

“Har de det ikke okei så får de ikke til noe faglig heller”

*En kvalitativ undersøkelse av skolen og
skolehelsetjenestens samarbeid om psykisk helsehjelp
til elever ved videregående skoler i Oslo*

Vivian Aasvik



Masteroppgave ved Psykologisk institutt

UNIVERSITETET I OSLO

Mai 2017

© Vivian Aasvik

2017

“Har de det ikke okei så får de ikke til noe faglig heller“. En kvalitativ undersøkelse av skolen og skolehelsetjenestens samarbeid om psykisk helsehjelp til elever ved videregående skoler i Oslo.

Vivian Aasvik

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

Sammendrag

Forfatter: Vivian Aasvik

Tittel: “Har de det ikke okei så får de ikke til noe faglig heller“. En kvalitativ undersøkelse av skolen og skolehelsetjenestens samarbeid om psykisk helsehjelp til elever ved videregående skoler i Oslo.

Veileder: Mona-Iren Hauge

Hvordan samarbeider ansatte i skolen og skolehelsetjenesten ved videregående skoler der skolehelsetjenesten er bemannet med både helsesøster og skolepsykolog? Hvordan samarbeider helsesøster og skolepsykolog? På hvilke måter kan de ansatte benytte seg av det tverrfaglige samarbeidet for å bedre kunne hjelpe elever med psykososiale utfordringer? Dette er spørsmål denne oppgaven tar for seg.

Ved majoriteten av videregående skoler i Oslo organiseres skolehelsetjenesten i dag etter PLIS-modellen (Psykisk helse: Lavterskel i skolehelsetjenesten). Dette innebærer blant annet at skolehelsetjenesten styrkes gjennom økt bemanning. Gjennom tematisk analyse av kvalitative intervjuer med tre helsesøstre, to skolepsykologer, en rådgiver, en lærer og en rektor, har jeg undersøkt hvordan de ansatte snakker frem ulike aspekter ved utøvelsen av det tverrfaglige samarbeidet. For utøvelsen av samarbeidet mellom ansatte i skolehelsetjenesten er fysisk tilstedeværelse, tilgjengelighet, kommunikasjon, sosial støtte, motivasjon, mestring og rolleforventninger av betydning. I relasjonen mellom skolen og skolehelsetjenesten trekkes kontakt, kommunikasjon, rolleforventninger, motivasjon og tillit frem som sentrale aspekter ved samarbeidet. Det teoretiske bakteppet for oppgaven tar utgangspunkt i økologisk psykologi og Bronfenbrenners økologiske utviklingsmodell. Teorien anvendes for å diskutere ringvirkningene det tverrfaglige samarbeidet kan ha for elevenes psykiske helse. Oppgaven gir kunnskap om utøvelsen av det tverrfaglige samarbeidet mellom ansatte i skoler og skolehelsetjenester der skolehelsetjenesten er organisert etter PLIS-modellen, samt hvilke ringvirkninger det tverrfaglige samarbeidet kan ha for elevenes psykiske helse. Denne kunnskapen kan brukes til å øke de ansattes bevissthet rundt utøvelsen av samarbeidet, og kan danne et bakteppe for tiltak med mål om å forbedre tilbudet til elever som har behov for oppfølging som følge av psykososiale problemer.

Forord

Først og fremst vil jeg takke alle informantene mine som stilte opp og delte sine erfaringer med meg. Uten dere ville ikke denne oppgaven vært den samme.

Tusen takk til Kristin Olaisen som ga meg muligheten til å skrive denne oppgaven, og som fra første møte tente et engasjement i meg for lavterskeltilbudet. Du har spilt en avgjørende rolle for gjennomføringen av prosjektet, og jeg takker for alle kloke ord og kommentarer.

Tusen takk til min beundringsverdige veileder Mona-Iren Hauge som har lært meg så utrolig mye dette siste året. Takk for at du har gitt næring til den kvalitative forskeren i meg, og for at du har tent troen på meg selv på nytt og på nytt. Uten dine unike egenskaper hadde ikke denne oppgaven vært mulig for meg å gjennomføre.

Etter et intenst år i samme båt vil jeg takke samboeren min Ole som har støttet, motivert og passet på at jeg har beholdt fatningen gjennom hele denne prosessen. En stor takk rettes også til mine tre omsorgsfulle søstre, og spesielt til Jorunn og Monica for korrekturlesing av oppgaven.

Oslo, mai 2017

Vivian Aasvik

Innholdsfortegnelse

Introduksjon	1
Psykisk helse blant norske ungdommer	1
Forebygging av psykiske plager og lidelser	3
Hjelpetilbud til barn og unge.....	3
Bakgrunn for prosjektet.....	4
Oppgavens problemstilling	6
Avgrensning av oppgaven.....	7
Begrepsavklaring.....	7
Teoretisk rammeverk.....	8
Tverrfaglig samarbeid	8
Bronfenbrenners økologiske modell	10
Metode.....	12
Kvalitative intervjuer.....	12
Valg og rekruttering av informanter.....	13
Forberedelser og gjennomføring av intervjuer.....	14
Transkriberingsprosessen	17
Om gjennomføringen av analysen.....	17
Epistemologisk ståsted	19
Etiske refleksjoner.....	19
Analyse.....	22
Samarbeid i skolehelsetjenesten.....	22
Samarbeid mellom skolen og skolehelsetjenesten	31
Diskusjon.....	40
Utøvelsen av det tverrfaglige samarbeidet i skolehelsetjenesten	40
Utøvelsen av tverrfaglig samarbeid mellom skolen og skolehelsetjenesten	42
Kjennskapet mellom ansatte i skolen og skolehelsetjenesten	43
Utvidelsen av skolehelsetjenesten i et økologisk utviklingsperspektiv	43
Drøfting av en styrket skolehelsetjeneste.....	45
Tverrfaglig samarbeid som en del av PLIS-modellen.....	47
Begrensninger.....	47
Oppsummering og implikasjoner	47
Litteraturliste	49

Vedlegg	53
Vedlegg A. Intervjuguide	53
Vedlegg B. Samtykkeskjema	56
Vedlegg C. Tilbakemelding fra NSD	58

Figurliste

Figur 1. Opplevelser/konstruksjoner av samarbeid på tre nivåer (Ødegård 2016, s.121).....	9
---	---

Introduksjon

Helsesøster hadde satt opp flere avtaler med elever den dagen jeg tilbrakte på kontoret hennes. Allikevel var ikke dette det eneste som fylte arbeidsdagen hennes. Mens vi satt på kontoret hennes ved Furutre videregående skole, hun i samtale med en elev og jeg litt i bakgrunnen, banket det av og til på døren. Det kunne være ansatte ved skolen som stakk innom med en beskjed eller elever som kom med spørsmål. I tillegg til de avtalene hun hadde med elever på forhånd, hadde hun satt av tid i arbeidsdagen sin til å ha døren åpen for de elevene som ønsket å komme til en «drop-in-samtale».

Mens jeg tilbrakte denne praksisdagen sammen med helsesøster ble jeg slått av hvor engasjert hun var i både ansatte og elever som kom innom. Hun viste alle den ekstra lille omsorgen man ofte kan trenge i hverdagen, og selv de elevene som bare stakk innom for å spørre etter en Paracet tok hun seg tid til å prate litt med. Når en lærer kom i følge med en elev prioriterte hun å få eleven til å føle seg trygg og velkommen. Hun stilte de spørsmål om hvordan de hadde det, og viktigst av alt tok hun seg tid til å høre på svarene deres. Jeg befant meg ved en videregående skole der skolehelsetjenesten hadde fått tilført ekstra ressurser, slik at helsesøster hadde ekstra tid til å hjelpe elever med behov for samtaler og oppfølging.

Temaet for denne masteroppgaven er hvordan ansatte i skolen og skolehelsetjenesten samarbeider for å gi elever ved videregående skoler et lavterskeltilbud om hjelp til å håndtere vanskelige livssituasjoner, ved skoler der skolehelsetjenesten har fått tilført ekstra ressurser. Gjennom tematisk analyse av intervjuer med ansatte i skolen og i skolehelsetjenesten, er målet med oppgaven å si noe om hvordan samarbeidet mellom ansatte i skolehelsetjenesten, og mellom ansatte i skolen og skolehelsetjenesten, utøves. Samarbeidet mellom de ansatte er viktig å undersøke fordi det har betydning for elevenes hverdag. Måten skolen og skolehelsetjenesten samarbeider på kan for eksempel ha betydning for hva slags hjelp elevene opplever at skolen kan bistå dem med når de selv kjenner på fysiske eller psykiske vansker.

Psykisk helse blant norske ungdommer

Ungdomstiden er preget av både psykisk og fysisk utvikling. Mange unge vil oppleve problemer og utfordringer, og en del av utviklingen går nettopp ut på å prøve å løse slike problemer selv. Allikevel er det ikke alle slike problemer ungdommer skal behøve å håndtere på egenhånd, slik som vedvarende følelser av bekymring, nedstemthet og uro. Slike følelser kan være symptomer på psykiske problemer som kan utvikle seg til psykiske lidelser. Å streve psykisk er plagsomt og belastende, men ikke nødvendigvis til en slik grad at de

oppfyller de spesifikke diagnosekriteriene for psykiske lidelser (Folkehelseinstituttet, 2014). Både psykiske plager og psykiske lidelser kan være alvorlige for den det gjelder, ettersom de påvirker vår opplevelse av livskvalitet.

Rapporten Ungdata 2016 som baserer seg på selvrapporing fra nærmest 190 000 norske ungdommer gir oss et bilde av forskjellige aspekter ved norske ungdommers liv (A. Bakken, 2016). Rapporten viser blant annet at mange unge sliter psykisk i perioder, der depresjon og angst er de vanligste problemene, og at flere unge rapporterer om psykiske plager på videregående enn på ungdomstrinnet. Tallene fra Ungdata 2016 viser at mellom 21-44 % av ungdommer ved videregående skole hadde følt seg ganske eller veldig mye plaget av psykiske plager i løpet av den siste uka (A. Bakken, 2016). Tallene for depresjon viste seg også å være urovekkende høye, med tydelige kjønnsforskjeller. Mens 8-11 % av guttene på videregående rapporterte et høyt nivå av depressive symptomer, var det tilsvarende tallet for jenter 26% (A. Bakken, 2016).

Rapporten Ung i Oslo 2015 viser også en økende forekomst av psykiske plager i ungdomstiden, der man ser at 24-44 % av de 24 000 Oslo-ungdommene som deltok hadde følt seg ganske mye eller veldig mye plaget av psykiske plager i løpet av den siste uka (Andersen & Bakken, 2015). Oppsummert kan man si at forekomsten av psykiske problemer tiltar utover i ungdomsårene, der minst 1 av 5 ungdommer ved videregående skole rapporterer symptomer på psykiske plager i løpet av en uke. I tillegg viser dataene at ungdommer har flest symptomer på angst og depresjon, og at mer enn dobbelt så mange jenter som gutter rapporterer at de plages av depressive symptomer.

Psykiske helseutfordringer er ikke bare belastende for den det gjelder, men koster også samfunnet et titalls milliarder kroner årlig, blant annet på grunn av frafall fra skole og arbeidsliv. Blant uføretrygdede i Norge er 1 av 3 ufør på grunn av én eller flere psykiske lidelser (Ny arbeids- og velferdsforvaltning, 2015, 08.10). Tallene for psykiske plager blant ungdommer er urovekkende, og anses som et problem. En stor andel av voksnes mentale helseplager har vist seg å stamme fra tidlig i livet (Kieling et al., 2011). Derfor kan slike tidlige plager ha konsekvenser langt inn i det voksne liv, og være en kostnad og belastning for samfunnet og individet i lang tid. Man kan også se på det som et etisk ansvar å passe på at sårbare unge ikke får sitt utviklingspotensial ødelagt av psykiske problemer. Dersom psykiske lidelser ikke behandles har de en tendens til å bli kroniske (Mykletun, Knudsen, & Mathiesen, 2009). Dette aktualiserer betydningen av å forebygge at ungdommer utvikler psykiske lidelser.

Forebygging av psykiske plager og lidelser

Det er mange forhold som påvirker vår psykiske helse, og mange opplever at de ikke mestrer eller håndterer hverdagen, noe som er viktig for helse og trivsel (Helsedirektoratet, 2014). For å forhindre at visse forhold fører til psykiske plager eller lidelser kan forebyggende tiltak være nyttige. Med forebygging menes å hindre at ny sykdom oppstår (Major et al., 2011). Forebyggende tiltak har god effekt dersom de bidrar til å redusere nye sykdomstilfeller eller bidrar til at færre personer opplever klinisk høyt symptomnivå (Major et al., 2011). Det har blitt tatt til orde for at forebygging av psykiske lidelser er viktig å prioritere, ettersom blant annet kostnads- og nytteeffekten ved forebygging er mer fordelaktig enn ved behandling (Holte, 2012).

Man har sett at tidlig intervensjon kan øke sannsynligheten for en positiv utvikling (Barne- og likestillingsdepartementet, 2007). Derfor blir barnehagen og skolen noen av de viktigste arenaene for forebygging av psykiske lidelser (Major et al., 2011). For ungdommer er skolen en viktig arena der de tilbringer mye tid og har mulighet til å knytte relasjoner, både til jevnaldrende og voksne. Mellommenneskelige relasjoner byr på sosial støtte, som er viktig for god psykisk helse (Helsedirektoratet, 2014). Slik sosial støtte får man blant annet fra venner og familie, men ikke alle opplever god sosial støtte. Det har gjentatte ganger vist seg å være en sammenheng mellom den opplevde sosiale støtten og ens psykiske helse, der mangel på sosial støtte i oppveksten er en risikofaktor for å utvikle symptomer på psykiske plager og lidelser (Borge, 2010; Mykletun et al., 2009; von Tetzchner, 2012).

Hjelpetilbud til barn og unge

Det kan være nødvendig for ungdommer som opplever tiltredende psykiske plager å få hjelp til å håndtere disse symptomene. Slik hjelp kan komme fra venner og familie gjennom dialog og sosial støtte (Helsedirektoratet, 2014). Likevel er det mange som av ulike grunner ikke ber om hjelp fra venner eller familie når de får problemer. Disse ungdommene kan oppsøke offentlige hjelpetilbud, slik som helsestasjonen i kommunen, barne- og ungdomspsykiatrien (BUP), eller distriktpsikiatrisk senter (DPS). Til tross for at de opplever psykisk ubehag er det allikevel mange ungdommer som ikke oppsøker slike hjelpeinstanser (Helland & Mathiesen, 2009; Holte, 2005; Zachrisson, Rödje, & Mykletun, 2006). Terskelen for å oppsøke hjelp kan være høy av ulike grunner, slik som at psykisk helse er tabubelagt (Helland & Mathiesen, 2009). På en annen side er det mulig at også tilgjengelighet og kunnskap spiller en rolle, ettersom noen hjelpetilbud kan være plassert langt unna,

hjelpesystemet kan være vanskelig å navigere i, eller ventelistene for å få hjelp kan være lange.

Skolehelsetjenesten. Skolehelsetjenesten er et lavterskeltilbud for ungdom, som er tilgjengelig på deres egen arena. Her kan ungdommene komme og prate om sine problemer med en utdannet helsesøster som har taushetsplikt. I Norge er det imidlertid stor variasjon i hvor mye helsesøster er til stede på skolene, og kapasiteten til å hjelpe elever med akutte behov kan være begrenset. I media kan man for eksempel stadig lese om fortvilte ungdommer som savner en helsesøster de kan oppsøke ved behov (Aftenposten, 2015, 20.06; S. B. Bakken, 2017).

Bakgrunn for prosjektet

I 2000 ble det satt i gang et prosjekt mellom Nic Waals Institutt og Sogn videregående skole, der målet var å tilby et psykososialt hjelpetilbud til elever som ellers ikke ville oppsøkt slik hjelp (Langaard, 2002). Prosjektet ble gjennomført ved at skolehelsetjenesten ved Sogn videregående skole ble styrket med en klinisk sosionom fra spesialisthelsetjenesten. Erfaringene fra dette prosjektet var positive, og førte til anbefalinger om at «(...) Skolehelsetjenesten må bestå av kompetanse både fra helsefremmende og forebyggende arbeid og fra psykososialt og psykiatrisk behandlingsarbeid med ungdom - Sogn modellen.» (Olaisen, 2007, s.12). Ved prosjektets slutt i 2002 bevilget byrådet i Oslo kommune midler til en fast etablering av det som betegnet «Sogn-modellen» ved Sogn videregående skole (Olaisen, 2007).

Erfaringer fra prosjektet ved skolehelsetjenesten ved Sogn la grunnlag for det videre arbeidet med å utvide og styrke skolehelsetjenesten ved flere videregående skoler i Oslo. I 2004-2007 ledet Kristin Olaisen prosjektet «*Ungdom og utviklingsfremmende samtaler*» (Olaisen, 2007). Prosjektet ble gjennomført ved Sogn og Lambertseter videregående skole, som i prosjektperioden hadde økt bemanningen i skolehelsetjenesten. Fra dette prosjektet ble det konkludert med nytteverdien av å bemanne skolehelsetjenesten med både helsesøster og en fagperson fra BUP (Olaisen, 2007). Videre ble det poengtert at samarbeidet mellom skolen og skolehelsetjenesten er viktig, og at det er nødvendig at de ansatte i skolehelsetjenesten samarbeider for å gjennomføre de arbeidsoppgavene som kreves (Olaisen, 2007). I tillegg ble det gjort flere erfaringer med tanke på hvordan samtaletilbudet best burde tilpasses elevene. I rapporten «*Ungdom og utviklingsfremmende samtaler. Utvikling av samtaletilbud til ungdom i skjæringspunktet mellom skolehelsetjenesten og barne- og ungdomspsykiatrien*» beskriver

Olaisen prinsipper, erfaringer og anbefalinger fra arbeidet med dette prosjektet, med formål om å gi konkrete innspill til videre utvikling av skolehelsetjenesten (Olaisen, 2007).

En annen sentral person i prosjektet var Kari Langaard, som senere skrev doktorgradsavhandlingen «*Et utviklingsperspektiv som ramme for samtaler med ungdom i skolehelsetjenesten. Aktivitet, intensjonalitet og tilpasset utviklingsstøtte*» (Langaard, 2011). I avhandlingen ser Langaard nærmere på forholdet mellom ungdom og ansatte i skolehelsetjenesten, og hva som kjennetegner samtalen mellom dem. Gjennom fokusgrupper med henholdsvis ungdommer, ansatte i skolehelsetjenesten og rådgivere ved videregående skoler, argumenterer Langaard for at kunnskap om de unges kultur, verdier og holdninger må tas i betraktning når man skal utvikle et profesjonelt hjelpetilbud til ungdom (Langaard, 2006). I tillegg trekker hun frem at samtalen mellom eleven og den ansatte i skolehelsetjenesten bør karakteriseres av en omsorgsfull, men samtidig nøytral samtalepartner, der ungdommenes behov for selvbestemmelse og konfidensialitet vektlegges (Langaard, 2006).

Med bakgrunn i disse prosjektene har arbeidet med å utvikle et utviklingsfremmende samtaletilbud til ungdommer ved videregående skoler fortsatt. Denne måten å organisere skolehelsetjenesten på, med utvidelse av tilbudet og mulighetene dette gir for utviklingsfremmende samtaler, har fått navnet «*Psykisk helse: lavterskel i skolehelsetjenesten*»; forkortet til «*PLIS-modellen*». (Olaisen, 2012). Akronymet viser til sentrale kjennetegn ved modellen, som tar sikte på å tilby et lavterskeltilbud på skolens arena til ungdom med utfordringer knyttet til psykisk helse. Ved stadig flere videregående skoler er skolehelsetjenesten i dag organisert etter denne modellen. Blant annet anbefalte Oslo kommune i 2011 å styrke skolehelsetjenesten ved videregående skoler i Oslo i tråd med PLIS-modellen (Sæther, 2012). Siden den gang har antallet skoler der PLIS-modellen anvendes økt, og i 2017 er det 12 videregående skoler i Oslo som organiserer skolehelsetjenesten sin etter PLIS-modellen (Oslo kommune, 2017).

Som beskrevet av Olaisen i boken «*Utviklingsfremmende samtaler med ungdom. Samhandling på tvers*» er hovedelementet i PLIS-modellen å samle kompetanse fra kommunehelsetjenesten (helsesøstre) og spesialisthelsetjenesten (BUP) inn i skolehelsetjenesten, for på den måten å kunne bistå elevene (Olaisen, 2012). Ved å utvide og styrke bemanningen i skolehelsetjenesten får de ansatte bedre tid enn før til å hjelpe de ungdommene som oppsøker tjenesten. Skolehelsetjenesten, som hovedsakelig har vært kjent

for å hjelpe ungdommer med fysisk helse, blir dermed bedre rustet til å hjelpe ungdommer med problemer knyttet til psykososial helse i tillegg.

Bakgrunn for masteroppgaven. Som en del av undervisningen i faget «Forebygging av psykiske vansker hos barn og unge» ved Universitetet i Oslo fikk mine medstudenter og jeg mulighet til å lære mer om forebyggende arbeid gjennom å ha praksisopphold våren 2016. I forbindelse med dette kom en av mine medstudenter og jeg i kontakt med Helseetaten i Oslo kommune, som ønsket masterstudenter til å delta i et evalueringsprosjekt av PLIS-modellen.

Våren 2016 var vi i praksis i Helseetaten, sammen med Olaisen som er prosjektleder for evalueringen av PLIS-modellen. I praksisperioden fikk vi kjennskap til PLIS-modellen og det planlagte evalueringsprosjektet. Vi hadde hyppig kontakt med Olaisen som tok oss med på seminarer og møter for å gjøre oss kjent med den store konteksten PLIS er en del av. I praksisperioden fikk jeg også være med en helsesøster ved en av de videregående skolene på jobb, for å se hvordan hennes arbeidsdag utspilte seg som en del av PLIS-modellen. Denne delen av praksisen gjorde spesielt inntrykk på meg. Det ble tydelig for meg at skolehelsetjenesten var et tilbud mange elever benyttet seg av, med ansatte som tok seg tid til å høre på hvordan ungdommene hadde det, og som fulgte opp de elevene som trengte det.

Fra praksis til masterprosjekt. Helseetaten har hatt et ønske om å gjennomføre en evaluering av PLIS-modellen ved hjelp av ulike aktører. Målet med evalueringen er å innhente erfaringer med prosjektet, som eventuelt kan brukes til å gjøre tilbudet mer brukervennlig. En av aktørene er Mental Helse Ungdom (MHU). De henter inn erfaringer fra ungdom ved videregående skoler, som har vært i kontakt med skolehelsetjenesten. Denne evalueringen bidrar jeg til i min masteroppgave, med fokus på erfaringer fra ansatte i skolen og skolehelsetjenesten angående PLIS-modellen. Dette valgte jeg å gjøre gjennom intervjuer med ansatte i skolen og ved skolehelsetjenesten ved to videregående skoler som organiserer skolehelsetjenesten etter PLIS-modellen. Fremgangsmåte og gjennomføringen av intervjuene kommer jeg nærmere inn på i metoddelen av oppgaven.

Oppgavens problemstilling

Det er noen rammer og forutsetninger som er nødvendige for at PLIS-modellen skal fungere (Olaisen, 2012). Samarbeid mellom de involverte aktørene er en av disse. De involverte aktørene er imidlertid mange, deriblant ansatte ved skolene og de som arbeider i skolehelsetjenesten. Selv om skolehelsetjenesten er plassert i skolen, er ikke de ansatte i

skolehelsetjenesten ansatt ved skolen, men i kommunehelsetjenesten. Tilsvarende er heller ikke BUP-spesialistene ansatt i skolehelsetjenesten, men som en del av PLIS-modellen «lånes» de ut og arbeider deler av stillingsprosenten sin i skolehelsetjenesten. De er altså ikke ansatt under kommunehelsetjenesten, men i spesialisthelsetjenesten. Siden skolehelsetjenesten er lokalisert på skolens arena deler de arbeidsplass med skolens ansatte. Flere av de ansatte har altså ulike arbeidsgivere, men de har alle arbeidsoppgaver rettet mot elevene som målgruppe. Med dette som utgangspunkt har jeg valgt å se nærmere på hvordan de ansatte utøver modellens prinsipper gjennom samarbeid. Oppgavens problemstillinger er som følger:

- 1) Hvordan utøves det tverrfaglige samarbeidet mellom ansatte i skolehelsetjenesten og mellom ansatte i skolen og skolehelsetjenesten ved videregående skoler der skolehelsetjenesten er styrket gjennom PLIS-modellen?
- 2) På hvilke måter utnytter ansatte i skolen og skolehelsetjenesten de styrkede ressursene for å hjelpe elever med psykososiale utfordringer?

Avgrensning av oppgaven

Oppgaven utforsker de ansattes beskrivelser av det tverrfaglige samarbeidet mellom ansatte i skolehelsetjenesten og mellom skolehelsetjenesten og skolen. I oppgaven er ansatte i skolen og skolehelsetjenesten intervjuet om hvordan de tilrettelegger samarbeid seg i mellom, og inkluderer dermed ikke elevenes perspektiver på dette samarbeidet. Det som presenteres i oppgaven er de ansattes tanker og erfaringer med samarbeidet over tid, samt hva samarbeidet kan føre med seg av fordeler og ulemper for elevene.

Begrepsavklaring

Begreper brukt i oppgaven er blant annet skolehelsetjenesten, psykiske vansker og psykososiale utfordringer. I oppgaven vil de unge bli omtalt som ungdommer og elever, i og med at prosjektet har foregått på videregående skoler. Når det i analysene er snakk om skolehelsetjenesten brukes dette som et samlebegrep for de ansatte i skolehelsetjenesten. Dette inkluderer også BUP-spesialistene. Selv om de ikke er direkte ansatt i skolehelsetjenesten utgjør de allikevel en del av tilbudet skolehelsetjenesten tilbyr ved skolene. BUP-spesialistene vil i hovedsak omtales som skolepsykologer. I denne oppgaven brukes denne betegnelsen om en person som arbeider deler av sin stilling som psykolog ved en videregående skole, og ikke en person som har en spesiell fordypning rettet mot

skolekonteksten. Begrepene psykiske og psykososiale vansker brukes om hverandre i oppgaven for å eksemplifisere livsutfordringer elevene kan streve med.

Teoretisk rammeverk

I dette kapitlet presenteres det teoretiske rammeverket som danner utgangspunktet for drøftingen av analysene. Til å begynne med vil jeg presentere Ødegårds (2006) teoretiske modell for opplevelse av tverrfaglig samarbeid. Denne kan brukes til å sette teoretiske begreper på aspekter ved informantenes fortellinger om det tverrfaglige samarbeidet de utøver. PLIS-modellen innebærer ikke et konkret oppsett for hvordan det tverrfaglige samarbeidet innad i skolehelsetjenesten og mellom skolen og skolehelsetjenesten skal foregå. Derfor vil jeg bruke Ødegårds modell for opplevelse av tverrfaglig samarbeid som utgangspunkt for å drøfte aspekter ved det tverrfaglige samarbeidet som de ansatte har erfaring med og beskriver.

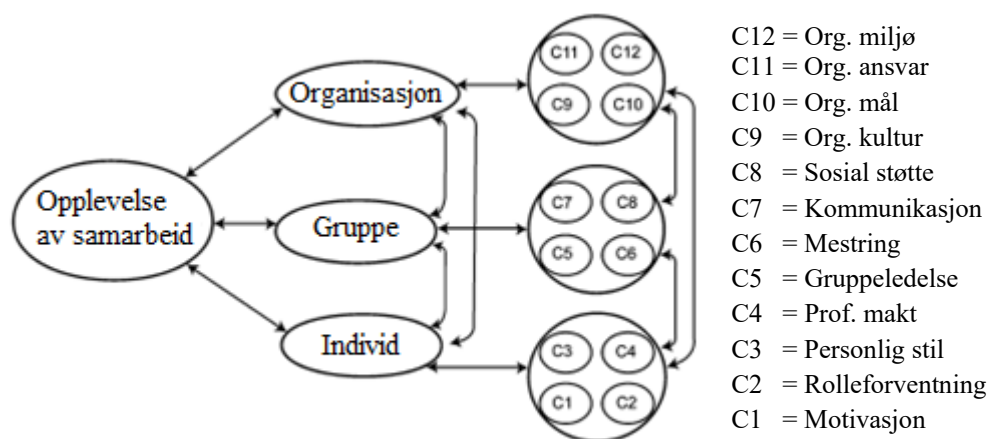
Videre vil jeg presentere Bronfenbrenners økologiske modell for utvikling (Bronfenbrenner, 1979). Denne modellen vil jeg bruke som utgangspunkt for å diskutere hvordan det tverrfaglige samarbeidet ansatte i skolen og skolehelsetjenesten inngår i kan ha ringvirkninger for elevenes psykososiale helse. Med utgangspunkt i disse to modellene vil jeg drøfte hvordan det tverrfaglige samarbeidet mellom ansatte i skolen og i skolehelsetjenesten utøves, og hvordan aspekter ved det tverrfaglige samarbeidet kan ha betydning for de ansattes felles mulighet til å hjelpe elever med psykososiale problemer.

Tverrfaglig samarbeid

Målet med oppgaven er å utforske samarbeidet mellom ansatte i skolehelsetjenesten, og mellom ansatte i skolen og skolehelsetjenesten, ved skoler med styrkede ressurser i skolehelsetjenesten. En av forutsetningene for at PLIS-modellen skal fungere godt, er at de ansatte i skolen og skolehelsetjenesten samarbeider på tvers av sine profesjoner, for på den måten å kunne fungere som et mer enhetlig hjelpetilbud for elevene (Olaisen, 2012; Sæther, 2012). PLIS-modellen forankres i en tjeneste som allerede er etablert ved skolene, nemlig skolehelsetjenesten. Dette innebærer at det allerede er etablerte rutiner for samarbeidet mellom skolen og skolehelsetjenesten. En styrket skolehelsetjeneste byr imidlertid på nye muligheter for samarbeid, noe som kan utfordre de rutine som tidligere har vært anlagt for samarbeidet mellom skolen og skolehelsetjenesten.

Det har blitt tatt til orde for at ulike profesjoner knyttet til unges psykiske helse bør samarbeide, blant annet fordi det er den beste, mest effektive og mest ressursbesparende måten å arbeide på (Doherty, 1995). Doherty (1995) argumenterer for at det ikke finnes en enkelt profesjonsgruppe som er så godt utstyrt at de kan håndtere alle typer bio-psykososiale problemer man kan oppleve. Et tverrfaglig hjelpetilbud vil derfor kunne øke skolehelsetjenestens mulighet til å hjelpe elever med ulike problemer.

Ødegårds modell for opplevelse av tverrfaglig samarbeid. Samarbeid kan defineres som et aktivt partnerskap mellom ulike mennesker som jobber sammen for å finne løsninger på ulike utfordringer (Ødegård, 2006). Psykologspesialist og professor i tverrprofesjonelt arbeid ved Høgskolen i Molde, Atle Ødegård, har studert ulike aspekter ved tverrfaglig samarbeid. Gjennom en pilotstudie, egne erfaringer som psykolog i pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT), og fremtredende teori og empiri om tverrfaglig samarbeid, har han utarbeidet en modell som systematiserer aspekter ved tverrfaglig samarbeid (Perception of interprofessional collaboration model (PINCOM); Ødegård, 2005, 2006, 2016). I følge Ødegård er det hovedsakelig tre overordnede aspekter for hvordan ansatte opplever det tverrfaglige samarbeidet. Disse tre aspektene er individuelle aspekter, gruppeaspekter og organisasjonsaspekter (Ødegård, 2005, 2006, 2016)



Figur 1. Opplevelser/konstruksjoner av samarbeid på tre nivåer (Ødegård 2016, s.121)

I følge Ødegårds modell påvirkes individuelle aspekter av (C1) arbeidsmotivasjon, (C2) rolleforventninger, (C3) personlig stil og (C4) profesjonell makt. Gruppeaspekter påvirkes av (C5) gruppeledelse, (C6) mestringsevner, (C7) kommunikasjon og (C8) sosial støtte. Organisasjonsaspekter påvirkes av (C9) organisasjonskultur, (C10) organisasjonsmål,

(C11) organisasjonsansvar og (C12) organisasjonsmiljø (Ødegård, 2016). Det er altså en kompleks sammensetning av ulike forhold som påvirker hvordan ansatte opplever det tverrfaglige samarbeidet de er en del av. Figur 1 viser hvordan de ulike aspektene også påvirker hverandre. Personlighetsstil og arbeidsmotivasjon vil for eksempel ha betydning for hvordan man arbeider sammen med andre. På samme måte vil grad av sosial støtte man opplever fra sine kolleger ha betydning for hvordan man kommuniserer i tverrfaglige grupper (Ødegård, 2006). Flere av aspektene Ødegård trekker frem i denne modellen vil kunne bidra til å sette navn på og diskutere aspekter de ansatte som er intervjuet i denne oppgaven snakker frem som betydningsfulle for det tverrfaglige samarbeidet de inngår i på skolene.

Bronfenbrenners økologiske modell

Det er mange forhold som påvirker unges psykiske helse. Bronfenbrenners økologiske utviklingsmodell legger til grunn at det ikke bare er biologiske forhold som påvirker barn og unges utvikling, men at ulike kontekstuelle betingelser også har betydning for utviklingen (Bronfenbrenner, 1979). Skal man forstå en persons utvikling må man se på hvordan den både påvirker og påvirkes av sitt miljø - man kan ikke forstå personen i isolasjon fra omgivelsene han eller hun inngår i. Vi har våre biologiske komponenter, slik som temperament og personlighet, men disse kan allikevel ikke forklare all vår atferd og utvikling (Bronfenbrenner, 1979). For å forstå ungdommers utvikling må vi derfor ta i betraktning hvordan de både påvirker og påvirkes av konteksten de til enhver tid lever i. På denne måten kan Bronfenbrenners modell brukes til å trekke frem kontekstuelle betingelser som på ulike måter får betydning for unges psykiske helse. Slike betingelser omfatter alt fra de kontekstene som ungdommene inngår i selv, til de utenforliggende kontekstuelle forholdene som samvirker og får betydning for tenåringen.

Mikrosystemene. I følge Bronfenbrenners økologiske modell er det fire systemer som påvirker oss på ulike nivåer (Bronfenbrenner, 1979). Disse nivåene eller systemene, kalles mikro-, meso-, ekso- og makrosystemer (von Tetzchner, 2012). Systemene kan visualiseres som kinesiske esker, der hvert system utgjør kjernen i det andre (Bø, 2012). Innerst har vi mikrosystemene, som utgjør de nære kontekstene der personen selv er til stede og interagerer med andre, slik som i familien, skolen, med venner eller på arbeidsplassen. Dette systemet er nærmest ungdommene og består av ungdommenes daglige relasjoner. Systemet som omfatter disse mikrosystemene er mesosystemet.

Mesosystemet. Mesosystemet utgjør nettet mellom mikrosystemene som personen inngår i og beveger seg mellom, slik som for eksempel forholdet mellom familie og venner. Bronfenbrenner mente at ubalanse i mesosystemet kan by på utviklingsmessige utfordringer (Ogden & Hagen, 2014). Det kan for eksempel være problematisk for oss dersom det er splittelser i kontakten mellom familien vår og vennene våre, eller dersom den sosiale eller ideologiske forskjellen mellom familien og skolen er for stor (Bø, 2012). Slike splittelser kan for eksempel føre til at man kjenner på problemer med kryssforventninger fra familie og skole. Dersom de ulike mikrosystemene har god kontakt og samarbeider godt er mesosystemet mer balansert (Ogden & Hagen, 2014). En slik balanse kan være fordelaktig for personen i sentrum, ettersom det for eksempel vil være lettere å mobilisere mellom de ulike mikrosystemene dersom man opplever utfordringer (Bø, 2012). Systemet som igjen omfatter mesosystemet kalles eksosystemet.

Eksosystemet. Eksosystemet består av de formelle og uformelle sosiale strukturene som har en indirekte påvirkning på oss som individ (von Tetzchner, 2012). Slike strukturer er steder eller miljøer hvor vi aldri eller sjeldent er, men som likevel påvirker personer eller arenaer som igjen har betydning for oss (Bø, 2012). For eksempel vil et barn påvirkes av hvordan moren har det på arbeidsplassen. På samme måte vil en ungdom påvirkes av om den lokale ungdomsklubben legges ned, eller om kollektivtilbudet er dårlig. Slike forhold vil påvirke hvilke muligheter ungdommene har, og dermed deres videre atferd og utvikling (Ogden & Hagen, 2014).

Makrosystemet. Makrosystemet er den ytterste sirkelen i Bronfenbrenners økologiske modell, og har til syvende og sist betydning for alle de overnevnte systemene. Makrosystemet omfatter de brede overordnede politiske strukturene, de økonomiske forholdene, verdiene og tradisjonene som gjelder i landet eller kulturen (Bø, 2012). Disse overordnede strukturene vil ha betydning for de underordnede systemene. For eksempel vil et lands økonomiske forhold ha betydning for andel penger brukt på offentlige helsetilbud, som igjen vil ha ringvirkninger som påvirker individet og dets utvikling, atferd og muligheter.

Bronfenbrenners psykologiske modell og psykisk helse. Bronfenbrenners økologiske modell kan anvendes for å illustrere ungdoms utvikling i kontekst av de sosiale institusjonene og strukturene de inngår i. For å forstå ungdommens psykisk helse kan man for eksempel ikke se denne i et biologisk vakuum. I tråd med Bronfenbrenners økologiske modell kan vi si at ungdommens psykiske helse over tid vil påvirke og påvirkes av familie og skole

(mikrosystemer), forholdet mellom familie og skole (mesosystemet), arbeidsforholdene på skolen (eksosystemet) og de kulturelle verdiene knyttet til psykisk helse (makrosystemet).

I denne oppgaven vil Bronfenbrenners økologiske modell bli aktuell i diskusjonen av hvilken betydning det tverrfaglige samarbeidet mellom ansatte i skolen og skolehelsetjenesten har for ungdommenes psykososiale helse. For ungdommene kan skolen og skolehelsetjenesten utgjøre mikrosystemer. Forholdet mellom skolen og skolehelsetjenesten utgjør en relasjon i den enkelte ungdommens mesosystem. Som vi har sett er det en fordel for ungdommene dersom det er tilstrekkelig god kontakt mellom mikrosystemene. For de ungdommene som ikke har vært i kontakt med skolehelsetjenesten før, vil jeg argumenterer for at skolehelsetjenesten ikke er et mikrosystem, men heller en del av ungdommenes eksosystem. Grunnen til dette er at skolen vil påvirkes av hvordan de samarbeider med skolehelsetjenesten, som igjen vil ha betydning for ungdommen. Dersom skolen og skolehelsetjenesten i liten grad samarbeider vil det kunne begrense ungdommenes mulighet til å få hjelp med psykososiale utfordringer.

Metode

I denne delen av oppgaven vil jeg redegjøre for metodologiske valg som har blitt tatt underveis i arbeidet med oppgaven. Dette innebærer en redegjørelse for valg av kvalitative intervjuer som metode for datasamling. Videre beskriver jeg prosessen og redegjør for valg tatt i utvelgelsen av informanter, planleggingen og gjennomføringen av intervjuene, og transkriberingsprosessen. Før jeg redegjør for oppgavens epistemologiske ståsted og reflekterer rundt etiske betraktninger, redegjør jeg for valg av analysemetode og beskriver analyseprosessen.

Kvalitative intervjuer

Formålet med dette prosjektet er å undersøke hvordan det tverrfaglige samarbeidet mellom ansatte i skolehelsetjenesten og mellom ansatte i skolen og skolehelsetjenesten utøves for å hjelpe elever med psykososiale problemer ved skoler der skolehelsetjenesten har blitt styrket. Dette kan gjøres på flere måter, men jeg har valgt kvalitative intervjuer som metode, ettersom dette er en metode som egner seg godt til å utforske et tema i dybden (Thagaard, 2009). Når målet er å undersøke hvordan ulike ansatte utøver eller gjør et samarbeid, har jeg valgt å intervju utvalgte ansatte i skolen og skolehelsetjenesten for å høre hvordan de selv snakker om det tverrfaglige samarbeidet de inngår i. Den kvalitative intervjumetoden ga meg mulighet til å få et nyansert innblikk i de ansattes subjektive og tvetydige refleksjoner rundt

samarbeidet. Ved å gå i dybden på deres beskrivelser ønsket jeg å få frem kontraster ved de ulike rollene de ansatte spiller i det tverrfaglige samarbeidet de er en del av.

Valg og rekruttering av informanter

Da jeg gikk i gang med prosjektet hadde jeg til å begynne med lyst til å gjøre intervjuer med mange ansatte i og rundt skolehelsetjenesten, for på den måten å kunne utvikle et detaljrikt empirisk grunnlag. Å inkludere for mange informanter kan imidlertid være problematisk fordi det kan være vanskelig å gå i dybden dersom antallet informanter er for høyt (Thagaard, 2009). Med tanke på oppgavens begrensninger i forhold til tid og omfang, men fortsatt med ønske om et rikt materiale, endte jeg opp med å intervjuer åtte informanter. Dette antallet informanter er i tråd med anbefalinger fra forskere i det kvalitative feltet om hvor mange informanter man bør intervjuer til et masterprosjekt (Braun & Clarke, 2013).

Det viktigste kriteriet i utvelgelsen av informanter var at han eller hun var ansatt enten ved skolen eller skolehelsetjenesten. For å undersøke hvordan samarbeidet mellom de ansatte knyttet til PLIS-modellen legges opp, så jeg det som sentralt å intervjuer ansatte ved skolehelsetjenesten, fordi samarbeidet i skolehelsetjenesten vil ha betydning for det enhetlige lavterskeltilbudet skolehelsetjenesten kan tilby elevene. Ettersom PLIS-modellen i praksis utøves på skolene, ønsket jeg også å intervjuer ansatte i skolen, fordi samarbeidet mellom skolen og skolehelsetjenesten blant annet kan ha betydning for hva slags hjelp elever med psykososiale vansker opplever at de kan få. Med dette som utgangspunkt valgte jeg ut informanter.

Informantene. Prosjektet involverte ansatte fra skolen og skolehelsetjenesten fra to videregående skoler i Oslo kommune. Med hensyn til anonymisering har jeg valgt å kalle skolene for Furutre videregående skole og Dyreskogen videregående skole. Av de to skolene var det Furutre videregående skole som hadde lengst erfaring med organisering av skolehelsetjenesten etter PLIS-modellen. Fra Furutre videregående skole og skolehelsetjeneste intervjuet jeg én rådgiver, én helsesøster og én skolepsykolog (BUP-spesialist). Helsesøster ved Furutre videregående arbeidet i full stilling i skolehelsetjenesten, mens BUP-spesialisten arbeidet halvparten av sin arbeidstid som skolepsykolog i skolehelsetjenesten. Skolehelsetjenesten ved denne skolen var altså vanligvis bemannet av helsesøster hver dag, i tillegg til skolepsykolog to til tre dager i uken.

Fra Dyreskogen videregående skole og skolehelsetjeneste intervjuet jeg rektor, én lærer, to helsesøstre og én skolepsykolog (BUP-spesialist). Helsesøstre arbeidet til sammen

i full stillingsprosent, i tillegg til at en BUP-spesialist arbeidet som skolepsykolog ved skolehelsetjenesten omtrent to dager i uken. Ved denne skolen organiserte de stillingene sine slik at skolehelsetjenesten var åpen fire dager i uken. På denne måten var skolehelsetjenesten ved Dyreskogen videregående skole bemannet med to ansatte tre dager i uken, og med én ansatt én dag i uken.

De fleste informantene hadde ikke vært ansatt ved skolen eller skolehelsetjenesten før PLIS-modellen ble innført. Dermed fikk jeg ikke så mye informasjon om deres erfaringer med innføringen av modellen som jeg i utgangspunktet hadde håpet på. De historiske perspektivene jeg fikk var stort sett basert på informantenes antakelser og hva de hadde hørt fra andre om hvordan forholdene hadde vært før skolehelsetjenesten ble organisert etter PLIS-modellen. Til tross for at informantene ikke kunne si så mye om kontrasten fra før og etter at PLIS-modellen ble innført, kunne de allikevel fortelle en del om utvikling av skolehelsetjenesten under PLIS-modellen. Selv om skolehelsetjenesten har blitt organisert etter PLIS-modellen i noen år har det fortsatt skjedd noen endringer i nyere tid, for eksempel at helsesøsters stilling har økt til 100 %. Dette var en endring flere av informantene trakk frem og reflekterte rundt betydningen av.

Rekruttering av informanter. Gjennom Olaisen, som er prosjektleder for den helhetlige evalueringen av PLIS-modellen, ble det ordnet med skriftlig godkjenning fra rektorene ved de to videregående skolene om tillatelse til å intervju skolens ansatte. Olaisen hjalp meg med å komme i kontakt med informantene jeg ønsket å intervju, og videre hadde jeg selv kontakt med de fleste informantene på e-post. E-postsamtalene med informantene innledet jeg med å spørre om de hadde tid til å delta i et intervju om PLIS-modellen og skolehelsetjenesten, som ville vare mellom én til én og en halv time. Etter å ha fått bekræftende svar på dette avtalte vi tid og sted for intervjuet. Én av informantene ville gjøre intervjuet på en café, mens resten av informantene ville intervjues på skolens arena. Én av informantene hadde jeg ikke kontakt med på e-post på forhånd, men han ble rekruttert via en av de andre som ønsket å bli intervjuet.

Forberedelser og gjennomføring av intervjuer

Et formål med kvalitative intervjuer er å få innblikk i informantenes synspunkter, opplevelser og selvforståelse, samt hvordan de selv opplever og forstår sin egen livssituasjon og sine erfaringer (Thagaard, 2009). Ved å gjennomføre intervjuer med ansatte i skolen og skolehelsetjenesten håpet jeg å få innblikk i hvordan de ekstra ressursene rettet mot elevene

ble forvaltet gjennom samarbeidet innad i skolehelsetjenesten og mellom skolen og skolehelsetjenesten.

Intervjuguiden. Formen på intervjuene var semistrukturerte. Til denne typen intervjuer kan man lage en intervjuguide med en oversikt over hvilke temaer som skal dekkes, samt forslag til spørsmål rundt disse temaene (Kvale & Brinkmann, 2015). Intervjuguiden skal fungere veiledende og komme med forslag til rekkefølgen på temaer som kan tas opp i intervjuet (Thagaard, 2009). Guiden er altså et hjelpemiddel, og fungerte for meg mer som en støtte enn som et manus. Dette ga meg mulighet til å være fleksibel underveis i intervjuet. De planlagte temaene og spørsmålene var tilgjengelige for meg, samtidig som jeg var fri til å følge tråden på andre temaer som naturlig dukket opp. Selv om intervjuene stort sett omhandlet temaene jeg ønsket å undersøke, dukket det opp nye vinklinger, erfaringer og synspunkter i hvert intervju som jeg ikke hadde tenkt over på forhånd, og som gjorde alle intervjuene forskjellige.

I oppstarten av prosjektet var den løst formulerte problemstillingen jeg jobbet ut i fra: «hvordan omsettes PLIS-modellen ved videregående skoler?». Denne hadde betydning for hvilke temaer jeg konstruerte intervjuguiden rundt. Jeg endte opp med å utforme en intervjuguide som besto av fire hovedtemaer som jeg ønsket å komme inn på underveis i intervjuet, og som jeg mente var av betydning for hvordan PLIS-modellen omsettes. De fire temaene jeg ønsket å komme inn på var informantens synspunkter på: 1) behovet for psykisk helsevern; 2) bruken av PLIS-modellen til å bevare psykisk helse; 3) kontrasten i samarbeidet før og etter innføringen av PLIS-modellen ved skolen; 4) egen forståelse av PLIS-modellen. Intervjuguiden kan sees i sin helhet i vedlegg A.

Intervjusituasjonen. På forhånd hadde jeg forberedt et notat for meg selv med informasjon jeg ville gi alle deltakerne før intervjuet startet. For å forsikre meg om at alle informantene fikk tilstrekkelig og samme informasjon var notatet nokså detaljert. Her stod det alt fra «presenter seg selv» til «husk å underskrive samtykkeerklæring». Notatet la føringer for samtalen jeg hadde med informantene før hvert intervju begynte.

Informasjon til informantene og samtykkeerklæring. I begynnelsen av hvert møte med en informant presenterte jeg meg og fortalte at jeg kom fra psykologisk institutt ved Universitetet i Oslo, samt at jeg samarbeidet med Helseetaten om masterprosjektet mitt. Jeg fortalte om formålet med prosjektet og at mitt prosjekt skal være en del av et helhetlig evalueringsprosjekt av PLIS-modellen. Ved å opplyse om formålet med prosjektet håpet jeg å gi informantene en følelse av at deres bidrag til prosjektet var viktig. Videre fortalte jeg

informanten at jeg og min veileder har taushetsplikt, og at alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Ved å gjøre de oppmerksomme på taushetsplikten ønsket jeg å gjøre de tryggere på å snakke fritt og åpent om sine synspunkter og erfaringer. Jeg fulgte opp med å si at intervjuet ville bli tatt opp på lydbånd, og at lydfilene ville bli slettet etter prosjektets slutt. Før jeg ga de samtykkeerklæringen informerte jeg om retten de har til å trekke seg, både underveis og i etterkant av intervjuet. Dersom de ønsket å trekke seg eller hadde noen spørsmål i etterkant sa jeg også at de gjerne kunne kontakte meg på e-post.

I samtykkeerklæringen skrev alle under på at de hadde forstått hva prosjektet innebar og at de var villige til å delta. Samtykkeerklæringen kan sees i vedlegg B. Det virket som om de fleste ikke leste denne så nøye, noe jeg tolket som at de følte at de hadde fått tilstrekkelig med informasjon, samt at de hadde tillit til det jeg hadde fortalt. Videre minnet jeg de på at intervjuet ville ta mellom én til én og en halv time, og presiserte at de ikke kunne si noe riktig eller galt, at ingenting ville bli brukt i mot dem, men at jeg simpelthen var interessert i å høre deres erfaringer. Ved å minne de på dette håpet jeg at de skulle føle seg mer avslappet fordi vi hadde god tid. Jeg håpet også å gi dem følelsen av at det var deres subjektive mening som sto i sentrum, uten at de skulle prestere ved å svare «riktig» på noe. Før båndopptakeren ble satt på spurte jeg om det var noe de lurte på før vi satte i gang.

Gjennomføringen av intervjuene. Før prosjektet startet hadde jeg tilnærmet ingen praktisk erfaring med kvalitativ intervjuing. Dette har antakelig påvirket de ulike intervjuene, og jeg merket selv en utvikling fra intervju til intervju. Utviklingen gikk i hovedsak ut på min teknikk og trygghet som intervjuer. Selv om jeg forsøkte å være trygg og tydelig da jeg gjennomførte intervjuene, er det mulig at min uerfarenhet skinte gjennom i måten jeg ledet intervjuet på.

Siden jeg ikke hadde mye erfaring med å intervju hadde jeg lest mye og samlet mye informasjon om den kvalitative intervjumetoden. Fokuset mitt var stadig på å få informantene til å utdype og forklare enda nøyere hva de mente med det de sa, og å få de til å gi eksempler og konkretisere. Jeg var opptatt av å gi informantene nok tid til å svare på spørsmålet, og ga de ofte god tid etter at de tilsynelatende var ferdig med å fortelle, slik at de hadde mulighet til å tenke seg litt om og komme med flere refleksjoner. Dette hadde jeg positiv erfaring med. Noe jeg prøvde å unngå, men som jeg i ettertid ser i transkripsjonene at likevel forekom, var å stille ledende eller lukkede spørsmål. Det var imidlertid en av de tingene jeg prøvde å være bevisst på i intervjusituasjonen, og som i andre tilfeller kunne føre til at spørsmålene ble litt for vide og at informantene dermed ikke forstod helt hva spørsmålet dreide seg om. Noen

ulempen med å være en uerfaren intervjuer er at det kan føre til usikkerhet, famling og typiske «nybegynnerfeil». Allikevel vil jeg argumentere for at jeg som uerfaren intervjuer også var ekstra opptatt av å gjøre en god jobb. Jeg hadde lest meg opp, snakket med andre erfarne intervjuere, og hadde selve intervjuemetoden mye i fokus underveis i intervjuene.

Ved slutten av hvert intervju, før båndopptakeren var skrudd av, spurte jeg om det var noe informanten ville legge til eller spørre om før vi avsluttet intervjuet. Dette gjorde jeg for å gi deltakerne mulighet til å ytre meninger de følte ikke hadde kommet frem underveis i intervjuet, eller for å få klarhet i spørsmål de hadde dannet seg underveis.

Transkriberingsprosessen

Å transkribere betyr å transformere, og i denne konteksten dreier det seg om å oversette talespråk til skriftspråk (Kvale & Brinkmann, 2015). Hvert intervju ble transkribert så fort som mulig etter at det var gjennomført, og jeg transkriberte intervjuene selv. På denne måten ble jeg godt kjent med datamaterialet mitt. I tillegg til å intervjuer var også transkribering en ny erfaring for meg. Også her gjennomgikk jeg en læringsprosess, og det tok litt tid før jeg fant det jeg mente var den beste måten å oversette talespråk til skriftspråk på.

Det første intervjuet tok lang tid å transkribere. Jeg var usikker på hvordan det skulle gjøres og jeg skrev ned så mye som mulig, så ordrett som mulig, med alle typer nølelyder, pauser, avbrytelser, gjentakelser av ord, påbegynte ord, latter, osv. Etter hvert fant jeg ut at denne måten å transkribere på tok uhensiktsmessig lang tid, og begynte derfor å effektivisere transkriberingen ved å utelukke småting som jeg mente ikke tilførte intervjuet noe spesielt. Jeg fant en balanse mellom å beholde lydene der jeg mente det kunne ha betydning for analysen, samtidig som de ble utelatt der de ville komme i veien for meningsinnholdet i det informantene forsøkte å beskrive. Det som presenteres i denne oppgaven vil ha gjennomgått en oversettelse fra muntlig til mer skriftlig stil for å gjøre det som formidles lettere forståelig og sammenhengende for leseren.

Om gjennomføringen av analysen

Tematisk analyse. Jeg har valgt å gjøre en tematisk analyse fordi det er en fleksibel og teoretisk uavhengig analysemetode, som i tillegg lett kan anvendes av nye forskere innen kvalitativ forskning (Braun & Clarke, 2013; Smith, 2015). Analysemetoden går i hovedsak ut på å identifisere temaer på tvers av intervjuer (Braun & Clarke, 2006). Et tema kan defineres som noe som representerer et mønster i et datasett, et mønster som har betydning for

problemstillingen (Braun & Clarke, 2006; Smith, 2015). I min analyse er et eksempel på et slikt tema «samarbeid i skolehelsetjenesten», ettersom dette er noe som går igjen både implisitt og eksplisitt flere steder i datamaterialet.

Analyseprosessen. Braun og Clarke (2006) har i sin guide til tematisk analyse listet opp seks punkter som beskriver hvordan man kan gjøre denne analysen. I korte trekk går dette ut på å 1) gjøre seg kjent med empirien; 2) kode empirien; 3) lete etter temaer; 4) vurdere teamene; 5) definere og navngi temaene; 6) skrive opp resultatene (Braun & Clarke, 2006). Jeg har tatt utgangspunkt i Braun og Clarke sitt forslag til fremgangsmåte, men som med alle metoder er det også forskerens viktigste oppgave å tilpasse og utvikle analysemetoden til det spesifikke analyseformålet.

Analyseprosessen begynte allerede i intervjufasen, der jeg lyttet til det informantene fortalte og ble oppmerksom på temaer de var opptatt av. Empirien ble godt kjent for meg i transkriberingsprosessen, og senere gjennom gjentatte gjennomlesninger av transkripsjonene. Etter å ha blitt kjent med det empiriske materialet formulerte jeg fire analysespørsmål som jeg deretter stilte datamaterialet. Disse var 1) hvordan beskriver informantene det tverrfaglige samarbeidet?; 2) hvilken forståelse av psykisk helse snakkes frem i intervjuene?; 3) hvordan forstår informanten forebygging?; 4) hvordan opplever informanten den styrkede skolehelsetjenesten?

Spørsmålene hjalp meg med å ha en mer fokusert lesning av empirien, slik at temaene ble belyst fra ulike vinkler, og de hjalp meg med å finne mønstre i informantenes beskrivelser. Ved å sette meg godt inn i empirien ble jeg kjent med hvert enkelt intervju. Etter hvert i analyseprosessen utforsket jeg temaene på tvers av intervjuene, og begynte å se noen gjennomgående mønstre i empirien.

Ved å lese intervjuene med fokus på analysespørsmålene ble jeg oppmerksom på temaer som gikk igjen i intervjuene. Et eksempel på dette er at jeg med fokus på analysespørsmålet «hvordan opplever informanten den styrkede skolehelsetjenesten?» ble oppmerksom på temaene jeg underveis kalte «stabilitet» og «økt kapasitet». Noen temaer var mer sentrale enn andre, men jeg synes fortsatt at alle temaene virket interessante og utvidet forståelsen av hvordan PLIS-modellen omsettes. Etter mye bearbeiding kunne jeg samle flere av temaene til to store hovedtemaer, men måtte allikevel kutte ut mange av de andre mindre temaene som jeg fortsatt synes var interessante. Datamaterialet kunne fortelle veldig mye om hvordan informantene arbeidet med å omsette PLIS-modellen, noe som gjorde det vanskelig å velge et fokus. Til slutt bestemte jeg meg for å fokusere på samarbeidet innad i

skolehelsetjenesten, og samarbeidet mellom skolen og skolehelsetjenesten, fordi dette er temaer alle informantene kom inn på, samtidig som det har betydning for hvordan PLIS-modellen omsettes i praksis. Mer spesifikt ønsket jeg å se på hvordan informantene beskrev samarbeidet seg i mellom, og hvordan dette samarbeidet utøvdes med tanke på elevenes beste.

Epistemologisk ståsted

I kvalitativ forskning er det viktig å reflektere over hva slags kunnskap som kan komme ut av forskningsprosessen (Braun & Clarke, 2006). Selv om tematisk analyse er en fleksibel analysemetode der man kan benytte flere epistemologiske standpunkt, er det viktig å ha et avklart forhold til hva slags type kunnskap man kan finne. I kontekster av dette prosjektet har jeg valgt å ta et realistisk standpunkt. Et slikt standpunkt er preget av en antakelse om at det finnes noen aspekter ved det sosiale liv man kan skaffe seg mer eller mindre nøyaktig informasjon om (Willig, 2013). Noen vil hevde at en slik tilnærming kan være lite grundig og lite sofistikert, men det har blitt tatt til orde for at disse analysene også har sin verdi (Willig, 2013). Det man taper av dybde og fortolkning, vinner man igjen på å gi en stemme til marginaliserte eller de som vanligvis ikke får komme til orde. Det finnes sosiale forhold som best forstås ved en mer direkte formidling av informantenes historier (Willig, 2013). I konteksten av å formidle ansattes inntrykk av en tverrfaglig samarbeidsmodell som PLIS-modellen, har jeg derfor valgt en realistisk tilnærming. Det vil si at jeg har valgt å nokså direkte formidle og systematisere hva de som faktisk bedriver samarbeidet sier om dets funksjon og påvirkning, men ikke i en slik grad at det blir ensbetydende med fravær av et kritisk blikk eller en fortolkende dybde.

Etiske refleksjoner

Etikk er en viktig del av alt forskningsarbeid. Det er viktig å gjøre etiske refleksjoner allerede i prosjektets oppstartsfasen, da man må planlegge hvordan man skal holde god forskningsetikk gjennom hele prosjektet (Willig, 2013). Siden mitt prosjekt innebærer behandling av personopplysninger måtte det meldes til Norsk senter for forskningsdata (NSD). Prosjektet ble derfor meldt og godkjent før datainnsamlingen startet, godkjenningen kan sees i vedlegg C. Selv om det er viktig å planlegge forskningsprosjekter med tanke på etikk må man også være forberedt på at etiske dilemmaer kan oppstå gjennom hele forskningsprosessen (Kvale & Brinkmann, 2015). Det er derfor ikke mulig å være forberedt på og «løse» alle slike problemer på forhånd.

Informert samtykke. Å gi deltakerne informasjon i forkant av deltakelse går ut på å orienterer dem om hva deltakelse i prosjektet vil innebære (Thagaard, 2009). Informasjonen informantene fikk på forhånd omhandlet prosjektets formål, hva intervjuene skulle brukes til, samt hva deltakelse i prosjektet ville innebære for de rent praktisk.

Når man skal intervju informanter er det viktig at deltakerne ikke føler seg tvunget til å delta, altså at de samtykker fritt uten ytre press (Thagaard, 2009). Dette forsøkte jeg å ivareta ved å gi deltakerne mulighet til å trekke seg når som helst under og etter intervjuet, og ved å presisere at dette eventuelt ikke ville få noen negative konsekvenser for dem.

Konfidensialitet. Individets privatliv skal respekteres og man har rett på privatlivets fred (Personopplysningsloven, 2001). Informanter har derfor rett til at informasjonen de deler blir behandlet konfidensielt. I praksis betyr dette at man i den ferdigstilte forskningen anonymiserer informantene på en slik måte at de ikke kan gjenkjennes (Thagaard, 2009). Det er også viktig at man underveis i forskningsprosjektet oppbevarer informasjon som kan identifisere informantene skjult (Thagaard, 2009). Alle lydopptakene av intervjuene har derfor blitt oppbevart på en kryptert minnepenn. Transkripsjoner som har inneholdt identifiserbare data har jeg oppbevart på samme krypterte minnepenn, mens jeg har oppbevart anonymiserte transkripsjoner på min private PC med passordbeskyttelse. Senere i oppgaven presenteres det utdrag av intervjuene. For å bevare deltakernes anonymitet har de fått nye navn, og noen har fått endret fremstilling av kjønn.

Forskerrollen og mitt forhold til informantene. Forskeren har en sentral rolle i kvalitativ forskning. I intervjuet er det forskeren som innhenter all kunnskapen, samtidig som den kvalitative forskeren har stor innvirkning på analyseprosessen (Kvale & Brinkmann, 2015). Alle informantene jeg skulle intervju møte meg med det jeg opplevde som velvilje og åpenhet, noe som kan skyldes flere forhold. Informantene ga for eksempel inntrykk av at de anerkjente ønsket om mer kunnskap om omsetningen av PLIS-modellen. Før intervjuene startet minnet jeg også hver enkelt informant på at de deltok i en helhetlig evaluering av PLIS-modellen, der formålet ikke er å evaluere deres arbeid, men å evaluere deres erfaringer med modellen. Dette kan ha påvirket deres holdninger til prosjektet og hvordan de valgte å ordlegge seg.

I praksisperioden jeg hadde hos Helseetaten våren 2016 hadde jeg på forhånd møtt tre av de åtte ansatte som senere skulle bli informanter til dette prosjektet. Selv om alle informantene virket vennlig innstilt opplevde jeg imidlertid at de jeg hadde møtt på forhånd

virket noe tryggere på meg, noe som kan ha ført til at jeg også følte meg tryggere i disse intervjuene.

Informantene som takket ja til å delta i prosjektet ble intervjuet i arbeidstiden sin. Felles for alle var hektiske dager med mange som skulle følges opp og oppgaver som sto på vent. Takknemligheten var derfor stor fra min side når de tok seg tid til å bli intervjuet, ettersom jeg opplevde arbeidstiden deres som verdifull og begrenset. Jeg ønsket ikke at informantene skulle føle at de sløste bort tiden sin, og var derfor glad for å oppleve at ingen av informantene forsøkte å haste seg gjennom intervjuet. De var relativt rolige, positivt innstilte og tok seg ofte god tid til å tenke igjennom og reflektere rundt spørsmålene de fikk.

Forholdet mitt til informantene ble påvirket av hva de sa om hverandre. Selv om jeg forsøkte å møte mine informanter med et åpent sinn er det allikevel vanskelig å forholde seg fullstendig upåvirket av slik informasjon, enten det jeg hadde blitt fortalt var positivt eller negativt. Ikke bare har det en informant sier om en annen betydning for inntrykket av den som omtales, men det påvirker også hvordan man oppfatter informanten som omtaler en annen informant.

Etter å ha møtt informantene og lest intervjuene om og om igjen har jeg etter hvert fått et nærmere forhold til informantene. Underveis i intervjuene oppfattet jeg tonen mellom informantene og meg som god, og flere av informantene ytret et ønske om å lese oppgaven når den ble ferdig. At jeg opplevde relasjonen mellom informantene og meg selv som positiv har påvirket min rolle som forsker i dette prosjektet. Det har gitt meg et ambivalent forhold til analyseprosessen og fremstillingen av informantene i oppgaven. På den ene siden ønsker jeg ikke at informantene som leser oppgaven skal oppleve at de blir fremstilt feil, eller at jeg har tolket deres utsagn på måter de er uenige i. På den andre siden ser jeg viktigheten av å ikke la disse relasjonene komme i veien for formidlingen av det meningsinnholdet jeg opplevde at deltakerne kollektivt snakket frem i intervjuene.

Forskerposisjon og PLIS-modellen. Utgangspunktet for denne masteroppgaven bygger på et oppdrag fra Helseetaten i Oslo kommune, om å undersøke hvordan PLIS-modellen omsettes ved videregående skoler. I denne prosessen har jeg allikevel vært opptatt av å holde god forskningsetikk, og å bevare egen integritet som forsker. Siden formålet med hele evalueringen er å forbedre modellen har jeg ikke vært redd for eventuelt å løfte frem problemer eller negative sider med PLIS-modellen dersom det har vært nødvendig. I mine øyne har alle former for tilbakemeldinger, både positive og negative, kunnet bidra til å sikre at modellen fungerer på best mulig måte.

Analyse

I den neste delen av oppgaven vil jeg presentere resultater fra analysen av intervjuene med de ansatte i skolen og skolehelsetjenesten ved Furutre og Dyreskogen videregående skole. Analysen av empirien som presenteres vil bidra til forståelsen av hvordan det tverrfaglige samarbeidet mellom ansatte i skolehelsetjenesten, og mellom ansatte i skolen og skolehelsetjenesten, utøves ved skoler der skolehelsetjenesten organiseres etter PLIS-modellen. Gjennom analysen vil jeg også forsøke å si noe om hvordan de ansatte benytter seg av de styrkede ressursene i skolehelsetjenesten for å kunne hjelpe elever med psykososiale utfordringer.

Det var hovedsakelig to temaer jeg var opptatt av i analysen av intervjuene. Disse var 1) samarbeid i skolehelsetjenesten, og 2) samarbeid mellom skolen og skolehelsetjenesten. For å forstå disse temaene vil jeg ta utgangspunkt i Ødegård (2016) sin terminologi presentert i teorikapittelet. Gjennom analysen av empirien vil jeg gi eksempler på hvordan fenomenene Ødegård konseptualiserer viser seg i informantenes beskrivelser av det tverrfaglige samarbeidet. Analysen er lagt opp slik at de to hovedtemaene presenteres hver for seg, med en rekke undertemaer.

Samarbeid i skolehelsetjenesten

Samarbeidet mellom de ansatte var et sentralt tema i intervjuene med alle de ansatte. Dette første overordnede temaet handler om hvordan de ansatte i skolehelsetjenesten beskrev samarbeidet mellom seg og sin(e) kollega(er) i skolehelsetjenesten.

De ansatte som ble intervjuet jobbet alle ved skoler der det var flere enn én ansatt i skolehelsetjenesten. Allikevel arbeidet de ansatte ved samme skolehelsetjeneste i ulike stillingsprosjenter. Ved Furutre videregående skole jobbet det én helsesøster i full stilling og én skolepsykolog i halv stilling. Ved Dyreskogen videregående jobbet det to helsesøstre som til sammen utgjorde en fulltidsstilling, og én skolepsykolog i halv stilling. Hvem man jobbet med og om man jobbet med noen kunne derfor variere fra dag til dag. Det er intervjuene med informantene som arbeidet i skolehelsetjenesten som utgjør det empiriske grunnlaget for analysen av samarbeidet i skolehelsetjenesten.

I intervjuene fikk både helsesøstrene og skolepsykologene direkte spørsmål rundt samarbeidet dem imellom. Allikevel hadde de også en tendens til å trekke inn aspekter ved samarbeidet i skolehelsetjenesten når de drøftet rundt andre temaer. I tillegg hadde flere av de samme elementene en tendens til å dukke opp i intervjuene med de ulike informantene.

Informantene ansatt i skolehelsetjenesten var for eksempel ivrige etter å fortelle hvor bra de synes det var at skolehelsetjenesten var utvidet, og at de dermed hadde noen å samarbeide med. Uten at dette var noe de fikk spørsmål om direkte, kom det frem flere steder i empirien hva det var med dette samarbeidet som helsesøstrene og skolepsykologene satte pris på. Dette viste seg blant annet i deres meninger om hvorfor samarbeidet fungerte så bra. I analysen av informantenes beskrivelser av samarbeidet innad i skolehelsetjenesten var jeg opptatt av hvilke trekk ved samarbeidet informantene snakker frem som viktige for utøvelsen av det, samt hvordan samarbeidet påvirker deres mulighet og evner til å hjelpe elevene.

Den hverdagslige utøvelsen av samarbeid i skolehelsetjenesten. I intervjuene trakk de ansatte frem ulike fordeler ved å være flere på jobb samtidig i skolehelsetjenesten. En fordel flere av informantene vektla var muligheten dette ga til å ha faglige diskusjoner, noe som illustreres i dette utsagnet:

Jeg synes jo det er kjempeallright å ha en kollega som er i siderommet. Jeg er vant til å jobbe veldig mye alene, så jeg synes jo det er helt fantastisk å ha en kollega ved siden av som du kan sparre med eller... ja, diskutere med. (...) Det er bra å kunne diskutere og det er bra å ha litt forskjellige tanker rundt hvordan vi skal løse ting, praktisk og teoretisk. Så det er veldig flott. (Nina, helsesøster)

I dette utdraget påpeker helsesøster Nina en av fordelene ved å ha en kollega i skolehelsetjenesten. Siden helsesøster og skolepsykologen opererer under samme taushetsplikt gir dette dem større mulighet til å drøfte vanskelige elevsaker sammen. Drøfting med en kollega kan by på ulike perspektiver og kunnskap som kan gjøre det lettere å finne en god løsning på problemer. Siden det ikke alltid er like lett å finne løsninger på egenhånd kan det være nyttig for de ansatte å ha en kollega de kan diskutere sammen med. Denne måten å samarbeide på kan ses i relasjon til Ødegårds modell, som peker på kommunikasjon som et viktig aspekt for tverrfaglig samarbeid (Ødegård, 2016). Det er tydelig at det er kommunikasjon mellom de ansatte i skolehelsetjenesten, og kommunikasjon kan anses som selve limet i alt samarbeid (Raivola, 1997). Ut i fra informantenes beskrivelser var det også mulig å tolke det som at de opplevde den uformelle kommunikasjonen dem i mellom som positiv, ettersom de fremstilte det som en fordel å kunne ha slike faglige diskusjoner.

Et faglig fellesskap som trykker faglige vurderinger. Både helsesøstrene og skolepsykologene inngår i en hverdag der det skjer mye. Arbeidsdagene deres er varierte og

de har mange de skal forholde seg til. Både elever og ansatte ved skolen har behov for dem, og det kan oppstå akutte situasjoner når som helst. Arbeidsdagen til de ansatte i skolehelsetjenesten kan med andre ord være svært uforutsigbar. I en slik hverdag må man hele tiden gjøre vurderinger, blant annet knyttet til oppfølging av elever. Å skulle gjøre slike vurderinger alene kan være utfordrende, og det kan oppstå usikkerhet knyttet til egne avgjørelser. Fordelen ved å ha en kollega å kunne diskutere disse vurderingene med ble løftet frem av flere, og viktigheten av disse diskusjonene illustreres i dette utdraget:

Så det er veldig fint. Fint å ha noen kollegaer å veksle... undre seg med da. I forhold til hva dette, hvor alvorlig saker er. Ha noen å drøfte ting med. Drøfte ting og «hva tenker du» og «hvordan går jeg frem her» og, ikke sant. (Cecilie, helsesøster)

Som helsesøster Cecilie forteller i dette utdraget, så er det ikke alltid like lett å avgjøre *hvor alvorlig saker er*. I slike tilfeller viser et annet aspekt ved tverrfaglig samarbeid seg, nemlig sosial støtte (Ødegård, 2016). I en arbeidssituasjon der det ofte ikke finnes noen fasit kan det virke både støttende og betryggende å kunne diskutere og konsultere med andre om deres vurderinger. Slik sosial støtte er viktig for hvordan man samarbeider. Ønsket og motivasjonen om å gi hverandre slik sosial støtte kan imidlertid avhenge av flere forhold, slik som de ansattes personlige stil. Hvordan de ansatte kommer overens personlighetsmessig, og hva slags kjemi de har seg i mellom kan for eksempel ha stor betydning for hvordan de samarbeider (Ødegård, 2016).

Ut i fra måten de ansatte beskrev samarbeidet på kan man tolke det som at de hadde et ønske og en motivasjon til å samarbeide for elevenes beste. Dette viser seg for eksempel i deres motivasjon til å gjøre «riktige» vurderinger. Som Ødegårds modell løfter frem, så er arbeidsmotivasjon et viktig aspekt for det tverrfaglige samarbeidet (Ødegård, 2016). I tillegg til at det krever en viss motivasjon for å inngå i et tverrfaglig samarbeid, kan også det tverrfaglige samarbeidet være motiverende i seg selv, dersom det for eksempel oppleves som trygt, gunstig eller meningsfylt å inngå i (Gamberale, 1997; Ødegård, 2016). Det kunne virke som om tryggheten de ansatte i skolehelsetjenesten fant i samarbeidet ikke hadde så mye med profesjonell makt å gjøre, som sosial støtte:

Jeg tenker at det er godt at helsesøster er her. Hvis jeg skulle sittet helt alene med alle disse elevsakene da, ja... Tror jeg hadde syns det hadde vært mye tyngre enn når jeg

har helsesøster. Det at man er sammen og, de litt vanskelige sakene kan vi ha sammen. Selv om, ja, jeg vet jo at jeg er psykologen og sånn, men likevel så er det noe med å være to da. (Monica, skolepsykolog)

I dette utdraget er det muligheten til å samarbeide om de vanskelige situasjonene som blir fremhevet. Måten skolepsykolog Monica her snakker om sin egen profesjon på kan imidlertid tolkes ulikt. En måte å forstå det på kan være at hun som psykolog forstår det som at hun ikke burde ha noen problemer med å takle slike krevende saker på egenhånd, i og med at hun har lenger utdanning innen psykisk helse enn hva helsesøster har. Det som allikevel kommer til uttrykk er at Monica setter pris på den sosiale støtten hun kan få fra en kollega. Som flere av informantene kom inn på i intervjuene, kan det dukke opp elevsaker i skolehelsetjenesten som er vanskelige å vurdere og å håndtere. Slike saker kan det være godt å dele med andre, for å slippe å være alene om alt ansvaret og alle avgjørelsene. Å være alene om utfordrende problemer knyttet til elevenes psykososiale helse kan fort oppleves som alt for krevende. Selv om skolepsykologen og helsesøster ikke har samme profesjonsutdanning finner de allikevel trygghet og støtte i å diskutere med hverandre og muligheten til å kunne dele ansvaret. Som Monica sier, *så er det noe med å være to da*, som kan oppleves som en trygghet i faglige beslutninger.

Forutsetninger for samarbeid i skolehelsetjenesten. At det er flere på jobb i skolehelsetjenesten samtidig fordrer samarbeid mellom de ansatte, men er likevel ikke tilstrekkelig for at samarbeid skal finne sted. Gjennom analysen ble jeg oppmerksom på ulike forhold både på arbeidsplassen og mellom de ansatte i skolehelsetjenesten som hadde betydning for samarbeidet. Derfor vil jeg vise hvordan det i intervjuene kommer frem at aksept for hverandres fagkompetanse er viktig når kollegaer med ulike profesjoner skal jobbe sammen. Videre vil jeg forsøke å illustrere hvordan jeg gjennom analysen fant at informantene snakket frem velvilje, tillit, tilstedeværelse og tilgjengelighet som viktige forutsetninger for deres opplevelse av et godt samarbeid.

Aksept for hverandres profesjoner. Skolehelsetjenesten har i lang tid vært helsesøstrenes arena, og de har alene hatt hovedansvaret for å bistå elevene som har henvendt seg til hjelpetilbudet. Når en ny faggruppe kommer inn og skal dele dette ansvaret med helsesøstrene er det tenkelig at dette kan føre til at de føler seg truet av hverandres profesjoner. Skolepsykologene jeg intervjuet hadde imidlertid ikke opplevd en slik konflikt mellom profesjonene i skolehelsetjenesten, noe som illustreres i dette utdraget:

Jeg synes ikke at de helsesøstre jeg har jobba tett sammen med, har ikke virket som om de har følt seg truet på noen måte av at nå kommer det en psykolog og skal liksom belære eller, he-he, nei. Jeg synes jeg at de har... Ja, at de har vært glade for at jeg har vært der og at de har sett på det som en ekstra ressurs eller styrking. (Monica, skolepsykolog)

Skolepsykologene i intervjuene har ikke selv opplevd at de har utgjort en faglig trussel for helsesøstre, selv om psykologutdanningen gir psykologene bredere faglig kompetanse knyttet til psykisk helse. En av helsesøstre i intervjuet trekker frem viktige faktorer som kan bidra til at helsesøstre ikke føler seg truet:

Jeg tror det er viktig at man som helsesøster anerkjenner at en psykolog har annen kompetanse enn man har selv... Også er det viktig at alle på en måte er innstilt på å... Ja, brette opp ermene litt da, og gjøre det som skal gjøres. (Jorunn, helsesøster)

Helsesøstre og psykologer har ulik utdanning, og Jorunn forteller her om viktigheten av å anerkjenne hverandres ulike fagkompetanse. Dersom man anerkjenner, heller enn å føle seg truet av en kollegas fagkompetanse, kan de få til mer sammen. Jorunn snakker om at man må *gjøre det som skal gjøres*. Dette kan forstås i relasjon til Ødegårds begrep om rolleforventninger (Ødegård, 2016). De ansatte forteller at de forstår, men også anerkjenner, at de spiller ulike roller i samarbeidet. Dette kan være en forutsetning for godt samarbeid, ettersom man da heller er innstilt på hva man kan bidra med inn i samarbeidet ut i fra sin posisjon med den profesjonen og kompetansen man har. Selv om de ansatte i skolehelsetjenesten kan bidra på ulike måter har de allikevel det samme målet, som er å hjelpe de elevene som ønsker det.

Ønsket om å samarbeide. Alle informantene ansatt i skolehelsetjenesten ga inntrykk av at de både er, og hele tiden har vært, positive til å samarbeide med de andre ansatte i skolehelsetjenesten, noe som kommer til uttrykk i dette utdraget:

Jeg har opplevd at det har fungert veldig bra... fra dag én. At de er, altså vi har jobbet mye med å få i gang gode liksom systemer og sånn... men samarbeidet og villigheten

til å på en måte... ja, hjelpe hverandre og samarbeide og snakke sammen, og at vi har hatt det veldig mye hyggelig da. (Knut, skolepsykolog).

At de ansatte i skolehelsetjenesten er positivt innstilt til hverandre og har et ønske om å inngå i et samarbeid der de støtter og hjelper hverandre er ingen selvfølge. Dette krever en vilje til å samarbeide på tvers av profesjoner og en anerkjennelse av hverandres fagkompetanse. Det har ikke vært noe å utsette på *villigheten* til å *hjelpe hverandre*, som jo er mye av det samarbeidet i mellom dem går ut på. I utdraget forteller Knut også at det har vært en del arbeid rundt det å få til *gode systemer*. Dette kan imidlertid knyttes opp til PLIS-modellens form, som ikke kommer med noen spesifikke retningslinjer knyttet til hvordan samarbeidet mellom de ansatte i skolehelsetjenesten skal organiseres. Dette har de altså måttet finne ut av selv. Det ser allikevel ikke ut til at dette har vært problematisk, ettersom de ansatte i skolehelsetjenesten har ønsket å samarbeide og hjelpe hverandre. Det at Knut sier at de også *har hatt det veldig mye hyggelig* vitner om at de ansatte kommer godt overens med hverandre. En positiv innstilling til hverandre både som personer og fagfolk kan være en viktig forutsetning for å få organisert et samarbeid som fungerer godt for alle parter.

Et gjensidig tillitsforhold. Et aspekt som ble fremhevet av flere i skolehelsetjenesten var hvordan det å jobbe tett med en kollega bidro til at man ble bedre kjent. Gjennom denne relasjonen utviklet det seg også et tillitsforhold mellom kollegaene som spilte en stor rolle for samarbeidet og måten de kunne dra nytte av hverandres kompetanse på. Informantene ansatt i skolehelsetjenesten fortalte om hvordan de pleier å diskutere elevsaker seg i mellom, og flere beskrev dette som noe de tilstreber å få til hver gang de jobber sammen. Det å kunne dra nytte av hverandres kompetanse og ulike fagområder i samarbeid rundt elevene var noe flere beskrev som positivt. Tilliten de ansatte hadde til hverandre kunne for eksempel vise seg i måten de snakket om hverandres dømmekraft og kompetanse på:

Det er litt sånn kvalitetssikring å vite at Knut kan vurdere dem (ungdommene) da. I tillegg så har han jo noen sånne verktøy som han kan gi ungdommene som vi ikke har, eller i hvert fall ikke jeg da. (Jorunn, helsesøster)

Helsesøster forteller her om at skolepsykologen kan gi en faglig trygghet i forhold til hvordan hun skal gå frem i saker knyttet til ungdommenes problemer. Hun fremstiller også fordelene med at skolepsykologen gjør slike vurderinger som at han gjerne har noen *verktøy*

som kan hjelpe elevene. En måte å forstå denne beskrivelsen på er at helsesøster har tillit til at skolepsykologen har kompetanse hun kan dra nytte av, og at det å drøfte sammen kan styrke deres faglige vurderinger og hvordan de går frem. Å ha en faglig kompetent kollega som man kan diskutere med og få støtte fra kan også være med på å bygge opp en trygghet knyttet til egne vurderinger. På denne måten kan skolepsykologene gi helsesøstrene en trygghet når de er usikre på egne vurderinger. En av de andre helsesøstrene forteller for eksempel at hun lurer på om noen elevsaker kan bli litt for vanskelige for henne:

Jeg må innrømme at noen ganger så tenker jeg «er dette noe jeg klarer å sitte med», ikke sant. Fordi det er mye heavy som kommer frem. Det er mye... mange som sliter mye. Og da pleier Monica og jeg å ta den praten da «fortsett med det», og «nå gjør du det», og «dette kan du». Hun sier at «dette kan du like godt som meg». Liksom samarbeide litt sånn da. (Cecilie, helsesøster)

Når Cecilie lurer på om en henvendelse fra en elev er for tung for henne hjelper det å få støtte og veiledning fra skolepsykologen. Dette utdraget illustrerer et eksempel på den gjensidige tilliten mellom de ansatte i skolehelsetjenesten. Helsesøster har tillit til rådene og tilbakemeldingene fra skolepsykologen, og skolepsykologen har tillit til at helsesøster kan hjelpe eleven på en god måte. Når de er fysisk til stede og tilgjengelige for hverandre får de tid til å diskutere vanskelige saker, og gjennom slike diskusjoner får de anledning til å bygge opp og bekrefte tilliten de har til hverandre. En viktig forutsetning for samarbeidet mellom dem blir dermed denne tilliten de har til hverandre, nettopp fordi den gir de en trygghet om at ungdommene får god hjelp.

Tilstedeværelse og tilgjengelighet. At de ansatte i skolehelsetjenesten setter mye større pris på å være to enn én er noe de kommer inn på flere ganger i intervjuene. Det å kunne være flere som diskuterer saker og tar tak i situasjoner som oppstår i løpet av dagen kan oppleves som en form for avlastning og gi et faglig fellesskap som gjør en stor forskjell i måten de håndterer arbeidshverdagen sin på. Selv om de er to på jobb i skolehelsetjenesten, er det allikevel ikke sikkert at de har tilgang på den faglige og sosiale støtten de kan trenge fra kollegaen sin:

Jeg merker når Monica (skolepsykologen) har mye å gjøre, og det liker jeg ikke så mye, at hun har lite rom, at hun har for mye fast og sånn. Så det er litt sånn fordi jeg

syns det er allright at jeg kan ringe bort til henne «du, har du noen inne hos deg nå? Nå sitter jeg her med en gutt, kan du komme?» (Cecilie, helsesøster)

Cecilie forteller her om en arbeidshverdag hvor det kan oppstå situasjoner der hun har behov for at kollegaen hennes i skolehelsetjenesten er tilgjengelig. Når skolepsykolog Monica derimot ikke er tilgjengelig begrenser dette Cecilies mulighet til å drøfte vanskelige elevsaker. Det ser ut til at samarbeidet innad i skolehelsetjenesten handler mye om at de ansatte er tilgjengelige for hverandre. Hvor tilgjengelig kollegaene er for hverandre når de trenger støtte kan utgjøre en stor forskjell i arbeidshverdagen. Man kan se dette i tilknytning til at de ansatte i skolehelsetjenesten generelt syns de har for lite tid til samspill og diskusjon i løpet av arbeidstiden. På de forskjellige skolene har de derfor kommet opp med ulike planer for hvordan de skal få tid til den daglige drøftingen, som de syns er nødvendig:

Nå har vi snakket om å kanskje ha åpningstid fra klokka 9 til 15 på døren. Vi kommer jo før 9, sånn at vi da har litt tid til å sparre om morgenen. Og avslutte litt om ettermiddagen. For å snakke litt sammen. Det tenker jeg er viktig å få til. Også underveis kan man alltid banke på kontordører hvis den er lukket og si «du, jeg må diskutere noe med deg». Hvis det blir veldig hektisk så er jo ikke det så lett, men det er i hvert fall en mulighet når vi er to på jobb. Det er veldig mye enklere enn å ta telefonen og ringe til en kollega og høre «er du ledig?». Så det er veldig bra... Så lenge vi får til den sparringen om morgenen og ettermiddagen så tror jeg vi er på vei. (Nina, helsesøster)

Ved denne skolen vil de altså prøve å sette av faste tidspunkter for å sikre at de får tid til å samarbeide på daglig basis. I tillegg har de også anledning til å kontakte hverandre underveis i arbeidstiden ved behov. Helsesøster Nina ser dette i kontrast til å sitte alene i skolehelsetjenesten, og beskriver denne typen samarbeid som *veldig mye enklere enn å ta telefonen og ringe til en kollega* på en annen skole for å diskutere. Det å ha mulighet til å diskutere saker ansikt til ansikt ser ut til å gi en form for dialog og samarbeid som tilfører noe utover det å diskutere over telefonen. Selv om andre kollegaer muligens kan være tilgjengelige på telefonen, virker det som om det er mye lettere å få til et godt samarbeid når man er til stede og inngår i hverandres arbeidsmiljø. Det kan se ut som at den formen for

samarbeid som fysisk tilstedeværelse og tilgjengelighet byr på er en sentral forutsetning for å få til det de ansatte i skolehelsetjenesten vurderer som et godt samarbeid.

Et kompetanseløft gjennom faglig utveksling. Når man ser hverandre som ressurser heller enn konkurrenter vil man være mer åpen for å lære av hverandre og samarbeide. I empirien finnes det flere utdrag fra helsesøstrenes synspunkt, der de forteller at de selv opplever skolepsykologen som en ressurs heller enn en trussel. Spesielt trekker helsesøstrene i intervjuene frem hvordan skolepsykologens faglige bidrag og sosiale støtte hjelper de til å utvikle seg i jobben sin. En slik utvikling og støtte kan føre til at man føler at man kan håndtere saker man ikke hadde kunnet håndtert tidligere:

Jeg kan gi et eksempel med en gutt som kom og hadde psykiske plager (...) og da tenker jeg dette er... der er jeg veldig kjapp med å tenke at her må jeg få inn en til. Det er en hjemmesituasjon som er veldig belastende, eh, jeg tar jo det jeg óg... men jeg er veldig sånn, jeg vil ikke sitte med alt dette alene, så vi drøfter veldig mye «nei, nå ringer jeg barnevernet», «ja, hvordan gikk det hos barnevernet» spør Monica (skolepsykologen) da, så vi har en veldig fin dialog der. Selv om... og jeg føler meg ikke alene om saken da. Eh, også sitter jeg og gjør notater i forhold til hva hun tenker og, «gå heller mer inn i det», eller, ikke sant, sånn «neste samtale gå inn i det og hør om det», også... så går det seg litt til da. (...) Det er jo det det går på egentlig, å kunne drøfte ting og få... få erfaringen, få tryggheten. Det er jo det det går på. Og kunne stå i det og tenke at «vet du hva, dette klarer jeg også». (Cecilie, helsesøster)

I dette utdraget forteller helsesøster Cecilie om en situasjon med en elev der hun er usikker på sin egen evne til å håndtere saken. Den første tanken som slår henne er at hun burde henvise eleven videre til skolepsykologen. Allikevel har hun begynt å prøve seg på selv å ta hånd om slike saker, så lenge hun har en dialog med skolepsykologen gående på siden. Gjennom kommunikasjon og sosial støtte fra kollegaen finner hun en stadig større trygghet til å takle saker hun i første omgang tenker hun ikke har kompetanse til å ta seg av. Dette kan knyttes opp mot et annet aspekt i Ødegårds modell for opplevelse av tverrfaglig samarbeid, nemlig mestring (Ødegård, 2016). Gjennom måten helsesøster og skolepsykolog samarbeider på kan skolepsykologen bidra til å løfte helsesøstrenes kompetanse gjennom en styrket mestringsfølelse. Når dette skjer kan man si at skolehelsetjenestens samlede kompetanse til å

hjelpe elevene med psykososiale problemer styrkes, fordi de samlet har større tiltro til sine egne evner til å hjelpe elevene.

Oppsummerende om samarbeidet i skolehelsetjenesten. Samarbeidet mellom de ansatte i skolehelsetjenesten bygger på en rekke forutsetninger. Som vi har sett dreier dette seg blant annet om deres innstilling til hverandre, som igjen har betydning for måten de samarbeider på. Mulighetene de har til å samarbeide påvirkes også av andre forhold, slik som tilgjengelighet og tilstedeværelse. Når disse forutsetningene er på plass, og når de ansatte har tid til å hjelpe hverandre med å hjelpe ungdommene, kan dette imidlertid føre til at de klarer mer sammen enn de ville gjort hver for seg. Samarbeidet i skolehelsetjenesten er derfor viktig, og det er dermed betydningsfullt å undersøke forhold dette samarbeidet preges av.

I de ansattes beskrivelser av samarbeidet reflekteres også flere av begrepene fra Ødegårds modell for opplevelse av tverrfaglig samarbeid, slik som motivasjon, rolleforventninger, kommunikasjon og sosial støtte. Å kunne sette disse merkelappene på fenomenene informantene beskriver gir grunnlag for å bedre kunne forstå viktigheten av disse fenomenene. På denne måten kan man også forsøke å forstå hvordan utøvelsen av det tverrfaglige samarbeidet har betydning for elevenes psykososiale helse i et økologisk perspektiv. Dette ser jeg nærmere på i diskusjonen. Før det går jeg over til det andre hovedtemaet jeg identifiserte i analysen, nemlig samarbeidet mellom skolen og skolehelsetjenesten.

Samarbeid mellom skolen og skolehelsetjenesten

I dette temaet har jeg analysert empirien med fokus på hvordan informantene beskriver samarbeidet mellom de ansatte i skolen og skolehelsetjenesten. Analysen kan gi innblikk i hvordan det tverrfaglige samarbeidet mellom ansatte i skolen og skolehelsetjenesten utøves, samt hvordan ansatte i skolen og skolehelsetjenesten utnytter ressursene i skolehelsetjenesten til elevenes beste. De ansatte som utgjør «skolen» i denne oppgaven er én rektor, én rådgiver og én lærer. Informantene som utgjør «skolehelsetjenesten» er tre helsesøstre og to skolepsykologer. Samarbeidet mellom skolen og skolehelsetjenesten er interessant å undersøke fordi samspillet dem i mellom spiller en sentral rolle for PLIS-modellens funksjon (Hellzén, 2012; Olaisen, 2012). Informantenes ulike profesjoner bidro til at forholdet mellom dem ble belyst fra ulike perspektiver, både på et personlig plan og et mer strukturelt plan.

Grunnlaget for samarbeid mellom skolen og skolehelsetjenesten: før og nå.

Skolen og skolehelsetjenesten har tradisjonelt ikke hatt de beste forutsetningene for

samarbeid. Helsesøster har blant annet hatt en mindre stillingsprosent enn hun har i dag, noe som har gitt henne begrenset tid på skolens arena. Med PLIS-modellen har derimot både Furutre og Dyreskogen videregående skole fått en skolehelsetjeneste som er bemannet opptil 150%, med helsesøster i full stilling og skolepsykolog i halv stilling. Denne økningen har bidratt til at de ansatte i skolehelsetjenesten er mer til stede og tilgjengelig på skolen enn de var før, både for elevene og de ansatte. Informantene i intervjuene trakk stadig linjer og sammenliknet dagens tilstand med hvordan det var før, når skolehelsetjenesten var dårligere bemannet:

Før var helsesøster her mye mindre tid, kanskje bare to ganger i uka... så det var, visst liksom aldri når hun var her og ikke var her, så det var litt sånn... så det var ikke så stabilt da. Så det er veldig sånn styrke for oss at, sånn som det er nå, at vi har helsesøster her hver dag da. (Marie, rådgiver)

I dette utdraget forteller rådgiver Marie om hvordan helsesøsters tilstedeværelse på skolen har endret seg, og hun omtaler det som positivt at helsesøster nå er mer til stede. Hun trekker frem hvordan det tidligere har vært vanskelig å få tak i helsesøster, ettersom hun har vært mindre til stede. Man kan forstå dette som at det fra skolens side har vært vanskelig å få til et stabilt samarbeid med skolehelsetjenesten, fordi de tradisjonelt har opplevd helsesøster som lite tilgjengelig. Når skolehelsetjenesten i dag er styrket og mer til stede påvirker dette hvordan samarbeidet mellom skolen og skolehelsetjenesten utøves, fordi tilstedeværelse og tilgjengelighet øker muligheten for kontakt mellom dem.

Sammenhengen mellom elevenes skoleprestasjoner og psykiske helse. Det kan være vanskelig å få til et samarbeid mellom to parter dersom de involverte partene ikke føler at de får noe ut av samarbeidet. For at skolen og skolehelsetjenesten skal samarbeide om elevenes psykiske helse forutsetter det altså at begge parter ser viktigheten av elevenes psykiske velvære. De ansatte jeg intervjuet, både i skolehelsetjenesten og i skolen, ga imidlertid uttrykk for at de syns elevenes psykiske helse er viktig. Dette ble både sagt implisitt og snakket frem eksplisitt i flere av fortellingene deres. I intervjuene kom det også frem at ansatte i skolen og skolehelsetjenesten anså elevenes psykiske tilstand som betydningsfull for deres skoleprestasjoner, noe som kommer tydelig frem i dette utsagnet:

Du kan ikke skille liksom de faglige eh... prestasjonene fra deres (elevens) wellbeing altså. Har de det ikke okei så får de ikke til noe faglig heller, ikke sant. Det henger så veldig nøye sammen. (Finn, rektor)

Videregående skole er i hovedsak et sted for læring, der de ansatte skal hjelpe elevene med å tilegne seg en viss kunnskap som gjør de rustet til å fullføre den videregående opplæringen. Dette kom frem i flere av intervjuene, der de ansatte snakket om at jobben deres hovedsakelig gikk ut på å hjelpe elevene med å fullføre utdanningen. I informantenes fortelling ligger det en forståelse av at det som skal til for å få elevene gjennom skolen ikke nødvendigvis bare er faglig påfyll. At skolens ansatte anerkjenner sammenhengen mellom psykisk helse og skoleprestasjoner kan bidra til å forklare hvorfor elevenes psykiske helse angår skolens ansatte, og hvorfor dette er noe flere av dem er motivert til å engasjere seg i.

Usikkerhet knyttet til psykisk helse blant skolens ansatte. Av skolens ansatte står lærerne i en særegen posisjon til å observere problemer hos elevene, ettersom de arbeider tett på elevene og inngår i jevnlig interaksjon med dem (Helsedepartementet et al., 2003). På denne måten kan lærerne observere signaler fra elevene som kan tyde på at eleven ikke har det bra. Betydningen av lærernes rolle til å bidra til elevenes psykiske helse har også blitt vektlagt i økende grad (Helsedepartementet et al., 2003). Allikevel kom det frem fra både ansatte i skolen og i skolehelsetjenesten at flere lærere har en tendens til å være usikre på sin egen evne til å hjelpe elever med psykiske problemer:

Jeg tror mange kontaktlærere, hvert fall en del, er litt sånn usikre på det med psykisk helse. Det er noen som føler seg litt sånn ukomfortable med det som tema da, fordi lærerne her på videregående er veldig sånn fagpersoner, og de kan fagene sine, og føler ikke at de kan snakke så mye om psykisk helse på en god og trygg måte, og at det er litt skummelt, og at de jo også kan være litt sånn redd for å sette i gang noe hos elevene som de ikke vet helt hvordan de skal håndtere etterpå. (Marie, rådgiver)

Dette utdraget illustrerer noe flere av de ansatte trakk frem, nemlig at lærere ved videregående skoler kan føle seg utrygge på å snakke med elevene sine om psykisk helse. Opplevd usikkerhet og mangel på kunnskap om psykisk helse kan bidra til at lærerne er tilbakeholdne når det kommer til å involvere seg i elevenes psykiske helse.

Rolleforventninger og syn på egen evne til å hjelpe. For noen lærere kan det være vanskelig å spørre elever om hvordan de har det, fordi man kan risikere å få et svar man ikke føler seg kompetent til å gjøre noe med selv. Derfor kan noen ha valgt å la være å pirke borti noe man ikke har sett seg kompetent til å håndtere uansett. En styrket skolehelsetjeneste gir imidlertid lærerne større mulighet til å kontakte elever som strever og være trygge på at elevene får hjelpen de trenger:

Man kan jo hjelpe [elevene] med sånne generelle råd og sånn generell livsfilosofi og sånne ting men... men har jo ikke forutsetninger for å på en måte snakke med folk som har... angst og... spiseforstyrrelser og sånne ting. Man kan si «går det bra», «du har vært kjempeflink», altså sånne ting, men å gå i problematikken det har man jo ingen forutsetning for, og så er det jo på en måte veldig fint da, å ha på en måte noen ganske nært da. Ikke sende de ut og, «nå må du finne deg noen». (Morten, lærer)

For lærere som opplever egen evne til å hjelpe elever med psykiske problemer som begrenset, kan det gi en form for trygghet å vite at skolehelsetjenesten kan hjelpe elevene. På denne måten er det ikke bare elevene som får hjelp av skolehelsetjenesten, men også lærerne. Lærerne erkjenner at elevenes psykiske helse er viktig for deres skoleprestasjoner, men føler seg ikke nødvendigvis kompetente til å hjelpe de med deres psykiske utfordringer. Å kunne henvise elever til skolehelsetjenesten gir dermed lærerne en form for avlastning, ettersom de gjennom skolehelsetjenesten får hjelp til å hjelpe ungdommene.

Her blir det relevant å se på Ødegårds begrep om rolleforventninger, i den forstand at lærerne har en annen forventning til helsesøsters og skolepsykologens rolle enn sin egen (Ødegård, 2016). Når lærer Morten forteller om at han *har jo ikke forutsetninger* for å snakke med elever med psykososiale problemer, ligger det en implisitt fortelling her om at dette er noe han forventer at de ansatte i skolehelsetjenesten kan. Dette betyr ikke nødvendigvis at lærerne har forventninger om at deres rolle ikke er knyttet til håndtering av elevenes psykiske helse, men at de har klare forventninger om at skolehelsetjenesten står i en bedre posisjon enn de selv til å følge opp elever med psykososiale problemer.

Kontakt og kommunikasjon mellom skolen og skolehelsetjenesten. Informantene i skolehelsetjenesten kunne fortelle at de tidligere hadde følt seg lite inkludert av skolen, både på det formelle og det sosiale planet. Dette har imidlertid endret seg i løpet av de siste årene, og spesielt i tilknytning til at skolehelsetjenesten ble utvidet:

De (skolen) er mer inkluderende nå da. Fordi vi (skolehelsetjenesten) er jo ansatt i bydel, vi er jo ikke ansatt av skolen. Så vi er jo på en måte innleid. Så vi blir litt sånn utenforstående. Men vi blir mer... vi blir mer medregnet. (...) Det kan være alt fra medregnet inn i møter som gjelder elever, at vi blir automatisk kalt inn, at vi blir spurt når det gjelder ulike temaer, «kan dere komme og undervise», «har dere lyst til å være med på det» (...) Også at vi får tid og rom til å komme inn i klassene. (Nina, helsesøster)

I dette utdraget belyser helsesøster Nina noe flere av informantene snakket om, nemlig at de ansatte i skolehelsetjenesten tradisjonelt har følt seg litt utenfor på skolen. Sammen med utvidelsen av skolehelsetjenesten opplever de derimot at skolen nå inviterer de mer inn. Når skolehelsetjenesten er utvidet og mer til stede legger dette bedre grunnlag for kommunikasjon og kontakt mellom dem. Flere av informantene kom stadig inn på viktigheten av å kjenne til hverandre. Fra skolehelsetjenestens side dreide dette seg i første omgang om at skolens ansatte skulle vite om dem og kjenne ansiktene deres. Å gjøre seg kjent blant de ansatte la også opp til videre kontakt og samarbeid:

Det er litt lettere å snakke med en lærer som du har snakket med før og det er litt lettere ta kontakt med en rådgiver som du kjenner. (Jorunn, helsesøster)

Utdraget illustrerer et poeng informantene ofte kom inn på, nemlig at det er lettere å ta kontakt med noen man vet hvem er. I dette ligger det en implisitt fortelling om at man kan oppleve det som vanskelig å ta kontakt med noen man ikke kjenner fra før. Når terskelen for å ta kontakt senkes åpner dette for mer og bedre kommunikasjon mellom de ulike profesjonene, som igjen er en viktig faktor for samarbeid (Ødegård, 2016).

Henvisninger av elever til skolehelsetjenesten. Den økte kontakten mellom skolen og skolehelsetjenesten hang også sammen med en økning i henvisninger av elever til skolehelsetjenesten. De ansatte i skolehelsetjenesten fortalte at de opplevde å få flere elever henvist til seg fra skolens ansatte enn de hadde gjort før. En av helsesøstrene hadde noen tanker rundt hvorfor det kunne være slik:

Skolen henvender seg mye mer til oss enn... enn de gjorde før. Og det er mye mer, selvsagt omvendt også, at vi tar kontakt med dem. (...) Jeg tror at skolen ser at vi gjør en liksom okei jobb og at noen får hjelp, og at det kanskje avlaster også skolen litt da. Så jeg tror de synes at det liksom fungerer. At det ikke bare blir tull da. (Jorunn, helsesøster)

At skolehelsetjenesten ble mye brukt kom frem i flere av informantenes fortellinger. Helsesøster Jorunn forteller at skolen og skolehelsetjenesten bruker hverandre mer, og kommer så inn på at dette kan skyldes skolehelsetjenestens mulighet til å hjelpe de ansatte på skolen. Med utvidelsen av skolehelsetjenesten kommer økt tilstedeværelse og tilgjengelighet. Utvidede ressurser og arbeidstid gir også helsesøstrene og skolepsykologene bedre mulighet til å vise sin kompetanse, slik at elevene og skolens ansatte får mer erfaring med hva skolehelsetjenesten kan utrette. På denne måten kan det at elever og lærere opplever skolehelsetjenesten som nyttig og tilgjengelig være med på å forklare hvorfor tjenesten blir mer brukt jo større kapasitet den har. Skolens ansatte kan også bli mer motivert til å henvise elever til skolehelsetjenesten dersom de opplever tilbudet som hjelpsomt.

Skolens tillit til skolehelsetjenesten. Gjennom informantenes beskrivelser kunne man forstå det som at den økte kommunikasjonen og kontakten mellom skolen og skolehelsetjenesten bidro til det tverrfaglige samarbeidet dem i mellom på en positiv måte. Man kunne også forstå det som at kommunikasjonen og samarbeidet dem i mellom både var bygget på, men også førte til, et tillitsforhold:

Hvis jeg sender de (skolehelsetjenesten) en melding eller e-post så følger de det opp og gir tilbakemeldinger. De er veldig... jeg stoler på en måte veldig på dem da. Også sånn faglig, at de tar ordentlig tak i de elevene som... trenger det. Og eventuelt henviser videre da hvis det er behov for det. (Marie, rådgiver)

Tillitsforholdet som illustreres i dette utdraget snakkes frem i flere av intervjuene med skolens ansatte. Vi kan forstå det som at tilliten skolen har til skolehelsetjenesten bygges opp gjennom deres erfaringer med skolehelsetjenesten, og bekreftes gjennom måten de samarbeider på. Når skolehelsetjenesten gir skolens ansatte tilstrekkelig med oppdatering om hvordan elevene har det, kan dette være med på å etablere skolens tillit til at skolehelsetjenesten gir elevene god hjelp.

Det formelle samarbeidet mellom skolen og skolehelsetjenesten. Med innføringen av PLIS-modellen har skolehelsetjenesten blitt styrket og fått utvidet sin arbeidstid og bemanning. Likevel forteller helsesøstrene og skolepsykologene i intervjuene at de har mye de skal få gjort på kort tid. Hvordan de disponerer arbeidsdagen sin er derfor avgjørende for hvordan og hvor mange elever de kan være tilgjengelige for å hjelpe. På en annen side er det ikke bare elevene som opptar helsesøsters og skolepsykologens arbeidstid. PLIS-modellen legger opp til et tverrfaglig samarbeid mellom de ansatte i skolen og skolehelsetjenesten, og i intervjuene kommer det frem at informantene ser på dette samarbeidet som både nyttig og nødvendig for alle parter.

Tidsdilemma: Hvor mye tid skal brukes på samarbeid? PLIS-modellen setter ingen konkrete føringer for hvordan samarbeidet mellom skolen og skolehelsetjenesten skal foregå i praksis. Den forutsetter allikevel et samarbeid mellom dem. Begge skolene jeg intervjuet ansatte fra hadde organisert formelle møter mellom skolehelsetjenesten og utvalgte ansatte ved skolen. Flere av informantene fra skolehelsetjenesten beskriver fordelene med å delta på slike møter som at de gjennom disse møtene blir bedre kjent med hverandre. En av helsesøstrene beskriver det på denne måten:

Jeg tror det skaper et sånt samhold og liksom forståelse av hverandres oppgaver og... og at, ja, det å ha noen sånne møtepunkter er ganske viktig for å... få til et samarbeid. Men det er litt sånn, der også er man jo avhengig av å kjenne hverandre på en måte.
(Jorunn, helsesøster)

Møtene er til for å diskutere saker knyttet til elevene. På en annen side kan det virke som at det møtene representerer kan være like viktig som hensikten med møtet i seg selv. Flere av de ansatte i skolehelsetjenesten ser fordelene av å delta på slike møter. De trekker blant annet frem at møtene gir de mulighet til å utveksle fagkompetanse rundt oppfølging av elever, men også at de gjennom disse møtene får bedre kontakt med skolens ansatte. På en annen side krever samarbeid tid, og møtene mellom skolen og skolehelsetjenesten opptar verdifull tid av arbeidsdagen til de ansatte i skolehelsetjenesten:

Det er veldig nyttige møter... selv om det av og til kan ta litt lang tid, så er det hvert fall, i forhold til å aldri ha noen møtepunkter, så syns jeg det er ganske hensiktsmessig, bare det at vi kjenner hverandre og sånn, det hjelper, det tror jeg hjelper på hvordan vi

løser saker da. (...) Jeg har begynt å gå litt etter hvert jeg (fra møtene). (...) Av og til så føler jeg, fordi at av og til så kan det vare to timer, og det blir ganske stor del av arbeidstiden syns jeg. Og hvis jeg, ja, for jeg har ganske mye å gjøre... og da føler jeg at det blir litt... ja, ille. (Jorunn, helsesøster)

De ansatte i skolehelsetjenesten ønsker gjerne å samarbeide med skolen og føle seg inkludert. Møtene binder opp en del av deres arbeidstid, men allikevel ytrer flere av de ansatte i skolehelsetjenesten at det er bedre å møtes enn å ikke møtes i det hele tatt. På en annen side oppstår det et dilemma når tid de bruker på å samarbeide spiser av tid de gjerne skulle brukt på å være tilgjengelige for elevene.

Det uformelle samarbeidet mellom lærerne og skolehelsetjenesten. Når informantene snakker om måten de samarbeider med hverandre på kommer de ofte inn på den uformelle kontakten seg i mellom. De banker gjerne på dørene til hverandre eller sender e-poster og spør om de kan møtes for å diskutere noe. Lærerne jobber for at elevene skal klare skolen, og dette kan kreve involvering fra skolehelsetjenesten. Det vil imidlertid ikke si at lærerne sender elevene til skolehelsetjenesten og anser sin rolle i problemet som ute av verden. Flere forteller om at mange lærere ønsker å hjelpe på den måten de kan, noe som illustreres i dette utdraget:

Det med å jobbe her på skolen i forhold til å jobbe i BUP for eksempel da, som jeg har gjort før, er at det er så mye lettere å få tak i folk og få til et samarbeid. Og det er så utrolig lett. Lærerne, ikke sant, vi spør lærerne «kanskje dere kan tilrettelegge litt rundt det», «jaja, så klart», også snakker de med eleven og... at de vet at elevene gruer seg eller har litt angst også, «ja, men det skal gå bra». Også hjelper de å roe ned eleven også lager de kanskje litt sånn «okei, men da kan du få holde presentasjonen bare for læreren først, også etter hvert med litt flere, eller bare en gruppe» og, ja. Så der syns jeg det er mye å hente da, på at, å få liksom jobbet med ting. Ikke bare samtale, men litt sånn eksponeringsterapi i klassen med tilrettelegging fra læreren. (Monica, skolepsykolog)

Skolepsykologen forteller her om hvordan det er så mye lettere å få til et samarbeid med lærere rundt oppfølging av elever når hun befinner seg på samme arbeidsplass som lærerne. Man kan tolke det som at det kan være vanskelig for noen utenfor skolens arena og få

til et stabilt samarbeid med lærerne. Når ansatte i skolen og skolehelsetjenesten befinner seg på samme sted kan den uformelle kontakten mellom dem resultere i et bedre og mer omfattende tilbud til elevene enn noen av de kunne tilbudt eleven på egenhånd. Gjennom lærernes samarbeid med skolehelsetjenesten kan elevene få hjelp til å håndtere problemene sine på ulike måter, både i praksis og gjennom samtale.

Mangel på system ved uformell kontakt. Flere av informantene forteller om at det er mer uformell kontakt mellom ansatte i skolen og skolehelsetjenesten. Med lav terskel for kontakt mellom dem, har også mulighetene deres til å samarbeide blitt bedre. De ansatte i skolehelsetjenesten forteller at de daglig blir kontaktet av skolens ansatte, blant annet via muntlige henvendelser eller e-post. Både ansatte i skolen og skolehelsetjenesten kan dra nytte av å benytte seg av hverandres ressurser. Det finnes allikevel en ulempe med denne typen uformell kontakt:

Det er mye henvisninger fra lærere, ja, det er veldig mye av det. Rådgiver også. (...) Vi har egentlig laget et sånt henvisningsskjema... men de tar ofte bare kontakt ved å komme eller ringe, eller... så er det jo det, når man blir kjent så er det jo litt lavere terskel for å ta kontakt, men vi vil jo også at de skal skrive det ned, fordi da er det også litt om hva de har forsøkt og hva de tenker om behovene, og om elevene ønsker det selv og, fordi... det hender jo at vi har litt ventetid, så istedenfor å da måtte liksom huske på en samtale du har hatt, så er det bedre å ha det skriftlig og fordele det oss imellom da, for det er jo også litt jobb i det. (Knut, skolepsykolog)

Knut forteller her om utfordringene ved at skolehelsetjenesten får mange muntlige henvisninger og forespørsler fra skolens ansatte. For lærerne kan det være lettvis å svippe innom kontoret til en av de ansatte i skolehelsetjenesten med en kjapp beskjed om en elev de er bekymret for. Når de muntlige henvisningene ikke blir satt i system kan dette imidlertid føre til enda mer jobb for skolehelsetjenesten, som allerede føler at de har begrenset med arbeidskapasitet. På en annen side er henvendelsene fra lærerne viktige, ettersom det er slik mange elever først kommer i kontakt med skolehelsetjenesten. Hadde det tatt mer tid og vært mer ressurskrevende for lærerne å melde sine bekymringer til skolehelsetjenesten er det ikke sikkert at det hadde skjedd like ofte.

Oppsummerende om samarbeidet mellom skolen og skolehelsetjenesten. Med innføringen av PLIS-modellen har skolehelsetjenesten blitt utvidet. Både helsesøster og

skolepsykolog er mer til stede på skolen, noe som påvirker måten og mulighetene skolen og skolehelsetjenesten nå har til å samarbeide. Økt kontakt mellom dem fører igjen med seg nye muligheter for hvordan de sammen kan gi elevene et bedre hjelpetilbud. Med lavere terskel for både elever og ansatte for å ta kontakt med skolehelsetjenesten får skolehelsetjenesten det travelt. Dette står imidlertid ikke i veien for at de ønsker å opprettholde denne kontakten, ettersom de nå føler seg mer inkludert i skolens virksomheter og får hjulpet elevene bedre i samarbeid med skolens ansatte. Når skolens ansatte har lav terskel for å kontakte skolehelsetjenesten, samtidig som at de syns psykisk helse er viktig, kan det også se ut som at det er lettere for dem å henvise elever til hjelpetilbudet, noe som gjør samarbeidet mellom de mer funksjonelt.

Diskusjon

I denne oppgaven har jeg undersøkt hvordan det tverrfaglige samarbeidet innad i skolehelsetjenesten, og mellom skolen og skolehelsetjenesten, foregår ved to videregående skoler der skolehelsetjenesten er utvidet og bemannet med både helsesøster og skolepsykolog. Dette er den mer eksplorative delen av oppgaven, der jeg undersøker hvilke aspekter som karakteriserer de ansattes beskrivelser av relasjonen dem i mellom. Beskrivelsene informantene kommer med har jeg valgt å se i lys av Ødegård (2016) sin modell for opplevelse av tverrfaglig samarbeid. I analysen har jeg brukt flere av begrepene fra Ødegårds modell for opplevelse av tverrfaglig samarbeid til å sette ord på aspekter ved det tverrfaglige samarbeidet som de ansatte i skolen og i skolehelsetjenesten inngår i. Begrepene fra modellen gir mulighet til å reflektere over det tverrfaglige samarbeidet, og kan også være nyttige i drøftingen av hvordan de ansatte benytter de styrkede ressursene i skolehelsetjenesten for å hjelpe elever med psykososiale vanskeligheter.

Utøvelsen av det tverrfaglige samarbeidet i skolehelsetjenesten

Gjennom analysen så jeg på aspekter ved hvordan det tverrfaglige samarbeidet utøves innad i skolehelsetjenesten, og mellom skolen og skolehelsetjenesten. Flere av aspektene fra Ødegårds (2016) modell for opplevelse av tverrfaglig samarbeid fant jeg i informantenes beskrivelser. I samarbeidet mellom de ansatte i skolehelsetjenesten ble blant annet motivasjon, rolleforventninger, mestring, kommunikasjon og sosial støtte snakket frem som betydningsfulle aspekter for hvordan samarbeidet fungerte.

Det var imidlertid andre aspekter som også ble trukket frem som viktige for samarbeidet mellom de ansatte i skolehelsetjenesten, slik som fysisk tilstedeværelse og tilgjengelighet. Dette er ikke aspekter som er nevnt i Ødegårds modell, men ser likevel ut til å være viktige aspekter for hvordan samarbeidet mellom de ansatte i skolehelsetjenesten oppleves og utøves. Kunnskapen frembragt fra analysen er at den formen for samarbeid som fysisk tilstedeværelse og tilgjengelighet byr på for de ansatte tilfører samarbeidet noe helt nytt. Når helsesøstrene og skolepsykologene har økt tilgang på hverandre kan dette muliggjøre kommunikasjon og sosial støtte som er annerledes fra den kommunikasjonen og sosiale støtten man kan få fra samarbeidspartnere som ikke er like tilgjengelige i skolen.

Flere av begrepene fra Ødegårds modell kan brukes til å karakterisere aspekter ved samarbeidet som jeg fant i analysen av empirien. Ut fra analysefunnene vil jeg likevel argumentere for at det er noen aspekter ved samarbeid som modellen ikke tar for seg. Når man inngår i et tverrfaglig samarbeid kan man oppleve begrensninger eller nye muligheter knyttet til forutsetningene man har til å samarbeide. Som det fremgår av analysen, er den fysiske tilstedeværelsen viktig for hvordan de ansatte opplever det tverrfaglige samarbeidet de inngår i med sin(e) kollega(er) i skolehelsetjenesten. Den fysiske tilstedeværelsen og tilgjengeligheten har betydning for andre aspekter som er viktig for samarbeid, slik som kommunikasjon og sosial støtte. Til syvende og sist er det snakk om ressurser. Man har for eksempel sett at ressurser har betydning for samarbeid, der mangel på ressurser som tid og ansatte kan ha negativ effekt på samarbeidet (Willumsen & Hallberg, 2003). Det går derfor an å foreslå at Ødegårds modell kunne blitt utvidet til å omfatte ressurser, ettersom ressurser også er et aspekt som er av betydning for opplevelsen av det tverrfaglige samarbeidet, og kan være en viktig forutsetning for blant annet motivasjon og kommunikasjon.

Samarbeid som styrker mestringsfølelse. I analysen viste jeg at ansatte i skolehelsetjenesten inngår i mye uformelt samarbeid, der de for eksempel stikker innom hverandres kontor for å diskutere elevsaker. De inngår i et samarbeid der de kan benytte seg av hverandres ressurser og sosiale støtte for å bli tryggere i sine avgjørelser knyttet til elevenes helse. Det er snakk om en trygghets- og mestringsfølelse som de ansatte i skolehelsetjenesten i mindre grad har følt på når de har vært alene i skolehelsetjenesten. I analysen trakk jeg frem et eksempel på at helsesøster opplevde økt mestringsfølelse knyttet til egen kompetanse gjennom kommunikasjon og sosial støtte fra skolepsykologen. Hun ble mer sikker på sine egne vurderinger og evner til å håndtere vanskelige saker. Dette er en måte å samarbeide på som kan styrke skolehelsetjenestens helhetlige hjelpetilbud til elevene. Økt

mestringsfølelse som kan føre til at helsesøstrene føler seg tryggere på å hjelpe elever med psykososiale problemer vil være positivt med tanke på at flere elever med tyngre problematikk kan få hjelp fra helsesøster. Det kan blant annet føre til mindre ventetid for de elevene som strever, og mer avlastning for skolepsykologen, fordi hun eller han ikke alltid får de tyngste sakene.

Økt mestringsfølelse hos helsesøster kan ha positive ringvirkninger for tilbudet skolehelsetjenesten tilbyr. På en annen side er det mulighet for at dette også kan føre med seg ulemper, dersom helsesøster opplever alt for stor mestringsfølelse og blir for selvsikker på egne vurderinger. I verste fall kan dette føre til at hun tar på seg elevsaker hun ikke har kompetanse til å håndtere, og som for eksempel heller burde vært henvist videre til andrelinjetjenesten.

Utøvelsen av tverrfaglig samarbeid mellom skolen og skolehelsetjenesten

De ansatte i intervjuene beskriver at samarbeidet mellom skolen og skolehelsetjenesten utøves med økt tillit, økt kommunikasjon, økning i henvisninger, og økning både i formell og uformell kontakt, nå som skolehelsetjenesten er styrket. Analysefunnene peker på aspekter som karakteriserer måten skolen og skolehelsetjenesten samarbeider på ved skoler der skolehelsetjenesten har blitt styrket. Bare den økte tilstedeværelsen i seg selv ser ut til å påvirke måten de samarbeider på. Styrkingen av skolehelsetjenesten har ført til at blant annet lærere, rådgivere og rektor opplever skolehelsetjenesten som mer stabil, noe som har lagt et nytt grunnlag for samarbeid mellom de ansatte i skole og skolehelsetjenesten. På denne måten er det lettere for skolens ansatte å få tak i de ansatte fra skolehelsetjenesten, fordi de er på skolens arena nesten hver eneste dag.

Skolens ansatte er bevisste sammenhengen mellom elevenes psykiske helse og deres skoleprestasjoner. Dette i seg selv kan være årsak til at de viser engasjement for at elevene skal få hjelp med psykososiale utfordringer. De benytter seg direkte av skolehelsetjenestens økte ressurser, ved å henvise flere elever dit. På den måten hjelper de flere elever med å få hjelp til å håndtere sine psykososiale problemer.

De økte ressursene gir de ansatte bedre muligheter enn de har hatt før, til å hjelpe ungdommene med å få hjelp. Som det fremgikk av analysen kunne det å vite at elevene får hjelp i skolehelsetjenesten avlaste lærerne, spesielt hvis de følte at deres egne evner til å hjelpe elevene var begrenset. Dersom lærere føler ansvar for å hjelpe elever med psykiske helseproblemer, men allikevel ikke føler seg kompetente til å tilby slik hjelp kan dette føre til

høyt stressnivå hos lærerne (Ekornes, 2017). Det kan derfor lønne seg for lærerne å utnytte den muligheten de har til å henvise elever til skolehelsetjenesten. Dermed kan lærerne forhåpentligvis føle at de involverer seg i elevenes psykiske helse, samtidig som de slipper stresset ved å føle at de ikke er kompetente til å gi elevene god nok hjelp selv. På en annen side er det viktig at dette ikke fører til at lærerne gir slipp på sitt engasjement i å involvere seg i elevenes velvære, da dette kan være uheldig for relasjonen mellom lærer og elev.

Kjennskapet mellom ansatte i skolen og skolehelsetjenesten

Gjennom PLIS-modellen har skolehelsetjenestens hjelpetilbud blitt utvidet og styrket. Skolehelsetjenestens ansatte er mer til stede på skolen, noe som byr på nye muligheter for samarbeid. Skolen opplever skolehelsetjenesten som en mer stabil tjeneste. Gjennom den økte kontakten mellom skolens ansatte og skolehelsetjenestens ansatte blir disse bedre kjent med hverandre. I analysen eksemplifiseres det hvordan dette kan gjøre det lettere for de ansatte å kontakte hverandre for fremtidig samarbeid og oppfølging rundt elever. Kjennskapet senker terskelen for å ta kontakt, noe som kan resultere i hyppigere kontakt mellom skolens og skolehelsetjenestens ansatte nå enn før. Dermed får elevene et mer helhetlig hjelpetilbud og oppfølging, når skolepsykologen for eksempel samarbeider med elevens kontaktlærer om elevens angst for å holde presentasjoner i klassen. Skolepsykologen kan ha samtaler for å forsøke og hjelpe eleven med dette problemet, mens læreren kan tilrettelegge for eleven i klasserommet. På en annen side kan den økte kontakten mellom skolen og skolehelsetjenesten føre til en overbelastning av skolehelsetjenestens kapasitet. Jo flere som har positive erfaringer med skolehelsetjenesten, desto mer kan skolehelsetjenesten få å gjøre. For lav terskel for henvendelser fra skolens side kan by på rot og lite struktur for skolehelsetjenesten.

Utvidelsen av skolehelsetjenesten i et økologisk utviklingsperspektiv

Bronfenbrenners utviklingsøkologiske modell kan brukes til å se personen (her ungdommen) i en større kontekst (Bronfenbrenner, 1979). Med utgangspunkt i hans økologiske utviklingsmodell kan det argumenteres for at måten ansatte i skolen og skolehelsetjenesten utøver og benytter det tverrfaglige samarbeidet på vil ha betydning for ungdommens psykososiale helse. Eksempelvis vil dynamikken mellom helsesøster og psykolog ha ringvirkninger som påvirker elevene, på samme måte som at forholdet mellom skolen og skolehelsetjenesten vil ha ringvirkninger for elevene.

Mange har tatt til orde for at forebygging er veien å gå for å forhindre videre utvikling av psykiske lidelser hos barn og unge (Holte, 2005, 2012; Major et al., 2011; Olaisen, 2012). Ikke bare vil det være kostnadseffektivt i det lange løp, men man kan også se på forebygging av psykiske lidelser som et etisk ansvar. I sammenheng med fokuset på forebygging har man også sett et skifte i politiske prioriteringer i løpet av de senere årene, der satsning på forebygging av barn og unges psykiske helse nå har fått økt prioritering (Eide, Hallgren, Reinemo, & Wiik, 2017; Helsedepartementet et al., 2003). Slike nasjonale og politiske omfattende forhold vil påvirke ungdommers psykososiale helse på makronivå. Her vil for eksempel ungdommens psykiske helse også ses i sammenheng med hvor mye penger som blir satt av i statsbudsjettet til psykisk helse.

Forhold og prosesser mellom miljøer ungdommen som regel ikke er direkte involvert i, men som allikevel har en indirekte påvirkning på prosessene i miljøet som omfatter ungdommen, kaller Bronfenbrenner for eksosystemer (Bronfenbrenner, 1979; Gulbrandsen, 2017). Samfunnstiltak og programmer som retter seg mot barn og familier trekkes frem som eksosystemer. I tilknytning til denne oppgaven kan PLIS-modellen ses på som et slikt eksosystem. Hvordan skolehelsetjenesten organiseres vil ha betydning for hvilket tilbud elevene kan få vedrørende psykisk helsehjelp. Når skolehelsetjenesten organiseres etter PLIS-modellen vil ungdommenes mulighet til å få hjelp bedres, fordi de får tilgang på et utvidet og mer bemannet lavterskeltilbud som de kan oppsøke på en arena der de tilbringer mye tid. Vi har også sett at omorganisering i skolehelsetjenesten har betydning for skolens ansatte, som igjen er personer som inngår i elevenes mikrosystemer.

For de ungdommene som er i kontakt med skolehelsetjenesten er ikke skolehelsetjenesten bare en del av deres eksosystem, men den utgjør et mikrosystem. Dette kan man argumentere for fordi skolehelsetjenesten er et system ungdommen da inngår i med spesifikke aktiviteter, relasjoner og sosiale roller. For disse elevene vil forbindelsen mellom skolen og skolehelsetjenesten utgjøre et mesosystem. På denne måten vil det ha betydning for den enkelte ungdommen hvordan forbindelsen i dette mesosystemet er. Det kan også argumenteres for at styrkingen av ungdommers mesosystem på en måte er ideologisk forankret i vårt samfunn (Gulbrandsen, 2017). Vi legger vekt på kontakt mellom barn og unges mikrosystemer, og det er for eksempel vanlig at skolen har en forbindelse til barn og unges foreldre, og at foreldre kjenner til barna sine venner.

Når man ser skolehelsetjenesten i et økologisk utviklingsperspektiv blir det tydelig at skolehelsetjenesten både kan ha direkte og indirekte påvirkning på elevenes psykiske helse.

Forholdet mellom skolen og skolehelsetjenesten vil for eksempel kunne ha betydning for hvorvidt lærerne henviser elever til skolehelsetjenesten. For elever som er i kontakt med skolehelsetjenesten vil også forholdet mellom skolen og skolehelsetjenesten kunne ha betydning for hvordan eleven følges opp. Dersom for eksempel de ansatte i skolehelsetjenesten samarbeider med læreren til en elev om å tilrettelegge for elevens frykt for å holde presentasjoner i klassen kan dette hjelpe eleven med å bearbeide denne frykten. Når de ansatte i skolen utnytter de styrkede ressursene i skolehelsetjenesten gjennom blant annet å kontakte de oftere og henviser flere elever dit, vil også dette kunne ha betydning for elevenes psykososiale utvikling.

På samme vis vil måten helsesøstrene og skolepsykologene samarbeider på påvirke hva slags tilbud eleven får om psykisk helsehjelp. Dersom helsesøstrene har mer tillit til sine egne evner som følge av det tverrfaglige samarbeidet innad i skolehelsetjenesten vil kanskje elever som ønsker å gå til helsesøster fremfor skolepsykolog oppleve å få den hjelpen de trenger av den personen de ønsker, uten å bli henvist videre. På samme måte kan kontakten mellom de ansatte i skolehelsetjenesten, altså at de diskuterer vanskelige saker med hverandre og hjelper hverandre med å avgjøre hvor alvorlig elevsaker er, være med på å bedre hjelpen elevene får tilbud om.

Drøfting av en styrket skolehelsetjeneste

Denne oppgaven ser på samarbeidet mellom ansatte i skolehelsetjenesten og mellom ansatte i skolen og skolehelsetjenesten, for å utforske hvordan disse instansene samarbeider for å hjelpe elever med sine psykososiale problemer. Som vi har sett er det mange som har tatt til orde for at man bør satse på forebyggende tiltak som kan minske sannsynligheten for at personer blir uføre på grunn av psykiske helseproblemer. Det er også stor enighet om at skolen er en godt egnet arena for å sette inn slike forebyggende tiltak. På denne måten kan ungdommer som opplever psykososiale problemer få hjelp på en arena de kjenner godt. Med økte ressurser i skolehelsetjenesten, slik som PLIS-modellen introduserer, skal det også være lettere for ungdommene å få hjelp så fort behovet melder seg. Når skolen og skolehelsetjenesten samarbeider og har mer kontakt enn tidligere kan det, som vist i analysen, bli lettere for de ansatte å hjelpe ungdommer med psykososiale vansker. Det muliggjør et bedre lavterskeltilbud, som kan tilby rask hjelp til elever som oppsøker det. Tidlig hjelp og intervensjon har vist seg å ha god effekt på ungdommer med begynnende symptomer på psykiske lidelser (Barne- og likestillingsdepartementet, 2007).

Skolen og skolehelsetjenesten har mer kontakt nå enn før, blant annet på grunn av de økte ressursene PLIS-modellen fører med seg. Som vist i analysen, er forutsetningene for samarbeid mellom skolen og skolehelsetjenesten bedre nå enn når skolehelsetjenesten var mindre bemannet. I analysene ser vi for eksempel at skolen oftere henviser elever til skolehelsetjenesten. På denne måten kan lærerne føle at de tar hånd om elever som strever, nettopp ved å hjelpe dem med å komme i kontakt med noen de anser som kompetente til å hjelpe. Alt i alt bidrar dette til at flere elever får hjelp. Dette viser også statistikken (Olaisen, 2007).

Ungdomsalderen er en utfordrende periode, preget av blant annet kroppslige forandringer, økt emosjonalitet og identitetsutvikling (von Tetzchner, 2012). I følge Erikson sin teori om identitetsutvikling går vi gjennom åtte faser med sosiale kriser i løpet av livet (Erikson, 1968). I ungdomsalderen opplever man den femte krisen. I følge Erikson har man frem til ungdomsalderen i stor grad identifisert seg med sine foreldre, mens man i tenårene begynner på veien for å utvikle sin egen identitet. Ungdommene befinner seg i det Erikson kaller et psykososialt moratorium, der de prøver ut forskjellige roller, holdninger og væremåter for å finne sin plass i en større sosial sammenheng (von Tetzchner, 2012). I denne perioden er det ungdommenes utviklingsoppgave å bevege seg fra barndommens sikkerhet til voksenlivets uavhengighet (von Tetzchner, 2012). I følge Erikson er slike utviklingsoppgaver ferdigheter man må lære seg, og som er av betydning for den videre utviklingen (von Tetzchner, 2012). Å lære seg å håndtere disse krisene er en del av veien mot å bli voksen. Ungdommene skal lære seg å være selvstendige uten foreldrene, men betyr dette at de skal være fullstendig selvstendige i denne perioden, uten å være avhengig av noen voksenpersoner?

Det har blitt tatt til orde for at den lave terskelen og den økte tilgjengeligheten som et lavterskeltilbud som PLIS-modellen fører med seg kan sende feil signaler til ungdommer som opplever psykososiale problemer (Moberg, 2016). Det kan sende signaler om at det er nødvendig med profesjonell hjelp for å håndtere relativt vanlige livsutfordringer, og at dette går på bekostning av ungdommenes egen evne til å komme seg gjennom slike krevende faser i livet (Moberg, 2016). Dersom alle får litt hjelp er det også en mulighet for at ressursene tas bort fra de som trenger mer hjelp. Når de ansatte benytter seg av skolehelsetjenestens økte ressurser for å hjelpe elever med psykososiale utfordringer bør disse aspektene også tas i betraktning for avgjørelsen om å henviser elever til skolehelsetjenesten.

Tverrfaglig samarbeid som en del av PLIS-modellen

PLIS-modellen gir ingen konkrete instruksjoner for hvordan det tverrfaglige samarbeidet innad i skolehelsetjenesten, eller mellom skolen og skolehelsetjenesten, skal foregå. På en side kan dette være en ulempe, i og med at det kan bli vanskeligere for de ansatte å komme til en enighet sammen om hva som er den beste måten å utøve samarbeidet på. Å be om tverrfaglig samarbeid kan være lettere sagt enn gjort. På en annen side kan friheten modellen gir de ansatte til å utføre samarbeidet slik de vil være en fordel, spesielt fordi modellen anvendes ved mange skoler, og dynamikken ved hver skole kan være forskjellig. Ved noen skoler vil det kanskje passe med flere formelle møter, mens for andre vil det passe med mer behovsprøvd og uformell kontakt.

Begrensninger

Det kan være utfordrende å uttrykke meningene sine i et intervju, spesielt dersom meningene er ekstreme eller negative. Det er derfor ingen garanti for at informantene var fullstendig ærlige i sine beskrivelser. Dette kan være et problem, ettersom min epistemologiske tilnærming til empirien har vært realistisk.

Oppgaven har vektlagt utøvelsen av det tverrfaglige samarbeidet i skolehelsetjenesten og mellom skolen og skolehelsetjenesten. Den har sett på hvordan de ansatte har benyttet seg av en styrket skolehelsetjeneste for å hjelpe elever med psykososiale utfordringer. Funnene fra analysen kan gi oss en pekepinn på hvordan dette samarbeidet utøves, og hvilke aspekter som er av betydning for utøvelsen. Disse funnene kan undersøkes nærmere og danne utgangspunktet for videre studier, men kan ikke generaliseres. Måten skolehelsetjenestens ressurser blir utnyttet på kan være spesifikk for akkurat de skolene jeg undersøkte, og det er ingen garanti for at ressursene utnyttes på samme måte ved andre videregående skoler som organiserer skolehelsetjenesten etter PLIS-modellen.

Oppsummering og implikasjoner

Fokuset for denne masteroppgaven har vært det tverrfaglige samarbeidet mellom ansatte i skolen og skolehelsetjenesten ved videregående skoler der skolehelsetjenesten har blitt styrket. Gjennom analysen har jeg vist at samarbeidet preges av de styrkede ressursene. Samarbeidet mellom de ansatte i skolen og skolehelsetjenesten utøves med mer kontakt enn tidligere. Forutsigbarheten, den økte tilstedeværelsen og tilgjengeligheten som skolehelsetjenesten med sine styrkede ressurser byr på, er noe informantene snakker om i

sammenheng med økt antall elever som henvises til skolehelsetjenesten. Samarbeidet mellom de ansatte i skolehelsetjenesten utøves med god kommunikasjon, sosial støtte, respekt for hverandres roller, samt økt fysisk tilstedeværelse og tilgjengelighet for hverandre. De ansatte i skolehelsetjenesten kan benytte seg av hverandres ressurser for å hjelpe elever med psykososiale utfordringer, blant annet gjennom drøfting og styrking av hverandres mestringsfølelse. De tverrfaglige diskusjonene mellom helsesøstrene og skolepsykologene kan føre til et bedre hjelpetilbud for elevene, men det har også blitt diskutert hvorvidt for mye økning i de ansattes mestringsfølelse kan ha uønskede konsekvenser.

I et økologisk utviklingsperspektiv har PLIS-modellen og måten de ansatte samarbeider på ringvirkninger for elevenes utvikling. Det at de ansatte i skolen og skolehelsetjenesten kjenner bedre til hverandre og har mer kontakt kan derfor påvirke hvordan de ansatte på skolen tenker rundt oppfølging av elever som ser ut til å streve psykisk. På denne måten kan de elevene som ønsker hjelp få et mer helhetlig hjelpetilbud. Det reises også spørsmål om hvorvidt den styrkede skolehelsetjenesten og lavterskeltilbudet er et udiskutabelt gode i seg selv, eller om dette kan redusere ungdommenes tro på at de kan håndtere problemene sine på egenhånd.

Prosjektet har hatt en eksplorativ og beskrivende karakter, med et formål om å få kunnskap om måten ansatte i skolen og skolehelsetjenesten utøver tverrfaglig samarbeid på, og hvordan dette samarbeidet benyttes for å hjelpe elever med psykososiale utfordringer. Kunnskapen som er brakt frem om dette samarbeidet kan benyttes for å øke de ansattes bevissthet rundt samarbeidet, og gjøre de bevisst på at måten de samarbeider på kan ha betydning for elevene. Kunnskapen kan også bidra til å danne et bakteppe for tiltak med hensikt om å forbedre samarbeidet innad i skolehelsetjenesten, og mellom ansatte i skolen og skolehelsetjenesten.

Litteraturliste

- Aftenposten. (2015, 20.06). Sats på skolehelsetjenesten! *Aftenposten*. Hentet fra <http://www.aftenposten.no/meninger/sid/Sats-pa-skolehelsetjenesten-86234b.html>
- Andersen, P. L., & Bakken, A. (2015). *Ung i Oslo 2015*. (NOVA rapport 8/2015). Hentet fra <http://www.hioa.no/Om-HiOA/Senter-for-velferds-og-arbeidslivsforskning/NOVA/Publikasjonar/Rapporter/2015/Ung-i-Oslo-2015>
- Bakken, A. (2016). *Ungdata 2016. Nasjonale resultater*. (NOVA rapport 8/2016). Hentet fra <http://www.hioa.no/Om-HiOA/Senter-for-velferds-og-arbeidslivsforskning/NOVA/Publikasjonar/Rapporter/2016/Ungdata-2016.-Nasjonale-resultater>
- Bakken, S. B. (2017). Vi blir møtt med stengte dører og gule post-it lapper. Hvor forsvant alle helsesøstrene? *Aftenposten*. Hentet fra <http://www.aftenposten.no/meninger/sid/Vi-bli-mott-med-stengte-dorer-og-gule-post-it-lapper-Hvor-forsvant-alle-helsesostrene--Silje-Brekke-Bakken-618375b.html>
- Barne- og likestillingsdepartementet. (2007). *Forebyggende innsats for barn og unge*. (Rundskriv Q-16/2007). Hentet fra https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/bld/barn-og-ungdom/forbyggende_rundskriv_q-16-2007.pdf.
- Borge, A. I. H. (2010). *Resiliens. Risiko og sunn utvikling*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101.
- Braun, V., & Clarke, V. (2013). *Successful qualitative research: A practical guide for beginners*. London: Sage.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiment by nature and design*. Cambridge: Harvard University Press.
- Bø, I. (2012). *Barnet og de andre*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Doherty, W. J. (1995). The why's and levels of collaborative family health care. *Family Systems Medicine*, 13(3-4), 275-281.
- Eide, C., Hallgren, A., Reinemo, M., & Wiik, L. (2017, 31.03.). Bent Høie lover: - Alle kommuner skal få psykolog. *TV2*. Hentet fra <http://www.tv2.no/a/9032409/>
- Ekornes, S. (2017). Teacher stress related to student mental health promotion: The match between perceived demands and competence to help students with mental health problems. *Scandinavian Journal of Educational Research*, 61(3), 333-353.

- Erikson, E. H. (1968). *Identitet. Ungdom og kriser*. København: Hans Reitzel.
- Folkehelseinstituttet. (2014). *Folkehelse rapporten 2014: Helsetilstanden i Norge*. (Folkehelseinstituttet rapport 2014:4). Hentet fra <https://www.fhi.no/publ/2014/folkehelse rapporten-2014-helsetilst/>
- Gamberale, F. (1997). Work motivation. I I. K. Lindström (red.), *Review of Psychological and Social Factors at Work and Suggestions for the General Nordic Questionnaire (QPSNordic)*. København: Nordic Council of Ministers.
- Gulbrandsen, L. M. (2017). Urie Bronfenbrenner: En økologisk utviklingsmodell. I L. M. Gulbrandsen (red.), *Oppvekst og psykologisk utvikling* (2 utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Helland, M. J., & Mathiesen, K. S. (2009). *13–15 åringer fra vanlige familier i Norge – hverdagsliv og psykisk helse*. (Folkehelseinstituttet rapport 2009:1). Hentet fra <https://www.fhi.no/globalassets/migrering/dokumenter/pdf/13-15-aringer-rapport-2009-1-pdf>
- Hellzén, E. (2012). Ungdom som strever i videregående skole. Samarbeid som kan hjelpe. I K. Olaisen (red.), *Utviklingsfremmendes samtaler. Samhandling på tvers*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Helsedepartementet, Barne- og Familiedepartementet, Justisdepartementet, Kommunal- og Regionaldepartementet, Kultur- og Kirke departementet, Sosialdepartementet, & Utdannings- og Forskningsdepartementet (2003). *Regjeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse. Sammen om psykisk helse*. Hentet fra https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/HOD/Vedlegg/strategiplan_for_barn_og_unge_spsykiske_helse.pdf.
- Helsedirektoratet. (2014). *Psykisk helse og trivsel i folkehelsearbeidet [Brosjyre]*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Holte, A. (2005). Psykisk helsehjelp i skolen. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 42(11), 985-986.
- Holte, A. (2012). Ti prinsipper for forebygging av psykiske lidelser. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 49(7), 693-695.
- Kieling, C., Baker-Henningham, H., Belfer, M., Conti, G., Ertem, I., Omigbodun, O., Rohde, L. A., Srinath, S., Ulkuer, N., & Rahman, A. (2011). Child and adolescent mental health worldwide: evidence for action. *The Lancet*, 378(9801), 1515-1525.

- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju (3. utg)*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Langaard, K. (2002). *Psykososial hjelp til unge jenter i et flerkulturelt miljø: et samarbeidsprosjekt mellom helsetjenesten ved Sogn videregående skole og Nic Waals Institutt*. Oslo: Nic Waals Institutt.
- Langaard, K. (2006). Ungdom, psykisk helse og profesjonell hjelp. *Tidsskrift for ungdomsforskning*, 6(2), 25-40.
- Langaard, K. (2011). *Et utviklingsperspektiv som ramme for samtaler med ungdom i skolehelsetjenesten. Aktivitet, intensjonalitet og tilpasset utviklingsstøtte*. (Doktoravhandling, Psykologisk Institutt), Universitetet i Oslo: Oslo.
- Major, E. F., Dalgard, O. S., Mathisen, K. S., Nord, E., Ose, S., Rognerud, M., & Aarø, L. E. (2011). *Bedre føre var - Psykisk helse: helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger*. (Folkehelseinstituttet rapport 2011:1). Hentet fra <https://www.fhi.no/publ/2011/bedre-fore-var---psykisk-helse-hels/>
- Moberg, K. (2016). Tilgjengelighetens bakside. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 53(9), 746-748.
- Mykletun, A., Knudsen, A. K., & Mathiesen, K. S. (2009). *Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv*. (Folkehelseinstituttet rapport 2009:8). Hentet fra <https://www.fhi.no/globalassets/migrering/dokumenter/pdf/rapport-20098-pdf-.pdf>
- Ny arbeids- og velferdsforvaltning. (2015, 08.10). 1 av 3 uføre har psykiske lidelser. Hentet fra <https://www.nav.no/no/NAV+og+samfunn/Statistikk/Pensjon+-+statistikk/Nyheter/1-av-3-uf%C3%B8re-har-psykiske-lidelser>
- Ogden, T., & Hagen, K. A. (2014). *Adolescent Mental Health*. New York: Routledge.
- Olaisen, K. (2007). *Ungdom og Utviklingsfremmende Samtaler. Utvikling av samtaletilbud til ungdom i skjæringspunktet mellom skolehelsetjenesten og barne- og ungdomspsykiatrien*. Oslo: Nic Waals institutt, Lovisenberg Diakonale Sykehus.
- Olaisen, K. (red.) (2012). *Utviklingsfremmende samtaler med ungdom. Samhandling på tvers*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Oslo kommune. (2017). Lavterskel - utviklingsfremmende samtaler. Hentet fra <https://www.oslo.kommune.no/politikk-og-administrasjon/prosjekter/lavterskel-utviklingsfremmende-samtaler/>

- Raivola, P. (1997). Communication in organisations. I I. K. Lindström (red.), *Review og Psychological and Social Factors at Work and Suggestions for the General Nordic Questionnaire (QPSNordic)*. København: Nordic Council of Ministers.
- Smith, J. A. (2015). *Qualitative psychology: A practical guide to research methods*. London: Sage.
- Sæther, E. (2012). Bydel Nordstrand: Bakgrunn for og erfaring med deltakelse i prosjektet "Lavterskel - utviklingsfremmende samtaler". I K. Olaisen (red.), *Utviklingsfremmende samtaler med ungdom. Samhandling på tvers* (s. 30-35). Oslo: Kommuneforlaget.
- Thagaard, T. (2009). *Systematikk og innlevelse*. (3. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- von Tetzchner, S. (2012). *Utviklingspsykologi*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Willig, C. (2013). *Introducing qualitative research in psychology*. Maidenhead: McGraw-Hill Education.
- Willumsen, E., & Hallberg, L. (2003). Interprofessional collaboration with young people in residential care: some professional perspectives. *Journal of Interprofessional Care*, 17(4), 389-400.
- Zachrisson, H. D., Rödje, K., & Mykletun, A. (2006). Utilization of health services in relation to mental health problems in adolescents: a population based survey. *BMC Public Health*, 6(34).
- Ødegård, A. (2005). Perceptions of interprofessional collaboration in relation to children with mental health problems. A pilot study. *Journal of Interprofessional Care*, 19(4), 347-357.
- Ødegård, A. (2006). Exploring perceptions of interprofessional collaboration in child mental health care. *International Journal of Integrated Care*, 6(4).
- Ødegård, A. (2016). Konstruksjoner av tverrprofesjonelt samarbeid. I E. Ø. Willumsen, Atle (red.), *Tverrprofesjonelt samarbeid. Et samfunnsoppdrag*. (2 utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

Vedlegg

Vedlegg A. Intervjuguide

Intervjuguide til prosjekt: Psykiske helse - Lavterskel i skolehelsetjenesten (PLIS-modellen)

Informasjon til deltager

- Presentere deg, hvor du kommer fra og hvem du samarbeider med
 - o Vivian Aasvik, masterstudent ved Universitetet i Oslo
 - o Gjennomfører dette masterprosjektet i samarbeid med universitetet og Helseetaten. Prosjektet er et underordnet prosjekt av en helhetlig evaluering av PLIS-modellen som er innført ved videregående skoler i Oslo
 - o Resultatene vil også inngå i en rapport for Helseetaten
- Målet med studien
 - o Studien dreier seg i hovedsak rundt PLIS-modellen og arbeidet med psykisk helse
 - o Formålet med masterprosjektet er å få kunnskap om hvordan ansatte ved skoler som har innført PLIS-modellen forholdet seg til modellen og psykisk helse
 - o Jeg vil også se på hvordan modellen omsettes på skolene, og hvordan de ansatte oppfatter samarbeidet mellom de ulike instansene som på ulike måter er involvert i modellen
- Taushetsplikt og anonymisering
 - o Jeg og min veileder har taushetsplikt, og alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Det vil si at ingen av informantene som blir intervjuet skal kunne gjenkjennes i den ferdige oppgaven.
- Informer om: retten til å trekke seg, rett til å avstå fra å svare og muligheten for pause underveis i intervjuet
 - o Bare si i fra dersom du skulle ønske å trekke deg underveis i intervjuet, dette vil ikke føre noen negative konsekvenser for deg
 - o Dersom det kommer noen spørsmål som du ikke ønsker å svare på kan du slippe å svare på disse
 - o Hvis du ønsker en pause i løpet av intervjuet må du bare si i fra om det.
- Lydopptaker og oppbevaring av intervjuene
 - o Intervjuet tas opp på lydbånd, og vil senere oppbevares konfidensielt. Når prosjektet er ferdig vil all data slettes.
- Tidsramme for intervjuet
 - o Vi beregner at intervjuet vil ta mellom én til én og en halv time.
- Kontakt i etterkant

- Hvis du har noen spørsmål i etterkant er det bare å kontakte meg på mail
- Underskrive samtykkeerklæringen
 - Før vi begynner intervjuet må du underskrive en samtykkeerklæring som sier at du har forstått hva studien innebærer og at du er villig til å delta
- «Du kan ikke si noe riktig eller galt, ingenting vil bli brukt i mot deg, jeg er simpelthen interessert i å høre dine erfaringer. Noen spørsmål før vi går i gang?»

1. **Arbeid rundt psykisk helse i skolen** – *Behovet for psykisk helsevern*

- Kan du fortelle hvordan dere jobber med psykisk helse på skolen?
- Var du involvert i arbeid med psykisk helse på skoler før PLIS-modellen ble innført?
- Etter din oppfatning: var det behov for å styrke skolehelsetjenesten? På hvilke måter?
- Kan du fortelle litt om hvilket behov elevene hadde for en styrket skolehelsetjeneste?
- Er det innhentet noen form for evaluering fra elevene om det tilbudet de får i dag?
- Hvordan kommuniseres tilbudet til elevene?

2. **Beskrivelse av konkret sak** – *Bruk av PLIS til å bevarer psykisk helse*

- Kan du fortelle om et tilfelle der du sist var involvert i en sak knyttet til en elevs psykiske helse?
 - (Fokus på hvordan samarbeidet ble lagt opp mellom de involverte instansene, ikke hente inn personopplysninger om 3. person).
- Hvordan ble du involvert i saken?
- Hva skjedde etter at du fikk kjennskap til saken? Det videre forløpet?
- Kan du beskrive hvordan dere la opp samarbeidet rundt denne saken?
- Kan du si noe om hvem som tok seg av oppfølgingen?
- Hvordan foregår kommunikasjonen mellom de involverte?
- Hvordan ville en slik sak blitt håndtert før PLIS-modellen ble innført?

3. **Samarbeidet mellom skolen og skolehelsetjenesten** – *Før og etter innføring av PLIS*

- Hvilke praktiske ordninger har PLIS-modellen ført med seg for samarbeidet?
- Etter din vurdering, har møtene ført til et bedre samarbeid mellom skolen og skolehelsetjenesten?

4. **Organisering av samarbeidet mellom involverte instanser** – *Dine synspunkter på PLIS*

- Hvordan vil du beskrive PLIS-modellen om du skal beskrive den med egne ord?
- Kan du fortelle litt om oppstarten og innføringen av modellen?
- Kan du fortelle litt om hvordan PLIS-modellen har påvirket samarbeidet mellom de ulike profesjonene den involverer?
 - Betydningen for samarbeidet mellom skolen og skolehelsetjenesten
 - Betydningen for samarbeidet mellom førstelinje- og spesialisthelsetjenesten
- Har noen tiltak ført til at samarbeidet fungerer bedre nå enn før?
- Er det mer kontakt mellom skolen og skolehelsetjenesten nå enn før? På hvilke måter?

- Har noen vært mer positive til PLIS-modellen enn andre?
- Etter din vurdering, kunne modellen vært utformet annerledes?

Avslutning

- Er det noe du lurer på eller vil spørre om før vi avslutter intervjuet?

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

Evaluering av PLIS-modellen for bruk i skolehelsetjenesten ved videregående skoler i Oslo

Bakgrunn og formål

PLIS-modellen benyttes ved en rekke videregående skoler i Oslo kommune som en modell å organisere skolehelsetjenesten etter. Gjennom modellen ønsker man å fremme ungdommers psykiske helse og helsevern, samt styrke samarbeidet mellom skolens ledelse og skolehelsetjenesten i denne prosessen.

Formålet med studien er å undersøke hvordan PLIS-modellen omsettes på skolene, samt hvilke synspunkter de ansatte har på PLIS-modellen, psykisk helse, og behovet for psykisk helsevern i skolen. Prosjektet er en mastergradsstudie som gjennomføres i et samarbeid mellom Universitetet i Oslo og Helseetaten.

Informantene som velges ut tenkes å ha et forhold til PLIS-modellen.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Deltakelse i studien vil innebære aktiv deltakelse gjennom et intervju. Intervjuspørsmålene vil omhandle informantenes forhold til PLIS-modellen, deres forhold til andre ansatte involvert i PLIS-modellen, samt deres forhold til ungdommers psykiske helse. Intervjuet vil bli tatt opp på lydbånd.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Det vil kun være student og veileder som vil ha tilgang til personopplysninger. Ingen av informantene skal kunne gjenkjennes i den ferdigstilte oppgaven.

Prosjektet skal etter planen avsluttes i april 2017. Etter endt prosjekt vil lydopptakene slettes.

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 student Vivian Aasvik på telefonnummer: 93638708/e-post: aasvik.vivian@gmail.com eller veileder Mona-Iren Hauge på telefonnummer: /e-post: m.i.hauge@nkvt.no.

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, NSD - Norsk senter for forskningsdata AS.

Samtykke til deltakelse i studien

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

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg C. Tilbakemelding fra NSD



Mona-Iren Hauge
Psykologisk institutt Universitetet i Oslo
Postboks 1094 Blindern
0317 OSLO

Vår dato: 05.10.2016

Vår ref: 49767 / 3 / BQH

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 05.09.2016. Meldingen gjelder prosjektet:

49767	<i>Evaluering av PLIS-modellen for bruk i skolehelsetjenesten ved videregående skoler i Oslo</i>
Behandlingsansvarlig	Universitetet i Oslo, ved institusjonens øverste leder
Daglig ansvarlig	Mona-Iren Hauge
Student	Vivian Aasvik

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 meldeplikt, 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, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. 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, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 01.08.2017, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Kjersti Haugstvedt

Belinda Gloppen Helle

Kontaktperson: Belinda Gloppen Helle tlf: 55 58 28 74

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



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 49767

NASJONAL SAMARBEIDSSSTUDIE

Personvernombudet forstår det slik at prosjektet er et samarbeid mellom Universitetet i Oslo og Helseetaten, med førstnevnte som behandlingsansvarlig institusjon. Ombudet forutsetter at ansvarsforhold, sikring og evt. eierskap av data er avklart mellom de to institusjonene, og anbefaler at forholdet formaliseres.

INFORMASJON OG SAMTYKKE

Utvalget (lærere og helsepersonell) informeres skriftlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Informasjonsskrivet er godt utformet.

REKRUTTERING

I følge meldeskjemaet skal utvalget rekrutteres via kontaktperson i Helseetaten. Personvernombudet legger til grunn at konfidensialitet og frivillighet ivaretas ved rekruttering av utvalget og minner om at frivillighet kan være problematisk når en rekrutterer gjennom eget nettverk hvis det er et avhengighetsforhold mellom den som rekrutterer og informant.

TAUSHETSPLIKT

Det er lærere og helsepersonell som er informanter i prosjektet. Disse har taushetsplikt, og det er viktig at intervjuene gjennomføres slik at det ikke registreres taushetsbelagte opplysninger. Vi anbefaler at dere minner utvalget på dette i forkant av intervjuene og at dere omformulerer spørsmålene under punkt 3. (Beskrivelse av en konkret sak). Vi anbefaler at dere er spesielt oppmerksom på at ikke bare navn, men også identifiserende bakgrunnsopplysninger må utelates, som for eksempel alder, kjønn, tid, diagnoser og eventuelle spesielle hendelser. Vi forutsetter også at dere er forsiktig ved å bruke eksempler under intervjuene. Personvernombudet legger med dette til grunn at dere ikke innhenter personopplysninger om elever, og at taushetsplikten ikke er til hinder for den behandling av opplysninger som finner sted.

INFORMASJONSSIKKERHET

Personvernombudet legger til grunn at forsker etterfølger Universitetet i Oslo sine interne rutiner for datasikkerhet. Dersom personopplysninger skal lagres på mobile enheter, bør opplysningene krypteres tilstrekkelig.

PROSJEKTLUTT OG ANONYMISERING

I meldeskjemaet/informasjonsskrivet har dere informert om at forventet prosjektlutt er 01.08.2017. Ifølge meldeskjemaet skal dere da anonymisere innsamlede opplysninger. Anonymisering innebærer at dere bearbeider datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjør dere ved å slette direkte personopplysninger, slette eller omskrive indirekte personopplysninger og slette digitale lydopptak.