette kan føre til at fokuset i samtalen ikke blir på elevens behov, men på prinsippene i PF. I tillegg kan tolkes som at helsesøsterens evne til å kritisk vurdere om tiltaket er hensiktsmessig i den aktuelle situasjonen, kan få betydning for om tiltaket kan anses som helsefremmende eller ikke.

Klasseromsundervisning i PF kan bidra til at helsesøster kommer i posisjon til å hjelpe elever ved at hun blir tilstedeværende og tilgjengelig. Det kan bidra til å senke terskelen for at elevene skal oppsøke henne. Dette kan forstås som helsefremmende ved at helsesøster kan få mulighet til å hjelpe elevene å ivareta deres helse. Videre viser funnene at klasseromsundervisning som metode bidrar til at helsesøster kan nå ut til alle elevene med helseinformasjon. Dette kan bidra til at elevene blir oppmerksomme på helsesøster, uavhengig av hvilket tema hun snakker om. Samtidig opplevde noen helsesøstre at flere gutter oppsøkte dem etter innføringen. Det kan det tyde på at gutter og jenter kan ha nytte av PF da de får informasjon om hvordan de kan mestre utfordringer selvstendig. I tillegg kan de få informasjon om hvor de kan oppsøke hjelp. Samtidig stilles det spørsmål om undervisningen kan bidra til at elevene kan bli oppmerksomme på utfordringer, og om de kan få en tanke om at de trenger profesjonell hjelp for å håndtere dem.

Tiltaket fremstilles positivt av informantene, da det kan bidra til å visualisere prinsippene og kan bidra til at elevene forstår innholdet i PF. Funnene tyder på at PF bidrar til å hjelpe helsesøster til å snakke om og forklare sammenhengen mellom tanker, følelser og atferd. Dette kan videre føre til at det kan bli enklere for elevene å forstå dem. Dette kan forstås som helsefremmende i form av at helsesøstrene beskriver at dette bidrar til å legge til rette for at elevene skal kunne forstå innholdet i undervisningen.

5.3. Utfordringer med PF som helsefremmende tiltak

Helsesøstrene beskrev noen utfordringer med PF som helsefremmende tiltak. De uttrykte at PF ikke var løsningen på alle utfordringene elevene kunne oppleve. I noen situasjoner anså de ikke tiltaket som hensiktsmessig, for eksempel dersom elevene opplevde utfordringer som skyldtes utenforliggende forhold som vold og overgrep. Helsesøstrene understrekte at det derfor var viktig å reflektere over hvilke situasjoner PF kunne være hensiktsmessig. Videre problematiserte de at elevene tilsynelatende forstod innholdet i undervisningen, samtidig som de uttrykte at de var usikre på om elevene brukte PF etter klasseromsundervisningen. De

erfarte at elevene var hadde behov for hjelp fra en voksen når de skulle begynne å bruke tiltaket.

5.3.1. PF er ikke alltid løsningen

Helsesøstre uttrykte at klasseromsundervisningen i PF passer for noen, men ikke for alle. De understrekte viktigheten av å ikke se på PF som løsningen på alt, og at de måtte vurdere hvilke tiltak og metoder som passet best for enkeltelever. Samtlige helsesøstre uttrykte at de hadde tro på tiltaket, og at de tenkte at det kunne være løsningen på noe. Flere helsesøstre sa at PF kunne bidra til å mestre skolerelatert stress, som for eksempel når elevene var engstelig for å snakke høyt i klassen. De beskrev også at PF kunne være nyttig i situasjoner der elevene kunne feiltolke andres responser, som for eksempel dersom en medelev uttrykte noe eleven tolket som negativt. Samtidig fortalte de at de tenkte at PF ikke var løsningen på alle utfordringene elevene opplever. De understrekte at det er viktig å være bevisst på hvilke elever tiltaket kan passe for. For noen elever ville ikke PF være egnet til å hjelpe dem da det kunne være utenforliggende årsaker som lå til grunn for deres utfordringer. Helsesøstre anså det som viktig å ta hensyn til at det kan sitte elever som lever i vanskelige livssituasjoner i klasserommet. Samtidig beskrev de undervisningssituasjonen som en anledning til å identifisere disse elevene, og de uttrykte et håp om at disse elevene var trygg på at de kunne oppsøke helsesøster, slik at de kunne få hjelp. En helsesøster snakket om begrensningene ved tiltaket. Hun sa:

”Det eneste kan være at det sitter ungdommer rundt omkring som har det vanskelig i hjemmesituasjonen for eksempel. De kan for eksempel komme til å tenke på at de blir slått hjemme når de får beskjed om å tenke på sist gang de var redd.”

Dette sitatet belyser viktigheten av å vurdere bruken av tiltaket kritisk, samt helsesøstrenes ansvar for å gjøre det. Raknes, Hansen, m.fl. (2017) understreker at tiltaket må brukes med forsiktighet, nettopp på grunn av at det kan brukes fleksibelt og i mange situasjoner. PF kan kun hjelpe eleven til å håndtere situasjonen annerledes. Dette er ikke alltid tilstrekkelig da det finnes flere eksempler der forholdene rundt eleven er årsaken til at livet oppleves som utfordrende (Raknes, Hansen, m.fl., 2017). Budskapet i Holth og Madsen (2013) sin artikkel kan forstås som at de også ser en risiko for at tiltaket kan fremstilles som at den enkelte elev får fullstendig ansvar for sitt eget velbefinnende. De fremhever også viktigheten av å ha fokus på at noen problemer er for store til at barn og unge skal håndtere dem alene (Holth &

Madsen, 2013). Helsesøstrene i min studie beskrev et reflektert forhold til tiltaket, ved at de beskrev at de kritisk vurderte hvilke situasjoner PF kan være hensiktsmessig. Raknes, Hansen, m.fl. (2017) fremhever det som viktig å undersøke hvilke utfordringer eleven opplever som utfordrende. Dette kan bidra til at hjelperen kan oppdage om det er utenforliggende forhold som må endres for at eleven skal få det bedre (Raknes, Hansen, m.fl., 2017). Grimen (2009) fremhever også skjønnsutøvelsen som viktig for å unngå å bruke tiltak i situasjoner der det ikke er hensiktsmessig. Dette synliggjør viktigheten av å kritisk vurdere hvilke situasjoner tiltaket kan brukes, og viser noen begrensninger med tiltaket. Det tyder på at tiltaket ikke kan forstås som helsefremmende i enhver situasjon. Jeg stiller derfor spørsmål om PF anses som helsefremmende i form av klasseromsundervisning. Samtidig kan det tyde på at undervisningen kan bidra til at elevene blir tryggere på helsesøster og oppsøker henne, slik at hun kan identifisere elever som lever under uheldige oppvekstforhold. Tiltaket kan med utgangspunkt i dette forstås som helsefremmende i form av at det kan gjøre det mulig å bedre elevenes livssituasjon, og dermed deres helse.

5.3.2. Utfordrende å bruke PF selvstendig

Helsesøstrene opplevde at innholdet i undervisningen var forståelig for elevene. Samtidig stilte flere av helsesøstrene seg undrende til om elevene i barne- og ungdomsskolen anså tiltaket som nyttig, og om elevene brukte det etter undervisningen. De erfarte at elevene tok PF i bruk selvstendig i varierende grad. For elevene i barneskolen ble det beskrevet som utfordrende å bruke hjelpehånden. Samtidig anså helsesøstrene det som viktig med innføringen i PF, slik at elevene kunne anvende kunnskapen når de var moden for det. Videre beskrev helsesøstrene det som viktig å informere foreldrene og skolen om tiltaket. Samtlige av helsesøstrene fra barne- og ungdomsskolen sa at de opplevde det som utfordrende å få elevene til å forstå at PF kan hjelpe dem. De beskrev elevenes evne til å systematisere hendelser slik hjelpehånden legger opp til som begrenset på grunn av deres utviklingsnivå. I tillegg uttrykte de at elevene ikke var vant til å sortere på en slik måte. Flere av helsesøstrene delte opplevelsen av at elevenes bruk av PF kunne ha en mulig sammenheng med deres alder. Helsesøsteren som har erfaring fra videregående skole hadde for eksempel best erfaring med at elevene tok det i bruk selv. En helsesøster som hadde erfaring med klasseromsundervisning i 8 trinn sa:

”Det kan hende at de ser nytten av det når de blir eldre. Jeg opplever at de ikke forstår at dette kan hjelpe dem. De forstår innholdet, men ikke at det kan hjelpe dem”

Helsesøstrenes beskrivelser kan tolkes som at PF krever et visst kognitivt nivå for at det skal være til nytte for elevene. Dette beskriver også Martinsen og Hagen (2012) som viktig når barn og unge skal introduseres for kognitiv atferdsterapi. Dette kan synes å være viktig for elevenes videre utvikling, og synliggjøres i Erikson (1992) sin teori. Haugland (2011) vektlegger også viktigheten av å tilpasse informasjonen til elevenes utviklingsnivå for at elevene skal ha forutsetning til å forstå budskapet. For at elevene skal kunne lære prinsippene i kognitiv atferdsterapi, som PF bygger på, beskrives det som viktig å tilpasse kompleksiteten og språket til elevenes alder (Martinsen & Hagen, 2012). Helsesøstrene i min studie uttrykte en usikkerhet om elevene på barne- og ungdomsskolen brukte prinsippene selvstendig. Dette kan synliggjøre et behov for å tilpasse innholdet i klasseromsundervisningen ytterligere til elevenes utviklingsnivå dersom tiltaket skal kunne forstås som helsefremmende. Martinsen og Hagen (2012) skriver at prinsippene som krever kunnskap om den kognitive modellen krever kognitiv modenhet, og har sannsynligvis begrenset nytte på yngre barn. Det kan derfor tolkes som at noen av delene i PF kan være for avansert for de yngste elevene. Det kan for eksempel tyde på at hjelpehånden kan bli for avansert for elevene. Det kan derfor være av betydning å vurdere om det bør fokuseres på noen av prinsippene i PF for at elevene skal ha utbytte av undervisningen.

Samtidig kan funnene tyde på at de yngste elevene kan ha større behov for hjelp fra en voksen til å bruke den, slik at den kan tilpasses deres modenhetsnivå. Jeg stiller derfor spørsmål om foreldrene med fordel kan involveres mer når elevene skal introduseres for tiltaket. Haugland (2011) skriver at det er viktig å ta hensyn til barn og unges utviklingsnivå når de skal introduseres for prinsippene i kognitiv atferdsterapi. Hun skriver at de yngre barna kan ha større behov for hjelp til å forstå og bruke prinsippene (Haugland, 2011). Dette kan bidra til å synliggjøre viktigheten av å involvere foreldrene og lærerne når elevene i barne- og ungdomsskolen skal få en innføring i tiltaket. Videre viser resultatene i oversiktsstudien til Weare og Nind (2011) at det kan være fordelaktig å iverksette tiltak tidlig, med yngre barn. Resultatene i studien til Nielsen m.fl. (2015) understøtter dette. Dette kan synliggjøre elevene i barneskolens potensiale for å lære, noe Erikson (1992) også beskriver i sin teori. Helsesøstrene at det var viktig å ha tro på at tiltaket kan hjelpe noen her-og-nå, og at det kan hjelpe andre i fremtiden dersom de lærer om det. Det kan dermed forstås som en fordel å gi

elevene innføring i PF når de går på barneskolen. Med utgangspunkt i Erikson (1992) kan det forstås som at helsesøstrene kan få anledning til å legge grunnlaget for fremtidig bruk og forståelse av tiltaket. Dette kan synliggjøre helsesøstrenes evne til å tenke langsiktig ved at elevene kan få bruk for og lære mer om PF når de blir eldre. I tillegg kan det synliggjøre et behov for å gi skolens ansatte og elevenes foreldre innføring i PF slik at de kan samarbeide om å hjelpe elevene å tenke på måten PF innbyr til. Et slikt arbeid beskrives som helsefremmende av Holmström (2015). Dette understøttes av Erikson (2000) som fremhever det som viktig at hjemmet og skolen støtter elevene når de skal utvikle deres ferdigheter.

I tillegg kan resultatene bidra til å synliggjøre at når elevene får innføring i PF er sannsynligheten til stede for at elevene ikke opplever noen utfordringer der og da. Samtidig viser en kvalitativ studie at elevene ønsket kunnskap om helse som var relevant for dem her- og-nå. Dette innebar blant annet informasjon om psykisk helse (Smart, Parker & Lampert, 2012). Det kan tolkes som at PF omhandler et aktuelt tema for ungdom. Samtidig kan funnene i min studie gjenspeile at helsesøstrene ikke får innsikt i om elevene bruker PF og har nytte av det. Dette kan ses i sammenheng med studien til Haugland m.fl. (2013), der hjelperne brukte PF for å jobbe direkte mot et uttalt problem hos elevene. Disse hjelperne kunne dermed se en potensiell endring etter bruk av tiltaket. Disse betraktningene kan videre ses i sammenheng med elevenes motivasjon til å bruke PF som en mestringsstrategi. Dette da elever som opplever en konkret utfordring kan være mer motivert for å bruke PF. Samtidig kan helsesøstrene oppfordre elevene til å bruke PF. Dette kan i følge Erikson (2000) gjøres ved å utnytte elevenes motivasjon til å lære, samt deres motivasjon og ønske om å mestre fremtidige utfordringer selvstendig. På den andre siden skriver Lian (2006) at mennesker ønsker at andre skal løse problemene for dem. Med utgangspunkt i dette kan det være utfordrende å motivere elevene til å bruke hjelpehånden. Det kan synliggjøre en begrensning med tiltaket, da det kan kreve motivasjon for å ta hjelpehånden i bruk og holde kunnskapene om PF ved like. For at PF skal forstås som helsefremmende kan det anses som betydningsfullt om elevene bruker PF etter undervisningen. Samtidig kan det forstås som helsefremmende selv om elevene ikke bruker det, da elevene får kunnskap om et tiltak som kan hjelpe dem til å få det bedre.

5.3.3. Oppsummerende refleksjoner

Funnene belyser noen av begrensningene med PF som helsefremmende tiltak. PF har mange bruksområder og kan brukes fleksibelt. Det kan derfor være viktig å kritisk vurdere hvilke

situasjoner tiltaket kan brukes. I noen situasjoner forårsaker utenforliggende forhold vonde tanker hos elever, der elevene ikke har anledning til å gjøre noe for å endre situasjonen. Noen helsesøstre fortalte eksempelvis at voldsutsatte og seksuelt misbrukte elever kan være tilstede i klasserommet. Det fremheves som viktig å understreke i undervisningen hvilke situasjoner elever kan bruke tiltaket for å unngå at de får og tar mer ansvar over egen situasjon enn de skal ha. Det ses derfor ser viktigheten av å vektlegge når elevene bør oppsøke hjelp. Ut fra mitt synspunkt kan dette synliggjøre kravene det stiller til helsesøster når hun underviser elevene. Videre kan det stilles spørsmål om PF er hensiktsmessig i form av klasseromsundervisning, eller om det er mer hensiktsmessig i individuelle samtaler og grupper med elever som opplever spesifikke utfordringer.

Videre tyder funnene på at PF ikke passer for alle elevene. Helsesøstrene uttrykte at PF kunne være utfordrende å bruke selvstendig, og så dette i sammenheng med elevenes motivasjon, interesse og modningsnivå. PF bygger på prinsippene i kognitiv atferdsterapi, og kan betegnes som en moden måte å tenke på. Dette i form av at yngre barn kan være avhengig av hjelp fra en voksen for å forstå og bruke det. Det tyder på at noen av prinsippene i PF kan være for avansert for de yngre elevene. Jeg stiller derfor spørsmål om noen av prinsippene i PF kan introduseres når elevene blir eldre. Samtidig kan yngre elever ha nytte av det, spesielt dersom de brukes i samarbeid med en voksen. Det kan synliggjøre et behov for å involvere foreldre og lærere for at elevene skal ha nytte av det. Videre belyser funnene at helsefremmende arbeid er en langsom prosess der tiltak kan ha en nytte i fremtiden, og der helsesøstrene ikke får innsikt i hvilken nytte det har for elevene.

5.5. Metodediskusjon

Det var frivillig å delta i studien, der helsesøstrene som var interessert i å stille til intervju tok kontakt selv eller gjennom lederen sin. Det kan tenkes at helsesøstrene som var mest engasjert i klasseromsundervisning i PF ønsket å stille til intervju. Dette kan ha påvirket funnene i denne studien. En potensiell ulempe ved å bruke helsesøstre som selv gir tilbud om klasseromsundervisningen er at de kan beskrive tiltaket som mer positivt enn det som er reelt for å ikke sette seg selv og tjenesten i et dårlig lys.

Avslutningsvis i prosjektet endret jeg problemstillingen fra å kun undersøke PF som klasseromsundervisning til å se på PF som klasseromsundervisning og den påfølgende bruken i individuelle samtaler. Dersom denne endringen hadde blitt gjort før intervjuene ble

gjennomført kan det tenkes at helsesøstrenes beskrivelser kunne blitt rikere angående bruken av PF i individuelle samtaler. Helsesøstrenes beskrivelser tok utgangspunkt i deres bruk av PF sett i sammenheng med klasseromsundervisning i PF, da disse måtene å bruke PF på viste seg å ha en sammenheng.

Begrepene reliabilitet, validitet og fleksibilitet benyttes her som et hjelpemiddel til å diskutere oppgavens styrker og begrensninger. Reliabilitet handler om pålitelighet og innebærer om resultatet kan reproduseres av andre. Det kan ses i sammenheng med måten spørsmålene formuleres på, og formuleringens påvirkning på informantene (Kvale & Brinkmann, 2015). For å sikre påliteligheten har jeg beskrevet valgene jeg har tatt og fremgangsmåten for å kunne belyse problemstillingen i metodekapitlet. Dette innebærer en beskrivelse av hvorfor ulike deler av materialet ble inkludert og måten de ble strukturert.

Refleksivitet handler om å være bevisst på og dele sin forutinntatthet med leseren. Forutinntattheten påvirker de ulike delene i prosessen. Dette betyr at posisjonen i forskningsfeltet er personavhengig og innebærer at materialet kan undersøkes fra ulike perspektiver (Malterud, 2001). I kapittel 4.1.1 beskrev jeg mine personlige og faglige erfaringer på dette området, samt mine tanker om tematikken. Jeg ser på dette som min forforståelse slik Gadamer (2012) beskriver det, og kan ses på som en måte å dele refleksiviteten med leseren. Refleksivitet kan bidra til at materialet bearbeides på en måte som ivaretar innholdet i informantenes opprinnelige uttalelser (Malterud, 2011). Det kan også bidra til at resultatene ikke blir bekreftelser på egne antakelser ved å sammenligne forforståelsen med de endelige resultatene (Kvale & Brinkmann, 2015; Malterud, 2001, 2011). Underveis og avslutningsvis har jeg sammenlignet min forforståelse med fortolkningene av materialet og måten det presenteres på. Formålet med dette var å finne ny kunnskap om temaet fremfor bekreftelser på mine innledende antakelser. Dette kan ses i sammenheng med den hermeneutiske sirkel (Gadamer, 2012). Det kan også ses på som en måte for å sikre resultatenes gyldighet.

Validitet handler om å stille spørsmål om studiens gyldighet gjennom hele forskningsprosessen, fra måten problemstillingen formuleres til hvordan funnene presenteres og drøftes (Malterud, 2011). Dette innebærer å stille spørsmål om studiens interne og eksterne validitet. Dette innebærer å vurdere om formålet med studien faktisk undersøkes, i tillegg til å vurdere om studiens funn kan være overførbare utover den enkelte studien (Malterud, 2001).

For å sikre at studien skal besvare problemstillingen har jeg hatt problemstillingen tilgjengelig i alle delene av prosessen. På grunn av at dette er en kvalitativ studie vil resultatene gi informasjon om et lite utvalg av en stor gruppe. Denne studien kan derfor kun bidra med beskrivelser og forestillinger innenfor en spesifikk setting (Malterud, 2001). I denne studien belyses helsesøstres forståelse av klasseromsundervisning i PF som helsefremmende tiltak. Helsesøstrene fortalte om ulike erfaringer med tiltaket og refleksjoner rundt deres forståelse av tiltaket som helsefremmende. Dette kan anses som en styrke med studien.

Utvalget bestod av seks informanter og bidro til å gjøre datamaterialet håndterbart, slik at analysen kunne gjøres grundig. Det er viktigere med kvalitet i intervjuet enn kvantitet der mange informanter intervjues (Kvale & Brinkmann, 2015). Helsesøstre som yrkesgruppe kan ses på som en forholdsvis heterogen gruppe, bestående av middelklasse kvinner med helsesøsterutdanning (Neumann, 2009). Samtidig hadde helsesøstrene ulik erfaring og bakgrunn i form av arbeidserfaring i kommune- og spesialisthelsetjenesten og tidligere utdanning som for eksempel førskolelærere og barnesykepleiere. Jeg anser det som fordelaktig at helsesøstrene i denne studien hadde ulik yrkeserfaring, alder og erfaring med PF. Årsaken er at et homogent utvalg kan gjøre det utfordrende å frembringe nyanser (Malterud, 2011).

Helsesøstrene hadde erfaring med elever i ulike aldre. Dette ble gjort for å få rekruttert informanter innen rimelig tid, i tillegg til at fokuset i denne studien er helsesøstrenes syn på det helsefremmende aspektet med klasseromsundervisning i PF. Det ble derfor ikke ansett som viktig å fokusere på helsesøstrenes erfaringer med et spesielt klassetrinn. Det ble ansett som positivt å fokusere på elever for det førte til at spennende tendenser ble synlig, som for eksempel at helsesøstrene opplevde at eldre elever i større grad bruker PF selvstendig etter klasseromsundervisningen.

Gjennom å gjennomføre individuelle dybdeintervju fikk informantene anledning til å beskrive deres erfaringer, samtidig som de kunne oppleve mindre lojalitet til arbeidsplassen ved at ingen andre fikk tilgang til deres beskrivelser. Samtidig kunne jeg besvart problemstillingen gjennom å gjennomføre gruppeintervju. På grunn av at jeg ønsket å få frem avvikende synspunkter og følsomme opplysninger i den form at jeg ønsket at de skulle fortelle om begrensninger med tiltaket. Dette kan tenkes at de ikke ville gjort dersom gruppeintervju hadde blitt valgt. Samtidig kunne gruppeintervju ført til rike beskrivelser. Jeg kunne også

observert klasseromsundervisning i PF, der innholdet og elevenes aktivitet kunne blitt vurdert. Slik kunne jeg få innsikt i hvordan helsesøstrene bruker klasseromsundervisningen for å fremme helse. Dette ble ikke gjennomført på grunn av tid og ressurser.

Intervju som metode gir innsikt i en del av informantenes egne fortolkninger av hendelser som allerede har skjedd. Historiene som fortelles i intervjuene kan preges av deres forventninger til meg som intervjuer, og deres tanker om mine forventninger til dem som informanter (Malterud, 2011). I informasjonsskrivet hadde jeg formulert en hensikt med studie der jeg skrev: ”Hensikten med studien er å undersøke hvordan undervisningen ”Psykologisk førstehjelp” kan bidra til å fremme helse hos skolebarn.” (Vedlegg 6). Denne setningen er formulert på en måte som kan gi informantene inntrykk av at jeg forventet at de skulle si at tiltaket var helsefremmende. Det kunne vært fordelaktig å formulert hensikten annerledes, spesielt på tidspunktet der datamaterialet skulle samles inn. I tillegg valgte jeg å inkludere et lukket spørsmål i intervjuguiden for å undersøke om helsesøstrene vurderte klasseromsundervisning i PF som helsefremmende. Dette spørsmålet hadde et oppfølgingsspørsmål der informanten fikk anledning til å utdype svaret sitt. Lukkede spørsmål kan oppleves som ledende spørsmål (Kvale & Brinkmann, 2015). Her kan helsesøstrene ha opplevd en forventning fra meg om at de skulle bekrefte tiltaket som helsefremmende. Samtidig ble det ansett som et viktig spørsmål da jeg ønsket at helsesøstrene skulle beskrive deres vurdering av klasseromsundervisning i PF som potensielt helsefremmende.

Min begrensede intervjuerfaring ble synlig underveis i datainnsamlingen. Dette ble også synliggjort da jeg analyserte materialet og skulle drøfte funnene. Dette ved at jeg oppdaget noen områder der jeg med fordel kunne stilt utdypende spørsmål til informantene. Dette gjelder spesielt intervjuene der informantene stilte kritiske spørsmål til tiltaket. Jeg kunne med fordel åpnet mer opp for at informantene kunne komme med kritiske bemerkninger. Samtidig anså jeg dette som utfordrende da de hadde bidratt til å utforme undervisningsopplegget i kommunen, og kunne føle seg kritisert dersom jeg stilte kritiske spørsmål. I tillegg foregikk intervjuet på deres kontor i arbeidstiden, noe som kunne være med å underbygge en lojalitetsfølelse til tjenesten i deres kommune. Tross at de ble informert om at informantene ble anonymisert, kan det tenkes å ha påvirket svarene. For å validere min fortolkning av informantenes historier oppsummerte jeg mine inntrykk avslutningsvis, slik Malterud (2011) anbefaler. Samtidig er jeg bevisst på at informantene kan ha utelatt

informasjon eller at de ikke svarte ærlig på enkelte spørsmål. Dette kan ses i sammenheng med at konteksten kan få betydning for hva informantene ønsker å dele (Kvale & Brinkmann, 2015). Det at helsesøstrene var på jobb under intervjuet kan medføre en opplevelse av forpliktelse og lojalitet til arbeidsplassen, slik at deres ærlige oppfattelser ikke kom frem. På den andre siden kan det hende at informantene var komfortabel med å fortelle om begrensningene ved tiltaket på grunn av at de kom til å bli anonymisert.

Jeg fikk inntrykk av at noen av informantene hadde forberedt seg til intervjuet, eller at de hadde mye kunnskap om grunnlagstenkningen og veilederen til PF på grunn av at utsagnene deres samsvarte med måten PF fremstilles i veilederen. På den andre siden kan det ha gjort dem tryggere og kan ha ført til at seks informanter takket ja til å stille til intervju. Det kan også ha ført til at de har reflektert over temaet i forkant slik at beskrivelsene ble rikere.

Situasjonspåvirkende faktorer som at flere elever og lærere banket på døren under intervjuet og at en helsesøster måtte i et møte midtveis i intervjuet er forstyrrende faktorer som kan påvirke innholdet i samtalen. Det kan virke stressende på både informanten og meg som intervjuer, og kan ha påvirket samtalen.

Jeg brukte lydbånd under intervjuene, noe jeg anså som en styrke for at jeg kunne tildele hele min oppmerksomhet til informanten. Dette gjorde også at jeg kunne gjennomføre noen av intervjuene i løpet av samme dag, uten at dette påvirket transkriberingen. Ved at jeg hadde muligheten til å lytte til intervjuene gjentatte ganger kunne jeg sikre at transkripsjonen ble gjennomført likt og nøyaktig. Samtidig kan lydbåndet være et stressmoment for informantene og meg som intervjuer.

Transkribering av intervjuene kan bidra til refleksjon og kan ses på som en begynnelse av analysen (Malterud, 2011). Transkriberingen kan derfor ha påvirket de påfølgende intervjuene. Samtidig var jeg bevisst på dette i forkant, og forsøkte derfor å ikke la det foregående intervjuet påvirke de påfølgende. Jeg anså dette som tidseffektivt, og bidro til forbedring av intervjuguiden etter det andre intervjuet. Spørsmålet om klasseromsundervisning i PF ble ansett som helsefremmende ble da inkludert, og de resterende helsesøstrene fortalte mer inngående om det i de påfølgende intervjuene.

For å validere resultatene dekontekstualiserte og rekontekstualiserte jeg dem slik Malterud (2011) beskriver det. For å unngå feilkilder er det forsøkt å unngå å trekke meningsenhetene ut av konteksten, slik at artiklenes innhold og mening skulle bevares. Min forforståelse kan ha påvirket min tolkning av intervjuene, tendensene jeg så i materialet og har påvirket valg av litteratur. Jeg er bevisst på at dersom for eksempel andre teoretiske perspektiver hadde blitt valgt ut kunne jeg fått andre resultater. Det har blitt søkt etter data som kan både bekrefte og avkrefte hypotesen som følge av en bevissthet for forforståelsen. Dette kan anses som en styrke i oppgaven da flere sider ved hensikten kan belyses ved å inkludere artikler som både bekrefter og avkrefter min tolkning av funnene i studien.

Resultatene kan ikke anses som generaliserbare på grunn av at dette er en kvalitativ studie (Malterud, 2001). Samtidig kan resultatene antas å være overførbar til andre helsesøstre og kan være nyttig i deres arbeid. Det kan også være relevante funn i kontekster som for eksempel helsefremmende klasseromsundervisning, arbeid med psykisk helse i skolen, tillitsskapende tilnærminger til skoleelever, innføring av helsefremmende tiltak på friske mennesker, og utvikling av kunnskap og måten kunnskapen formidles og brukes i praksis.

6.0. Avslutning

Denne studien gir innsikt i Psykologisk førstehjelp som helsefremmende tiltak. Hensikten var å belyse hvordan tiltaket kan bidra til det helsefremmende arbeidet i helsesøstertjenesten. Jeg ønsket å belyse følgende problemstilling med tilhørende forskningsspørsmål:

”Hvordan kan Psykologisk førstehjelp forstås som et helsefremmende tiltak?”

1. Hva beskriver helsesøstre som helsefremmende med PF?
2. Hvordan beskriver helsesøstre at PF kan brukes til å fremme helse?
3. Hvilke begrensninger ser helsesøstre med PF som helsefremmende tiltak?

Ved hjelp av teori om salutogenese, medikalisering og betydning av faglig kunnskap og skjønn i praksis har jeg belyst problemstillingen. I analysen fremkom tre hovedtema; 1) PF forbereder elevene til å håndtere fremtidige utfordringer, 2) PF støtter helsesøster i hjelperollen, og 3) utfordringer med PF som helsefremmende tiltak.

Funnene indikerer at PF kan forstås som helsefremmende ut fra et salutogent perspektiv. Dette fordi det tyder på at PF kan bidra til å støtte og styrke barn og unge i deres utvikling, slik at de kan skape gode vaner og mestre hverdagslige utfordringer på en hensiktsmessig måte. Videre ble PF beskrevet som et potensielt hjelpemiddel i samtaler med elever. Funnene indikerer at dette forutsetter at PF brukes på en fleksibel og tilpasset måte ovenfor den enkelte elev. Dette slik at PF ikke blir for styrende, slik at fokuset på eleven og hans behov blir borte.

PF kan brukes på ulike måter. Det fremkommer av resultatene at til tross for at undervisningsopplegget standardiseres i de ulike kommunene, kan bruken av tiltaket være personavhengig. Funnene tyder på at flere helsesøstre bruker de visuelle delene med tiltaket aktivt. I tillegg bruker de kreativitet og fantasi for å formidle innholdet til elevene. Klasseromsundervisning i PF kan bidra til at helsesøstre kommer i posisjon til å hjelpe elevene. Dette i form av at de blir synlige og tilgjengelige for elevene, noe som videre kan føre til at terskelen deres blir lavere for å ta kontakt.

Det synes å være viktig å vurdere på hvilken måte innholdet i PF formidles i en klasseromsetting. I tillegg tyder funnene på at det er viktig å vurdere hvilke situasjoner tiltaket kan være hensiktsmessig. Det fremkommer at tiltaket ikke anses som hensiktsmessig i situasjoner der utenforliggende forhold har skyld i at eleven ikke har det bra. Dette da tiltaket tar sikte på å endre *elevens* tanker og følelser, og ikke omgivelsene rundt eleven. Videre understrekes det at PF ikke skal brukes i slike situasjoner, og at helsesøster har et ansvar for å vurdere hvilken art utfordringene elevene presenterer for dem. Funnene viser at tiltaket kan forstås som helsefremmende, men at det har sine begrensninger og ulemper som kan medføre uheldige konsekvenser dersom det brukes ukritisk.

6.1. Implikasjoner for praksis

I denne studien var formålet å undersøke helsesøstres forståelse av PF som et helsefremmende tiltak. Studien kan gi innsikt i helsesøstrenes erfaringer og refleksjoner rundt PF som helsefremmende tiltak. Funnene synliggjør ulike muligheter og begrensninger med tiltaket, og kan potensielt bidra til videre utvikling og tilpasning av det i en helsefremmende kontekst i skolehelsetjenesten. Resultatene i denne studien kan bidra til å påvirke måten klasseromsundervisning i PF formidles til elevene og hvilket innhold i tiltaket som vektlegges. Slik kunnskap kan få betydning for hvordan PF utformes som klasseromsundervisning. Eksempelvis kan det bidra til økt refleksjon om tiltakets betydning for målgruppen og hva det kan tilføre tjenesten.

Funnene viser at PF brukes med en viss fleksibilitet og varsomhet. Det er et tiltak som kan brukes i ulike situasjoner, samtidig som det ikke er hensiktsmessig i enhver situasjon. Tiltak som PF kan være nyttig fordi det kan fungere som et hjelpemiddel for helsesøster. I tillegg anses det som et verktøy elevene får og kan bruke selvstendig. Denne studien kan bidra til refleksjon over metoder og tiltak som tas i bruk i det helsefremmende og forebyggende arbeidet. Dette anses som spesielt viktig da helsesøster jobber med friske barn og unge. Det er ønskelig å unngå sykeliggjøring. Det kan også være av verdi ettersom det må vurderes hvordan ressursene skal disponeres i helsesøstertjenesten. Det kan bidra til refleksjon over hvorfor tiltak iverksettes og brukes i tjenesten – spesielt da tiltak også kan ha sine negative sider. Denne studien kan ses på som et bidrag til å rette et kritisk blikk på bruken av metoder og tiltak i helsesøstertjenesten.

Funnene viser videre at klasseromsundervisning i PF kan være en måte å nå ut til gutter og at denne tilnærmingen bidrar til at de oppsøker helsesøster. Dette funnet kan bidra til å gi kunnskap om måter helsesøstertjenesten kan nå ut til gutter med informasjon om tjenesten, i tillegg til å gi dem informasjon om potensielle mestringsstrategier som de kan ha nytte for. Dette kan potensielt bidra til kunnskap om hvordan skolehelsetjenesten kan tilpasses ytterligere til gutter.

6.2. Videre forskning

Det er behov for videre forskning om PF som tiltak i skolehelsetjenesten. For å kunne tilpasse PF til elevenes behov kan det være aktuelt å undersøke det fra deres perspektiv. Det ses også et behov for forskning som undersøker PFs konsekvenser for elevers helse. Dette kan for eksempel gjøres i form av en tverrsnittsundersøkelse. Her kan faktorer som kjønn og sosioøkonomisk status for eksempel inkluderes som variabler for å undersøke om det kan påvirke elevenes utbytte av tiltaket. Det kan også være aktuelt å observere en skoletime der elevene får undervisning i PF for å undersøke hvordan elevene introduseres for tiltaket og responderer på undervisningen. Videre kan det være aktuelt å intervjuer elever etter undervisningen slik at de kan beskrive sin opplevelse av tiltaket og verdien av det.

Det er også behov for forskning som tar utgangspunkt i foreldres perspektiv. Funnene i denne studien tyder på at elevene i begynnelsen kan ha behov for bistand fra voksne for at de skal lære seg å bruke tiltaket. Det kan tyde på at foreldre kan være en viktig støttespiller for elevene. Derfor kan det være aktuelt å undersøke foreldrenes opplevelse av innføringen de får. Det kan bidra til å synliggjøre hvilken informasjon foreldrene har behov for, og hva de eventuelt savner. I tillegg kan det være aktuelt å undersøke hvordan foreldre bruker tiltaket etter innføringen. Det kan også bidra til kunnskap om hvordan foreldre kan bruke PF sammen med barna sine hjemme.

7.0. Litteraturliste

- Anderssen, J. & Gjernes, T. (2012). Det moderne behandlingssamfunnet. I A. Tjora (Red.), *Helsesosiologi. Analyser av helse, sykdom og behandling* (s. 62-78). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 11(1), 11-18.
- Antonovsky, A. (2012). *Helsens mysterium : den salutogene modellen* (A. Sjøbu, Overs.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Benner, P. (1995). *Fra novise til ekspert - dyktighet og styrke i klinisk sykepleiepraksis* (G. Have, Overs.). København: TANO forlag.
- Bjørk, R. F. (2015). Mestring av presentasjoner i skolen. *Tidsskrift for kognitiv terapi*, 16(3), 6-17.
- 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 Forskning*, 106 (e-65075), 1-14. doi: <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2018.65075>
- Braut, G. S. (2018). Salutogenese. Hentet 01.03.2018 fra <https://sml.snl.no/salutogenese>
- Brinkmann, S. (2015). Patologisingtesen: Diagnoser og patologier før og nå (M. E. G. Holthe & P. Røen, Overs.). I S. Brinkmann (Red.), *Det diagnostiserte livet. Økende sykkeliggjøring i samfunnet* (s. 17-33). Bergen: Fagbokforlaget.
- Clarke, A. M., Sixsmith, J. & Barry, M. M. (2015). Evaluating the implementation of an emotional wellbeing programme for primary school children using participatory approaches. *Health Education Journal*, 74(5), 578-593.
- Conrad, P. (1992). Medicalization and sosial control. *Annual Review of Sociology*, 18, 209-232.
- Erikson, E. H. (1983). *Livsringen sluttet* (T. Hanson, Overs.). København: Hanz Reitzels forlag.
- Erikson, E. H. (1992). *Identitet: Ungdom og kriser* (B. Brun, Overs.). København: Hans Reitzels forlag.
- Erikson, E. H. (2000). *Barnet og samfunnet* (K. von Krogh, Overs.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Espnes, G. A. & Lindström, B. (2014). Salutogenese - et viktig steg for å forstå helse? I G. Haugan & T. Rannestad (Red.), *Helsefremming i kommunehelsetjenesten* (s. 26-37). Oslo: Cappelen Damm.
- Finpå, T. G., Kvarme, L. G. & Misvær, N. (2017). Hvem går til helsesøster? *Tidsskrift for Ungdomsforskning*, 17(1), 54-77.
- Fleming, V., Gaidys, U. & Robb, Y. (2003). Hermeneutic research in nursing: developing a Gadamerian - based research method. *Nursing Inquiry*, 10(2), 113-120.
- Folkehelseinstituttet. (2015). Psykisk helse hos barn og unge. Hentet 09.04.2015 fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/helse-og-sykdom/psykisk-helse-hos-barn-og-unge---fo/-mange-barn-og-unge-rammes-av-psykiske-plager-og-psykiske-lidelser>
- Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetj. (2003). Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten (2003-04-03). Hentet 14.03.2017 fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-04-03-450>
- Gadamer, H.-G. (2012). *Sannhet og metode: grunntrekk i en filosofisk hermeneutikk* (L. Holm-Hansen, Overs. Wahrheit und Methode). Oslo: Pax.

- Garmy, P., Berg, A. & Clausson, E. K. (2014). Supporting positive mental health development in adolescents with a group cognitive intervention. *British Journal of School Nursing*, 9(1), 24-29.
- Garmy, P., Berg, A. & Clausson, E. K. (2015). A qualitative study exploring adolescents' experiences with a school-based mental health program. *BMC Public Health*, 15(1074), 1-9. doi: 10.1186/s12889-015-2368-z
- Graneheim, U. H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112. doi: 10.1016/j.nedt.2003.10.001
- Grimen, H. (2009). Debatten om evidensbasering - noen utfordringer. I H. Grimen & L. I. Terum (Red.), *Evidensbasert profesjonsutøvelse* (s. 191-221). Oslo: Abstrakt forlag.
- Haugland, B. (2011). En utviklingssensitiv tilnærming til kognitiv atferdsterapi med barn og unge. *Tidsskrift for Norsk Psykologiforening*, 48, 5-11.
- Haugland, B., Maurseth, T. & Raknes, S. (2013). Psykologisk førstehjelp i førstelinjetjenesten. Implementering og evaluering. Hentet 16.11.2016 fra [http://www.r-bup.no/cms/cmsmm.nsf/lupgraphics/Psykologisk_f%C3%B8rstehjelp_i_f%C3%B8rstelinjetjenestenWeb.pdf/\\$file/Psykologisk_f%C3%B8rstehjelp_i_f%C3%B8rstelinjetjenestenWeb.pdf](http://www.r-bup.no/cms/cmsmm.nsf/lupgraphics/Psykologisk_f%C3%B8rstehjelp_i_f%C3%B8rstelinjetjenestenWeb.pdf/$file/Psykologisk_f%C3%B8rstehjelp_i_f%C3%B8rstelinjetjenestenWeb.pdf)
- Haugland, B., Raknes, S., Haaland, A. T., Wergeland, G. J., Bjaastad, J. F., Baste, V., . . . Hoffart, A. (2017). School-based cognitive behavioral interventions for anxious youth: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 18(1).
- Helse- og omsorgsdepartementet. (1997-1998). *Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999 - 2006*. (St.prp. nr. 63). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stprp-nr-63-1997-98/id201915/sec1>.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2008-2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett sted - til rett tid*. ((St.meld. nr.47, 2008-2009)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009/id567201/>.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2017-2022). *Mestre hele livet. Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017-2022)*. Hentet fra https://www.regjeringen.no/contentassets/f53f98fa3d3e476b84b6e36438f5f7af/strategi_for_god_psykisk-helse_250817.pdf
- Helsedepartementet. (2003). ...Sammen om psykisk helse. Regjeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse. Hentet fra https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/vedlegg/strategiplan_for_barn_og_unges_psykiske_helse.pdf
- Helsedirektoratet. (2018). Nasjonal faglig retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom. Hentet 21.04.18 fra <https://helsedirektoratet.no/Retningslinjer/Helsestasjons-og-skolehelsetjenesten.pdf>
- Higgins, E. & O'Sullivan, S. (2015). "What works": Systematic review of the "FRIENDS for life" programme as a universal school-based intervention programme for the prevention of child and youth anxiety. *Educational Psychology in Practice*, 31(4), 424-438.

- Holen, S., Waaktaar, T., Lervåg, A. & Ystgaard, M. (2012). The effectiveness of a universal school-based programme on coping and mental health: a randomised, controlled study of Zippy's Friends. *Educational Psychology, 32*(5), 657-677.
- Holmström, M. R., ; Häggström, M.; Kristiansen, L. (2015). Skolsköterskans rolltransformering till den nya hälsofrämjande positionen. *Nordic Journal of Nursing Research, 35*(4), 210-217.
- Holth, I. K. & Madsen, O. J. (2013). Behandling på boks - En kasusstudie av selvhjelpsverktøyet Psykologisk førstehjelp som normativ diskurs. *Matrix, 30*(4), 285-303.
- Illich, I. (1996). *Medisinsk nemesis* (T. Hoff, Overs.). Oslo: Gyldendal.
- Jacobsen, D. I. (2010). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode* (2 utg.). Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Kassah, B. L. L., Pedersen, H., N-P. & Tingvoll, W.-A. (2016). Folkehelsearbeid - sentrale utviklingstrekk. I B. L. L. Kassah, H. Pedersen, N-P. & W.-A. Tingvoll (Red.), *Forebyggende helsearbeid - sykepleie i kommunal helse- og omsorgstjeneste* (s. 16-32). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Klein, J., Sendall, M. C., Fleming, M., Lidstone, J. & Domocol, M. (2012). School nurses and health education: The classroom experience. *Health Education Journal, 72*(6), 708-715.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kvarme, L. G. & Helseth, S. (2005). Kunnskap i tråd med samfunnets behov. *Sykepleien Forskning, 5*(93), 56-57.
- Laholt, H., Guillemin, M., Mcleod, K., Olsen, R. E. & Lorem, G. F. (2017). Visual methods in health dialogs: A qualitative study of public health nurse practice in schools. *Journal of Advanced Nursing, 73*(12), 1-9.
- Langford, R., Bonell, C., Jones, H., Poulou, T., Murphy, S., Waters, E., . . . Campbell, R. (2015). The World Health Organization's Health Promoting Schools framework: a Cochrane systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health, 15*, 15:130. doi: 10.1186/s12889-015-1360-y
- Langaard, K. (2006). Ungdom, psykisk helse og profesjonell hjelp. *Tidsskrift for Ungdomsforskning, 6*(2), 25-40.
- Larsen, M. H., Christiansen, B. & Kvarme, L. G. (2016). Helsesøstres utfordringer for å fremme elevenes psykiske helse. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning, 12*(2), 149-165.
- Larsson, M., Björk, M., Ekebergh, M. & Sundler, A. J. (2014). Striving to Make a Positive Difference: School Nurses' Experiences of Promoting the Health and Well-Being of Adolescent Girls. *The Journal of School Nursing, 30*(5), 358-365.
- Lian, O. S. (2006). Den moderne EOS-myten om medikalisering som modernitetsfenomen. *Sosiologisk Tidsskrift, 14*(1), 64-86.
- Lian, O. S. (2012). Medikaliseringens uttrykk, drivkrefter og implikasjoner. I A. Tjora (Red.), *Helsesosiologi. Analyser av helse, sykdom og behandling* (s. 38-61). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lindström, B. & Eriksson, M. (2005). Continuing professional education. Salutogenesis. *Journal of Epidemiology and Community Health, 59*(6), 440-442.
- Madsen, O. J. (2014). *"Det er innover vi må gå" : en kulturpsykologisk studie av selvhjelp*. Oslo: Universitetsforl.
- Malterud, K. (2001). Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *The Lancet, 358*, 483-488.

- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring* (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Martinsen, K. & Hagen, R. (2012). Introduksjon til kognitiv atferdsterapi. I K. Martinsen & R. Hagen (Red.), *Kognitiv atferdsterapi i behandling av barn og unge* (s. 15-47). Oslo: Gyldendal akademisk, 2012.
- Membride, H. (2016). Mental health: early intervention and prevention in children and young people. *British journal of nursing (Mark Allen Publishing)*, 25(10), 552-557.
- Michaelson, V., Mckerron, M. & Davidson, C. (2015). Forming ideas about health: A qualitative study of Ontario adolescents. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 10(1), 1-12.
- Mykletun, A., Knudsen, A. K. & Mathisen, K. S. (2009), *Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv*. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- Neumann, C. B. (2009). *Det bekymrede blikk*. Oslo: Novus forlag.
- Neumer, D. P. (2013). Beskrivelse og vurdering av tiltaket: Psykologisk førstehjelp. Hentet 19.11.2016 fra https://www.ungsinn.no/post_tiltak/psykologisk-forstehjelp/
- 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, 339-334), p.339-356. doi: 10.1108/HE-03-2014-0039
- Nilsen, I., Litland, A. S. & Hjälmhult, E. (2014). Helsesøstres utfordringer ved bruk av kartleggingsverktøy i skolehelsetjenesten. *Sykepleien forskning*, 4(9), 358-365.
- NOVA. (2017). *Ungdata 2017. Nasjonale resultater*. (NOVA Rapport nr. 10, 2017). Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.
- NSD. (2018). Register over vitenskapelige publiseringskanaler. Hentet 15.03.18 fra https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/KanalTreffliste.action?xs=&__checkbox_ox_bibsys=true&tv=true
- Oates, J. (2015). Use of Skype in interviews: the impact of the medium in a study of mental health nurses. *Nurse Researcher*, 22(4), 13-17.
- Olsen, A. C. F. (2013). Forskning og innovasjon til pasientens beste. Fellesrapport fra spesialisthelsetjenesten 2013. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/4516918b0e52454a81ee3c92c4685ee6/fellesrapportenendelig.pdf>
- Pettersvold, M. & Østrem, S. (2012). *Mestrer, mestrer ikke. Jakten på det normale barnet*. Oslo: Res publica.
- Raknes, S. (2010a). *Psykologisk førstehjelp. Barn*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Raknes, S. (2010b). *Psykologisk førstehjelp. Ungdom*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Raknes, S. (2014). *Grønne tanker - glade barn. Barn 4-7 år*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Raknes, S. (2017). Psykologisk førstehjelp. Hentet fra <http://www.solfridraknes.no>
- Raknes, S., Dyregrov, K., Pallesen, S., Hoffart, A., Stormyren, S. & Haugland, B. S. M. (2017). A pilot study of a low threshold, low intensity CBT intervention for traumatized adolescents. *Scandinavian Psychologist*(4), 1-18. doi: <https://doi.org/10.15714/scandpsychol.4.e8>
- Raknes, S., Hansen, L. S., Cederkvist, G. A. & Nordgaard, N. (2017). "Psykologisk førstehjelp" i skolen. I L. G. Kvarme (Red.), *Sårbare skolebarn : trivsel og helse for barn med psykososiale utfordringer* (s. 170-191). Bergen: Fagbokforlaget.
- Raknes, S. & Haugland, B. (2013). *Psykologisk førstehjelp: Veiledning for bruk i førstelinjen*. Oslo: Gyldendal akademisk.

- Reuter, K. W. (2003). Forskningsetikkens spede begynnelse og tilblivelse: beskyttelse av enkeltpersoner og samfunn. I K. W. Reuter (Red.), *Forskningsetikk. Beskyttelse av enkeltpersoner og samfunn* (s. 17-38). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Reuter, K. W. (2015). Medisin og helsefag. Hentet 28. november 2016 fra <https://www.etikkom.no/fbib/introduksjon/innforing-i-forskningsetikk/medisin-og-helsefag/>
- Samnøy, S. (2013). Forprosjekt Psykologisk førstehjelp i skulen. Hentet 20.01.2018 fra <http://www.sogn.regionraad.no/getfile.php/2997024.1687.qesrvwdfyv/Popul%C3%A6r+vitskapleg+rapport+Forprosjekt.pdf>
- Smart, K. A., Parker, R. S. & Lampert, J. (2012). Speaking up: Teens voice their health information needs. *Journal of School Nursing, 28*(5), 379-388.
- Sollesnes, R. (2010). Exploring issues that motivate contact with adolescent health clinics. *Nordic Journal of Nursing Research, 30*(2), 4-7.
- Statens barnehus. (2018). Statens barnehus. Et tverrfaglig kompetansehus. Hentet 07.03.2018 fra <https://www.statensbarnehus.no>
- Sullivan, J. R. (2012). Skype: An Appropriate Method of Data Collection for Qualitative Interviews? *The Hilltop Review, 6*(1), 54-60.
- Suominen, S. & Lindstrom, B. (2008). Salutogenesis. *Scandinavian Journal of Public Health, 36*(4), 337-339.
- Svendsen, L. F. H. (2006). Patologisering av menneskelivet. *Samtiden, 1*, 131-139.
- Tetzchner, S. v. (2012). *Utviklingspsykologi* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Ungsinn. (2018). Om ungsinn. Hentet 22.04.18 fra <https://ungsinn.no/om-ungsinn/>
- Vandvik, I. H. (2010). Til hjelp for hvem? *Tidsskrift for Den norske legeforsking, 130*(15), 1504-1504.
- Voksne for barn. (2018). Psykologisk førstehjelp, skrin og bok. Hentet 03.05.18 fra http://www.vfb.no/E2x2VLXC9g_H7z_AhlfK64-KFLV68f3TP9D6CJ1SZy.ips?template=webshop&
- Waldum-Grevbo, K. S. & Haugland, T. (2015). Hvor er helsesøster? En kartlegging av helsesøsterbemanningen i skolehelse-tjenesten. *Sykepleien Forskning, 10*(4), 352-360.
- Weare, K. & Nind, M. (2011). Mental health promotion and problem prevention in schools: what does the evidence say? *Health Promotion International, 26*(S1), 29-69.
- WHO. (1986). The Ottawa Charter for Health Promotion. Hentet 26.03.2017 fra <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>

Vedlegg 1 – Tilbakemelding fra NSD



Ellinor Beddari

9037 TROMSØ

Vår dato: 17.08.2017

Vår ref: 55081 / 3 / AMS

Deres dato:

Deres ref:

Tilbakemelding på melding om behandling av personopplysninger

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 09.07.2017.

Meldingen gjelder prosjektet:

<i>55081</i>	<i>Psykologisk førstehjelp på timeplanen</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>UiT Norges arktiske universitet, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Ellinor Beddari</i>
<i>Student</i>	<i>Caroline Fosland Karlsen</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget [skjema](#). Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en [offentlig database](#).

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 25.06.2018, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Dersom noe er uklart ta gjerne kontakt over telefon.

Vennlig hilsen

Marianne Høgetveit Myhren

Anne-Mette Somy

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

Vedlegg 2 – Tilbakemelding 1. endringsmelding

Fra: Anne-Mette Somby <anne-mette.somby@nsd.no>

Dato: 26. september 2017 kl. 15.29.36 CEST

Til: cfk2011@live.no

Kopi: hilde.laholt@uit.no, ellinor.beddari@uit.no

Emne: Prosjektnr: 55081. Psykologisk førstehjelp på timeplanen

Viser til endringsmelding mottatt 15.9.17. Følgende endringer er registrert:

Ny veileder: Hilde Laholt

Ny problemstilling: På hvilken måte kan klasseromsundervisningen "Psykologisk førstehjelp" fremme helse hos skolebarn?

Jeg blir ikke å gjennomføre en dokumentanalyse av materialet som omhandler Psykologisk førstehjelp som beskrevet i meldeskjemaet.

Personopplysningene vil også sikkerhetskopieres fra datamaskinen til en minnepenn. Minnepennen vil være innlåst i et pengeskrin.

Det vil ikke hentes inn bilde- eller videopptak, men vil tas opp lydopptak under intervjuet.

Helsesøstre som har erfaring med undervisningen i alle klassetrinn (fra 1-10 trinn) vil inkluderes i studien.

Samtykkeskjema, minnepenn, notater og lydopptak vil oppbevares i et pengeskrin. Passordbeskyttet, privat datamaskin vil oppbevares i egen, privat bolig. Mappen studien lagres i på datamaskinen vil være passordbeskyttet.

Vi anbefaler endringene.

--

Anne-Mette Somby

Spesialrådgiver | Special Adviser

Seksjon for personverntjenester | Data Protection Official

T: (+47) 55 58 24 10

NSD – Norsk senter for forskningsdata AS | NSD – Norwegian Centre for Research Data

Harald Hårfagres gate 29, NO-5007 Bergen

T: (+47) 55 58 21 17

postmottak@nsd.no www.nsd.no

Vedlegg 3 – Tilbakemelding 2. endringsmelding

Fra: Anne-Mette Somby <anne-mette.somby@nsd.no>
Sendt: 6. november 2017 14:43
Til: Caroline Fosland Karlsen
Emne: Re: Prosjektnr: 55081. Psykologisk førstehjelp på timeplanen

Hei!

Du kan bruke skype dersom UIT tillater at du gjør det. Undersøk om det fins noen retningslinjer for dette internt før du gjør det.

Vennlig hilsen

Anne-Mette Somby
Spesialrådgiver | Special Adviser
Seksjon for personverntjenester | Data Protection Official
T: (+47) 55 58 24 10

NSD – Norsk senter for forskningsdata AS | NSD – Norwegian Centre for Research Data Harald Hårfagres gate 29, NO-5007 Bergen

T: (+47) 55 58 21 17

postmottak@nsd.no <<mailto:postmottak@nsd.no>> www.nsd.no <<http://www.nsd.no>>

Vedlegg 4 – Informasjonsskriv til virksomhetsleder

Denne e-posten sendes ut i forbindelse med min masteroppgave. Jeg er en nyutdannet helsesøster fra Universitetet i Tromsø. I løpet av 2017/2018 skal jeg skrive en masteroppgave om helsesøstres erfaringer med klasseromsundervisning i Psykologisk førstehjelp.

I forbindelse med masteroppgaven ønsker jeg å intervjuer helsesøstre som har erfaring med undervisning i Psykologisk førstehjelp, og ber dermed om tillatelse til å intervjuer 2-3 helsesøstre i kommunen deres. Intervjuene vil ha en varighet på 30-60 minutter. Dersom jeg får tillatelse til å intervjuer helsesøstre i kommunen deres ber jeg om å få tilsendt kontaktinformasjon til ledende helsesøster i skolehelsetjenesten. Hun vil da motta et informasjonsskriv om studien og samtykkeskjema som hun vil bes om å distribuere videre til de aktuelle helsesøstrene.

Jeg planlegger å gjennomføre intervjuene i september/oktober 2017. Intervjuene kan gjennomføres i arbeidstiden til helsesøster. Intervjuene kommer til å bli tatt opp på digitalt lydbånd og materialet vil bli behandlet konfidensielt. Persons- og stedsopplysninger vil bli anonymisert.

Veilederen min i studien er stipendiat Hilde Laholt fra Universitetet i Tromsø.

Ber om at du gir tilbakemelding til meg innen 14 dager om du tillater/ikke tillater at jeg henvender meg til ledende helsesøster for å rekruttere informanter fra kommunen deres. Ta gjerne kontakt dersom du har noen spørsmål.

Med vennlig hilsen

Caroline Karlsen

E-post:

Tlf:

Vedlegg 5 - Forespørsel om bidrag til rekruttering, master i helsesøsterfag

Jeg er en nyutdannet helsesøster fra Universitetet i Tromsø som skal skrive masteroppgave i helsesøsterfaget i løpet av 2017/2018. I den forbindelse tar jeg kontakt med deg som ledende helsesøster, med spørsmål om hjelp til å rekruttere helsesøstre i deres kommune til min studie. Studien omhandler helsesøstres erfaringer med klasseromsundervisning i Psykologisk førstehjelp.

Jeg ønsker å intervju 2-3 helsesøstre som har erfaring med undervisningen i deres kommune. Intervjuene vil ha en varighet på 30-60 minutter og vil gjennomføres i september/oktober 2017. Det kreves ingen form for forberedelse før intervjuene fra helsesøstrenes side, og jeg har anledning til å reise til dere for å gjennomføre intervjuene. Intervjuene kan gjennomføres i arbeidstiden til helsesøster.

Jeg ber derfor om at vedlagt informasjonsskriv og samtykkeskjema videresendes til helsesøstrene i skolehelsetjenesten, og ber om tilbakemelding innen 14 dager.

Håper dere finner studien interessant og på positiv tilbakemelding fra dere. Ta kontakt dersom dere har noen spørsmål.

Veilederen min i studien er stipendiat Hilde Laholt fra Universitetet i Tromsø.

Med vennlig hilsen

Caroline Karlsen

E-post:

Tlf:

Vedlegg 6 – Informasjonsskriv

Bakgrunn og formål

Forespørsel til helsesøstre som har erfaring med klasseromsundervisningen Psykologisk førstehjelp om deltakelse i forskningsstudien ”Psykologisk førstehjelp på timeplanen”. Studien består av to deler. I den ene delen analyseres dokumenter som omhandler metoden Psykologisk førstehjelp. I denne delen av studien intervjues helsesøstre. Hensikten med denne delen av studien er å utforske hvordan tiltaket gjennomføres og helsesøstres erfaringer med tiltaket. Du trenger ikke å forberede deg til intervjuet. Studien gjøres i forbindelse med min masteroppgave i helsesøsterfag ved Norges Arktiske Universitet i Tromsø.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Intervjuene gjennomføres i løpet av september/oktober 2017. Varigheten på intervjuet vil være mellom 30-60 minutter. Intervjuene kan gjennomføres i arbeidstiden til helsesøster dersom det er ønskelig. Intervjuene kommer til å bli tatt opp på digitalt lydbånd og det vil bli tatt notater underveis. Spørsmålene vil blant annet omhandle hvordan undervisningen gjennomføres, muligheter og utfordringer ved undervisningen og tilbakemeldinger fra elever, foresatte og lærere.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Materialet vil bli behandlet konfidensielt. Persons- og stedsopplysninger vil bli anonymisert. Jeg og veilederen min vil være de eneste som har tilgang til ditt navn. Prosjektet skal etter planen avsluttes i juni 2018. Studien er vurdert av Personvernombudet for forskning, NSD - Norsk senter for forskningsdata AS. Datamaterialet vil bli behandlet etter deres regler om oppbevaring og makulering. Opplysningene du oppgir skal analyseres sammen med opplysningene fra de andre informantene og litteratur.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli anonymisert.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med Caroline Karlsen, tlf. xxxxxxxx, e-post xxxxxxxxxxxx.

Vedlegg 7 – Samtykkeskjema

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 8 – Intervjuguide

Innledende spørsmål:

- Hvilken utdanning har du?
- Hvor mange år har du jobbet som helsesøster?
- Hvor lenge har du jobbet i skolehelsetjenesten?

Erfaring:

- Hvilken erfaring har du med klasseromsundervisningen Psykologisk førstehjelp?
 - Hvilke klassetrinn har du hatt undervisning for?
 - Hvordan gjennomfører du undervisningen?
- Hvilke elever tenker du at undervisningen passer til?
 - Klassetrinn, kjønn, utsatte grupper, alle?
- Hvordan opplever du at elevene tar i mot undervisningen?
 - I hvilke deler er elevene aktive/passive?
- Hvilken respons opplever du elevene gir etter undervisningen?
 - Hvordan opplever du pågangen ved åpen dør etter undervisningen?

Helsefremming:

- Hva betyr helsefremming for deg?
- Hva tenker du undervisningen kan bety for elevene?
 - Hva ønsker du å oppnå med undervisningen?
- Tenker du at undervisningen kan være helsefremmende?
 - Hvis ja, på hvilken måte?

Refleksjoner:

- Med erfaringen du har, hva tenker du om PF som undervisning?
 - Hvilke styrker ser du med undervisningsopplegget?
 - Er det noe som kan gjøres bedre eller annerledes?

Forslag til utdypende spørsmål:

- Kan du si mer om det?
- Har du flere eksempler på det?

Avrundning av intervjuet:

- Er det noe du ønsker å utdype eller tilføye knyttet til temaet?
- Kan jeg ta kontakt per e-post eller telefon dersom det er behov for oppklaringsspørsmål i etterkant?
- Takk for din tid og deltakelse.