



Høgskolen i Telemark

Skolehelsetjenestens betydning for ungdoms helse.

-En kvalitativ studie av ungdoms ønsker og behov for skolehelsetjeneste.



Lise Narvesen Nordal

Mai 2009

Master i Flerkulturelt forebyggende arbeid med barn og unge

Avdeling for helse og sosialfag, Høgskolen i Telemark

SAMMENDRAG.

Skolehelsetjenesten er en lovpålagt tjeneste for barn og unge 0-20 år, og skal bidra til å forebygge sykdom og fremme god fysisk og psykisk helse. Tjenesten er et lavterskeltilbud som gjennom tilknytning til skolen har potensial til å nå barn og unge i alle sosiale grupper. Skolehelsetjenestens kontaktflate mot alle barn er derfor spesielt verdifull i arbeidet for å redusere sosiale helseforskjeller. I tillegg til å gi elevene et tilbud i skolehelsetjenesten, kan tjenesten henviser til spesialisthelsetjeneste eller ta kontakt for forsterket støtte av andre tjenester i kommunen. En velfungerende skolehelsetjeneste er derfor viktig for at det øvrige kommunale helseapparatet skal fungere tilfredsstillende.

Studien bygger på en kvalitativ undersøkelse ved Thor Heyerdahl videregående skole i Larvik. Elevene fra to tredjeklasser har, ut ifra fire aktuelle spørsmål, egenhendig skrevet ned hvilke behov de selv mener elevene har for skolehelsetjeneste, og hvordan de opplever dagens situasjon av denne tjenesten. Oppgavens problemstilling lyder:

Hvilken betydning har skolehelsetjenesten for ungdommens helse?

1. Hva ønsker skoleungdom seg av helsesøster og skolehelsetjenesten?
2. Hva kan kunnskap om ungdommens ønsker, knyttet til skolehelsetjenesten, bidra med i det forebyggende og helsefremmende arbeidet med skoleungdom?

Studiens resultater viser at ungdommen ved Thor Heyerdahl ønsker seg større tilgjengelighet hos skolehelsetjenesten og flere ressurser i form av noen de kan prate med. De ønsker seg anonymitet, og en helsetjeneste med taushetsplikt som er til å stole på. Behovet for støtte, veiledning og informasjon rundt psykiske utfordringer er spesielt fremtredende, og elevene mener at dagens tilbud ved skolehelsetjenesten ikke på langt nær ivaretar det behovet som finnes ved skolen i dag. De aller fleste ønsker seg også en nett tjeneste hvor de kan få svar på vanskelige spørsmål av en fagperson de har tillit til, uten å måtte oppsøke helsesøsters kontor i første omgang. Det er imidlertid viktig at sikkerhet og anonymitet er ivaretatt ved en slik tjeneste.

Skolehelsetjenesten ved Thor Heyerdahl jobber med små ressurser og trange rammer, i forhold til de 1650 elevene de skal ivareta gjennom et forsvarlig tilbud. Hvor god denne tjenesten kan være, sett i et helsefremmende og forebyggende perspektiv, blir derfor mer et politisk spørsmål om hva kommunen ønsker at denne tjenesten skal ha muligheter til å utrette.

FORORD.

Dette prosjektet er siste del av en toårig masterstudie i ”flerkulturelt arbeid med barn og unge”, ved Høgskolen i Telemark. Arbeidet med oppgaven har vært en spennende og lærerik prosess, og den kunnskapen jeg har tilegnet meg underveis har gjort meg i stand til å slutføre dette prosjektet med stolthet og glede.

Ungdom er en sårbar gruppe, som er midt i en fysisk og psykisk utviklingsfase. I dagens individualiserte samfunn, kan det for mange være vanskelig å finne hensiktsmessige mestringsstrategier til å møte utfordringene i hverdagen. Skolehelsetjenesten er et lovfestet lavterskeltilbud til denne gruppen, og skal bidra til å sikre barn og ungdom et godt oppvekstmiljø. Jeg har valgt å undersøke hvilken betydning skolehelsetjenesten ved Thor Heyerdahl videregående har for ungdommenes helse.

En stor takk til de elevene ved Thor Heyerdahl videregående skole, som har vært med i denne undersøkelsen. De er med sine interessante og viktige synspunkter angående skolehelsetjenesten, en viktig del av denne oppgaven.

Takk til min veileder Sigrun Hvalvik, som kyndig har ledet meg gjennom denne prosessen med nyttige tilbakemeldinger, innspill og støtte.

Takk også til Ingunn Hjelm, enhetsleder for barne- og ungdomstjenester i Larvik, Live Schulstock, helsesøster ved Thor Heyerdahl, Berit Nordbø, rådgiver ved Thor Heyerdahl og Bernhard Grøtan, leder for elevtjenesten ved Thor Heyerdahl, for nyttig informasjon og faktakunnskap.

Jeg vil også takke jentene i kollokviegruppa vår, Tone, Rita og Grete, som har vært gode støttespillere og diskusjonspartnere underveis.

Sist men ikke minst vil jeg takke Johnny, min ektemann og beste venn, for tålmodighet, støtte og oppmuntring. Han har lest, kommentert og bidratt med nyttige innspill, spesielt i slutfasen.

Larvik, mai 2009

Lise Narvesen Nordal

INNHOLDSFORTEGNELSE

1	INNLEDNING	9
1.1	VALG AV TEMA	9
1.2	BAKGRUNN OG EGEN FORSTÅELSE	11
1.3	AKTUALITET.	12
1.4	PROBLEMSTILLING OG AVGRENSING.	16
1.5	DEFINISJON AV SENTRALE BEGREPER.	17
1.6	STUDIENS HENSIKT.....	18
1.7	OPPGAVENS OPPBYGNING.	19
2	TEORETISK RAMME – OG TIDLIGERE FORSKNING.	21
2.1	HELSE.	21
2.1.1	<i>Psykisk helse.</i>	22
2.1.2	<i>Stress.</i>	24
2.1.3	<i>Salutogenese.</i>	26
2.1.4	<i>Empowerment.</i>	27
2.2	UNGDOM.....	29
2.2.1	<i>Utvikling og mestring.</i>	32
2.3	HELSEFREMMEDE OG FOREBYGGENDE ARBEID.	34
2.4	KOMMUNENS ANSVAR I DET FOREBYGGENDE HELSEARBEIDET I SKOLEN.....	37
2.5	SKOLEHELSETJENESTENS MANDAT.	39
2.6	HELSESØSTERS MANDAT.....	42
2.7	TIDLIGERE FORSKNING.....	43
3	METODE.....	47
3.1	OPPGAVENS DESIGN.	47
3.2	FORSKNINGSFELTET.....	48
3.3	UTVALG	48
3.4	DATAINNSAMLING.	49
3.5	ETISKE BETRAKTNINGER.....	51
3.6	TROVERDIGHET.....	52
3.7	ANALYSE.	54

4	PRESENTASJON AV FUNN.....	55
4.1	SYNES DU DET ER ET BEHOV FOR Å HA EN HELSESØSTER Å RÅDFØRE SEG MED I SKOLEN? EVT. HVORFOR/ HVORFOR IKKE?.....	56
4.2	HVA ER DET VIKTIG Å KUNNE SNAKKE OM OG HVORFOR?.....	61
4.3	HVA ER BRA/ MINDRE BRA MED SKOLEHELSETJENESTEN I DAG?.....	63
4.4	HVA TENKER DU OM Å KUNNE SNAKKE MED HELSESØSTER PÅ NETTET?.....	67
5	DISKUSJON AV FUNN.....	73
5.1	STRESS OG FRYKTEN FOR PSYKISKE PROBLEMER.	73
5.2	DE VIKTIGE RELASJONENE.	76
5.3	TILGJENGELIGHET.....	80
5.4	MARKEDSFØRING AV TJENESTEN.	87
5.5	ANONYMITET - HØRT MEN IKKE AVSLØRT.....	93
5.6	HVORDAN UNGDOMMENS ØNSKER KAN IMØTEKOMMES AV SKOLEHELSETJENESTEN.....	97
6	SKOLEHELSETJENESTENS BETYDNING FOR UNGDOMS HELSE	
	- OPPSUMMERING OG KONKLUSJON.	103
7	REFERANSER.	109
	VEDLEGGSLISTE.....	117

1 INNLEDNING

1.1 Valg av tema.

Elevrådet ved Thor Heyerdahl Videregående skole i Larvik, laget og gjennomførte i 2006 en kvantitativ elevundersøkelse om skolehelsetjenesten. Bakgrunnen for denne undersøkelsen var at Anbjørg Myhra Bergwitz og Alexander Larsen fra Vestfold var representanter for European Youth Ambassadors og presenterte EYA-prosjektet "Target Health," der fokus var bedre helsesøstertjeneste ved de videregående skolene i fylket. De planla prosjekter de skulle gjennomføre i sine respektive hjemfylker, hvorpå de ble invitert til å legge frem resultatene sine for beslutningstakerne i Europakommisjonen i Brussel. Deres undersøkelse er utgangspunktet for denne studien.

Thor Heyerdahl videregående skole har 1650 elever. Disse deler på to helsesøstre som til sammen deler en 80 % stilling, og er på skolen tre dager per uke. Dette tilsvarer under et sekunds helsesøstertid per elev i uken. Avdelingsleder for elevtjenesten, Bernard Grøtan, sier at helsesøstre er en uvurderlig ressurs som de trenger å ha tilgjengelig på skolen oftere. *"Situasjonen er ikke bra når det gjelder å møte elevenes behov på dette området,"* sier Grøtan til Østlands Posten (06.10.06. Helsesøstre slår alarm.). I 2008 genererte psykiatrimidler 30 % ekstra helsesøster stilling. Denne har imidlertid stått vakant siden november 2008, og står nå i fare for å bli fjernet igjen pga. pålagte innsparinger i barne- og ungdomstjenesten.

Totalt har 536 av 1640 elever på Thor Heyerdahl videregående skole svart på undersøkelsen til Bergwitz og Larsen i 2006 (Vedlegg 1). Undersøkelsen viste bl.a. at:

- 68 prosent av elevene ikke vet hvordan de skal få kontakt med helsesøster på skolen
- 38 prosent sier at de har hatt bruk for å komme i kontakt med helsesøster uten å ha hatt muligheter for det
- 81 prosent sier at de ønsker å oppsøke helsesøster i kontortiden
- 83 prosent føler de er dårlig eller veldig dårlig informert om helsesøstertjenesten

Som svar på denne elevundersøkelsen ved Thor Heyerdahl i 2006, kunne man lese i Østlands Posten at politikerne allerede hadde bestemt seg for å styrke helsesøstertilbudet med en hel stilling, ” *men vi har ikke øremerket denne stillingen til å gjelde grunnskole eller videregående,* ” sa leder av oppvekst og kulturkomiteen i Larvik kommune, Hallstein Bast til Østlands Posten den gang. Bast var imidlertid imponert over Thor Heyerdahl-elevenes innsats i saken, og han så helt klart behovet for dette. Han mente at det var muligheter for at enda en stilling kunne bli bevilget. ”- *Når ungdom står opp på denne måten blir vi politikere veldig svarskyldige og ser i bordet. Nå håper jeg at elevrådet fotfølger meg og ser etter at jeg holder det jeg lover,* ” avsluttet Bast sitt innlegg 14. februar 2007 (Østlands Posten, 14.02.07. Nå teller politikerne penger).

Denne undersøkelsen gjorde meg nysgjerrig. Hva har skjedd siden 2006? Ble lovnadene fulgt opp? Hva er det ungdommene ved skolen egentlig ønsker seg av skolehelsetjenesten og helsesøster? Hvorfor opplever de at de er så dårlig informert om tjenesten? Kan kunnskap om dette gi oss verdifull innsikt i det forebyggende og helsefremmende arbeidet med skoleungdom?

En nyere helseundersøkelse blant 15 og 16-åringer viser at ungdom sjeldent søker hjelp for sine psykiske plager. De som har typiske symptomer på angst og depresjoner søker i mindre grad legehjelp enn de som har kroppslige plager. Samtidig som mange har det bra, finner vi dessverre en økt frekvens av atferdsproblemer, mobbing og trakassering i skolen og i ungdomsmiljøer. Det meldes om stadig flere tilfeller av depresjon, tidlig bruk av rusmidler, spiseforstyrrelser, selvskading, samt selvmord blant unge. En særlig utsatt gruppe er ungdom som er lesbiske, homofile, bifile eller transseksuelle. En annen utfordring mange ungdom står overfor, er forventninger gode til skolerresultater, til å være ”perfekt, frisk og vellykket”, til og ”komme seg opp og frem her i verden”. Ungdom er ofte redd for å velge feil, samtidig som de ikke helt vet hva og hvor de vil. Summen av alt dette kan gjøre at mange unge får det unødvendig vanskelig, og kan komme i fare for å utvikle en dårlig psykisk helse (Helseprofil for barn og ungdom i Akershus, 2004, Veileder i psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene, IS-1405, 2007).

God psykisk helse er viktig for at barn og unge skal være i stand til å mestre sitt eget liv. Å vektlegge den enkeltes ressurser, evner og muligheter til selv å takle de utfordringer livet byr på, er et viktig utgangspunkt i helsefremmende arbeid. Det er personen med sine muligheter og håp, og ikke med sine problemer og symptomer, som bør settes i sentrum (Skre et.al.2007).

Barn og unge med etniske minoriteter skal langt på vei møtes på samme måte som andre. Likheten med barn med norsk etnisk bakgrunn er generelt større enn forskjellene. Alle tjenester rettet mot barn og unge inkluderer minoritetsspråklige i sitt tilbud, men utfordringen er å tilrettelegge tjenestene slik at de minoritetsspråklige benytter seg av tilbudene som finnes (Plan for psykisk helsearbeid, Larvik kommune, 2007-2010).

1.2 Bakgrunn og egen forståelse.

Som psykiatrisk sykepleier har jeg jobbet mange år i voksenpsykiatrien, dvs. fra 18 år og oppover. Denne erfaringen har blant annet gitt meg en oppfatning av at mange unge strever med livet sitt allerede fra tidlig ungdom eller barndom. Årsaken er gjerne kompleks og sammensatt og unik for hver enkelt person. De verste opplevelsene er når ungdom tar sitt eget liv fordi de opplever at livet blir for tøft å leve. Er det sånn at vi, samfunnet, har sviktet disse barna? Eller er det foreldrene som har sviktet? Hvor ligger svikten? Det er det ikke noe enkelt svar på og det er mange faktorer som spiller inn. Jeg er uansett av den oppfatning at vi som samfunn har et ansvar for å forebygge der vi kan forebygge, slik at flest mulig slipper den belastningen det er å komme i en situasjon hvor man mister troen på seg selv og kontrollen over eget liv. Voksne bør ha et ansvar for å veilede og gi ungdommen den kunnskapen de faktisk trenger for å håndtere hverdagen i det samfunnet vi voksne har skapt. Det er kanskje til liten nytte å ha toppkarakter i matte hvis du opplever å stryke i å mestre livet ditt. Den smerten og det kaoset noen ungdommer opplever, kan føre dem ut i alternative handlinger som rus, selvskading, spiseforstyrrelser, utagerende atferd, og kriminalitet. Atferd som gjerne har som mål å redusere eller fjerne denne smerten. Det mangler ikke på planer, forskrifter, ideer, teknikker og kompetanse for å hjelpe disse ungdommene. Likevel er totalbildet så komplekst at det som virker såre enkelt på papiret kan fortone seg nesten umulig å få til i

praksis. Så hvordan bør vi egentlig gå fram for å bidra til at ungdommen oppleve at de mestrer livet?

Gjennom denne masterutdannelsen, hvor tverrfaglighet har vært en bærebjelke, har jeg virkelig oppdaget nytten av andre faggruppers tenkning. Man går ofte i den fella og tro at andre tenker som deg, men gjennom fruktbare diskusjoner i løpet av denne utdanningen, har jeg sett at vi ser verden med veldig forskjellige ”briller”. Ved å få låne andre profesjoners ”briller” et øyeblikk, blir verden et fargerikt sted med nye spennende muligheter. Når vi jobber sammen på tvers av etater og profesjoner vil vi på en helt annen måte kunne utnytte de ressursene som jobber for de samme ungdommene i kommunen. Sammen kan vi oppnå enda bedre resultater og forhåpentlig hjelpe ungdommene til en bedre helse gjennom mestring og tro på seg selv.

1.3 Aktualitet.

Manglende satsning på barn og ungdom beskrives i en eller annen form i media nesten daglig. Jeg tar med noen aktuelle saker som kommer til å være en del av grunnlaget for mine diskusjoner senere i oppgaven.

Vi kan i disse dager følge debatten i media om kommunenes svik av de mest sårbare barna. Det rapporteres i Dagbladet, 02.03.09, at 90 av 114 kommuner bryter lovene som skal ta vare på barn. Utsatte barn fanges ikke opp i tide, og mange unge faller mellom to stoler fordi samarbeidet mellom etatene er for dårlig.

”Det er alvorlig at vi ikke kan være trygge på at barna fanges opp i tide. Det er helt uakseptabelt at kommunene ikke klarer å hjelpe alle barn som trenger det. Det kan ikke stå på ressurser eller problemer med koordinering av ulike instanser når et barn trenger hjelp, enten barnet har vært utsatt for overgrep, har rusproblemer eller det er andre forhold som tilsier at de trenger tett og rask oppfølging.” sier direktør i Statens helsetilsyn, Lars E. Hansen (Dagbladet, 02.03.09, - 90 av 114 kommuner svikter barna).

I 2008 var over 43.000 barn i kontakt med barnevernet. Alle disse barna er også i kontakt med andre etater som for eksempel helsestasjon, barnehage, skole og skolehelsetjeneste. Dagbladet poengterer at det gjerne skyldes på systemsvikt når barn ikke får hjelp, og mener at ordførere, rådmenn og kommuneledere må slutte å skyve fagfolk foran seg. Lederne plikter å legge til rette slik at fagfolkene kan oppfylle sine lovpålagte oppgaver for barna (Dagbladet, 03.03.09. Barna i skvisen, Dagbladet 06.02.09, Innrømmer at barns rettigheter har blitt sveket).

Leger inngår sammen med helsesøster, jordmor og fysioterapeut, i helsestasjons- og skolehelsetjenestens grunnbemanning. På 1990-tallet økte antallet legeårsverk og nådde en topp på 232 årsverk i 2002. I årene etter 2002 har antallet gått noe ned, og i 2005 var det 214 legeårsverk totalt i kommunene på landsbasis. Det er forskriftsfestet at skolehelsetjenesten skal ha rutiner for samarbeid med andre kommunale tjenester, deriblant fastlegene. Imidlertid blir det understreket at legetjenestene skal utføres fra helsestasjon eller skole, og ikke fastlegenes kontor. Dette for å oppfylle intensjonen om en helhetlig og lett tilgjengelig tjeneste (Kjelvik, 2007).

I forbindelse med budsjettbehandlingen i desember 2008, valgte politikerne i Larvik å fjerne skolelegene fra kommunens skolehelsetjeneste. Østlands Posten skriver at man med dette vil spare 600.000 kroner i 2009, og 900.000 kroner hvert år den kommende treårsperioden. Legetidsskriftet «Dagens Medisin» har viet fjerningen av skolelegene i Larvik stor oppmerksomhet. Der vektlegges det blant annet at man i inneværende år innfører regjeringens vedtak om HPV-vaksinen (mot kreft i livmorhalsen) for jenter i sjuende klasse. Man synes det er bekymringsfullt at skolelegene fjernes, samtidig som helsesøstertjenesten ikke styrkes tilsvarende. I Larvik hadde rådmannen i sin innstilling ikke tatt hensyn til helsesjef Carl Erik Mathisens anbefaling som gikk imot innstillingen. Dette er dramatisk, sier Svein Wilvang, lokal tillitsvalgt for legene. Det tyder heller ikke på at budsjettkuttet tuftes på faglige kriterier. Undersøkelser har vist at skolehelsetjenesten i Norge har for lav kapasitet og må styrkes. Når Larvik går den motsatte veien, tyder det på at de folkevalgte i Larvik mener at skolehelsetjenesten blir godt nok ivaretatt uten legene. Men egentlig virker det ikke som politikerne har vurdert

situasjonen i det hele tatt. Og det er lite tillitvekkende skriver Østlands Posten (16.01.09. Skolelegene er sagt opp, Dagens medisin, 15.01.09. Skolelegene i Larvik sagt opp).

I Østlands Posten kan vi også lese at direktør i Helsedirektoratet, Bjørn-Inge Larsen, mener det er for få helsesøstre og leger i den norske skolen i dag. Han sier til Kommunal Rapport at skolehelsetilbudet er svært varierende og spesielt dårlig ved en del videregående skoler. Noen av de videregående skolene har ingen skolehelsetjeneste i det hele tatt. Helsedirektoratet er opptatt av at skolehelsetjenesten må ha ulik kompetanse. Larsen beklager at antall skoleleger har gått litt ned. ”– Loven sier ikke direkte at de må ha skolelege, men vi mener det er nødvendig for å ha en god skolehelsetjeneste. Noen problemer kan ikke håndteres uten lege, ”sier Larsen. Han gjør det klart at det er kommunenes klare plikt å ha en forsvarlig skolehelsetjeneste ved alle skoler (Østlands Posten, 28.01.09, -Få mer helsepersonell i skolen). Men hva er forsvarlig skolehelsetjeneste og hvem skal gjøre den vurderingen?

I Aust-Agder er det gjort en undersøkelse blant fylkets ni videregående skoler. Den gir en oversikt over hvor mye tid skolehelsetjenesten har til hver elev i uken. Resultatet er nedslående: 63 sekunder. Direktør i Helsedirektoratet, Bjørn-Inge Larsen, er svært bekymret for kapasiteten i skolehelsetjenesten i Norge og mener bemanningen bør doubles før kapasiteten er tilfredsstillende. På bakgrunn av dette foreslår KrFs ungdomsparti, KrFU, å møte ungdommene på deres egen hjemmebane.–” *Vi ønsker å opprette helsestasjoner der ungdom ferdes i fritiden. For eksempel på kjøpesentre eller andre arenaer de møtes utenom skoletiden. Det er et faktum at mange unge sliter med psykiske plager, men ikke oppsøker hjelp. Da må vi gjøre helsetjenesten mye mer tilgjengelig for ungdommene,* ”sier Kjell Ingolf Ropstad, leder i KrFU. Ungdomsorganisasjonen foreslår også at det må utarbeides nasjonale standarder for skolehelsetjenesten som blant annet bør inneholde krav til obligatorisk innkalling, minstetid til hver elev og krav om lett tilgjengelighet. (Østlands Posten, 26.02.09. -Vil ha helsesøstre på kjøpesentre).

Det er i snitt 1.000 elever per helsesøster i norsk skole. I region Øst ligger gjennomsnittstallet i videregående skole på omkring 0,5 årsverk. Tilsvarende tall for barn

0 -5 år er 3 årsverk pr. 1000 og grunnskolen har 1,3 årsverk pr. 1000. Det finnes kun 235 årsverk til sammen av leger, fysioterapeuter, psykologer og psykiske helsearbeidere i hele den norske skolehelsetjenesten. Disse jobber sammen med 780 helsesøstre og har som oppgave å betjene 780.000 elever i grunnskole og videregående skole, ifølge tall fra en landsomfattende undersøkelse fra Høgskolen i Akershus i 2005. (Østlands Posten, 28.01.09, -Få mer helsepersonell i skolen, Småskrift nr.4/2005)

Helsesøster, Live Schulstock, er en av de to helsesøstre som deler en 80 % stilling og ansvaret for 1650 elever på Thor Heyerdahl videregående skole i Larvik.

”- Jeg rekker overhode ikke å hjelpe alle som har behov for meg. Målet er å få være på skolen hver dag. Slik det er nå, må vi velge vekk elever som vi rett og slett ikke har tid til. Det er en ekkel situasjon”, sier Schulstock. Hun forteller at *må og skal oppgaver* blir førstprioritet, resten kommer i andre rekke. Dette gjelder for eksempel oppfølging av elever og foreldre i vanskelige situasjoner. Hun har forståelse for at flere av rektorene på skolene i Larvik ikke har innblikk i hvor prekær situasjonen faktisk er (Østlands Posten, 06.10.06. Helsesøstre slår alarm.).

For å sikre et godt arbeid på barne- og ungdomsområdet er det viktig med forskning og forskningsrelatert virksomhet. Forskning skal bidra til å framskaffe kunnskap om hvordan samfunnsendringer påvirker barn og ungdoms oppvekst- og levekår, og gi et sikrere grunnlag for politiske og faglige beslutninger (Barne- og likestillingsdepartementet, 2008. Satsing på barn og ungdom, Regjeringens mål og innsatsområder i statsbudsjettet).

1.4 Problemstilling og avgrensing.

Med denne bakgrunn er følgende problemstilling formulert:

Hvilken betydning har skolehelsetjenesten for ungdommens helse?

- 1. Hva ønsker skoleungdom seg av helsesøster og skolehelsetjenesten?**
- 2. Hva kan kunnskap om ungdommens ønsker, knyttet til skolehelsetjenesten, bidra med i det forebyggende og helsefremmende arbeidet med skoleungdom?**

Med bakgrunn i den kvantitative undersøkelsen ved Thor Heyerdahl videregående i 2006, har jeg valgt å gjøre en kvalitativ undersøkelse ved den samme skolen. Fokus er rettet mot skolehelsetjenestens forebyggende og helsefremmende arbeid. Som psykiatrisk sykepleier er jeg opptatt av å komme i forkant av problemene, fordi jeg har sett altfor mange eksempler på hva det for enkeltskjebner kan føre til når tiltakene kommer for sent. Helse er det overordnede fokuset i oppgaven, og det favner både den fysiske og psykiske helsen som til enhver tid vil påvirke hverandre gjensidig. Jeg har imidlertid valgt å ha hovedfokus på psykisk helse fordi ungdommene i undersøkelsen selv har et stort fokus på dette. Den psykiske helsen er et viktig element ved ungdoms utvikling, og psykiske problemer blant barn og unge er i dagens samfunn alarmerende høyt. De problemene ungdom opplever er ofte av psykisk karakter og får gjerne en innvirkning på deres sosiale liv.

Når det gjelder begrepet psykisk helse, har jeg bevisst valgt å forholde meg til helsedirektoratets veiledningsdokumenter og forskrifter. Det er helsedirektoratet og regjeringen som legger de føringer og rammer som kommunen og skolehelsetjenesten må forholde seg til i arbeidet med ungdom. Jeg mener derfor det er viktig å ha klart for seg hva de legger i begrepet psykisk helse, og jeg regner det som en selvfølge at de er faglig oppdatert i sine utgivelser.

For å få en oversikt over hva lovverket sier om kommunens ansvarsforholde i forhold til skolehelsetjenesten, har jeg valgt å se på kommunehelsetjenesteloven samt gjengi deler av aktuelle forskrifter fra bl.a. Helsedirektoratet og Sosial- og helsedirektoratet. Jeg har også valgt å se på Larvik kommunens intensjoner i ”Plan for psykisk helsearbeid i Larvik kommune 2007-2010”. Det er viktig å kjenne til hvilke planer man har for skolehelsetjenesten i Larvik, slik at vi vet hva skolehelsetjenesten må forholde seg til når de planlegger det helsefremmende og forebyggende arbeidet ved skolen.

Masterstudiet jeg nå har gjennomført, heter ”flerkulturelt forebyggende arbeid med barn og unge.” Det kan ut i fra denne tittelen forventes et fokus i oppgaven på flerkulturalitet, i betydningen innvandrere, asylsøkere, etniske minoriteter osv. Gjennom begrepsavklaringer i dette studiet har det blitt gjort klart for meg at flerkulturalitet ikke handler om etnisitet. Flerkulturalitet betyr enkelt ”flere kulturer”, men sier ikke noe om hva slags kulturer. Vi har voksenkultur og ungdomskultur, skolekultur og elevkultur, fagkultur og forskningskultur, ja vi har i grunn en kultur for det meste. Denne oppgaven favner også etniske minoriteter, og nevnes der det er naturlig, uten at de får et spesielt fokus. De etniske minoritetene vil være en selvfølgelig del av den ungdomsgruppa jeg fokuserer på, men de fremheves ikke spesielt. Faren for å marginalisere og stigmatisere er antagelig større ved å gi dem et særlig fokus, enn ved å la dem være en del av den generelle ungdomsgruppa. Alle ungdommer har uansett krav på å bli møtt som individ, med sin egen historie, enten du kommer fra Pakistan, Somalia, indre Troms eller ”lille” Larvik. Tiltak må tilpasses den enkelte ut i fra dette, og det er mitt fokus når jeg tenker flerkulturelt forebyggende arbeid med barn og unge.

1.5 Definisjon av sentrale begreper.

Problemstillingen har følgende sentrale begreper; skoleungdom, helsesøster, skolehelsetjeneste, helse og forebyggende og helsefremmende arbeid. Helse vil bli beskrevet i eget kapittel i teoridelen. Skoleungdom defineres i denne oppgaven generelt til ungdom på videregående skole. Skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom nevnes gjerne i samme åndedrag i regelverk og litteratur. Jeg snakker først og fremst om

skolehelsetjenesten i denne oppgaven, fordi jeg ønsker å se på det forebyggende aspektet ved Thor Heyerdahl videregående skole. Skolehelsetjenestens oppgaver, ut i fra gjeldene forskrifter, vil bli beskrevet i teoridelen, det samme blir helsesøster. Jeg vil forholde meg til begrepet forebyggende og helsefremmende slik begrepet brukes og forklares i forskriftene til ”Kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid”. Det vil bli beskrevet i eget kapittel.

1.6 Studiens hensikt.

Ungdom over hele landet har de siste årene stått fram i media og gitt uttrykk for et behov for større helsesøsterdekning. I et folkehelseperspektiv er ungdom en viktig målgruppe og det er viktig å fremskaffe ny kunnskap om skolehelsetjenestens betydning for ungdoms helse. Det er godt dokumentert at tidlig hjelp er god hjelp, og at slik hjelp kan hemme utvikling av psykososiale vansker hos barn og unge (Sosial- og helsedirektoratet, 2004). Men hva bør denne tidlige hjelpen inneholde for å bli god hjelp?

Undersøkelsen fra Thor Heyerdahl i 2006, viser at mange elever ved skolen ønsker mer av skolehelsetjenesten, og/ eller kjenner den for dårlig. Hensikten med denne oppgaven er å bruke ungdommens egne stemmer til å få en bedre forståelse og innsikt i hvilke problemer de sliter med i hverdagen, og hva de selv mener de trenger fra skolehelsetjenesten.

Hensikten med denne studien er derfor

- Å få innsikt i hva skoleungdom selv mener de trenger fra helsesøster og skolehelsetjenesten.
- Å utvikle kunnskap som kan bidra til målrettede tiltak i det forebyggende og helsefremmende arbeidet med skoleungdom.

1.7 Oppgavens oppbygning.

Oppgaven er delt opp i 7 kapitler.

Kapittel 1 er en innledning hvor jeg gjør rede for egen forståelse og formål med oppgaven.

Kapittel 2 tar opp teoretiske områder som danner rammeverk og grunnlag for å kunne diskutere ungdom og deres utfordringer i en vanskelig utviklingsperiode av livet. Utvikling og mestring er sentrale temaer som gir perspektiver rundt ungdoms psykiske helse. Empowermentprosessen og salutogen tenkning kan være gode innfallsvinkler i et forebyggende og helsefremmende arbeid med ungdom. Skolehelsetjenestens mandat, helsesøster mandat og kommunens ansvar gir rammeverket skolehelsetjenesten må jobbe under i sitt helsefremmende og forebyggende arbeid med disse ungdommene.

Kapittel 3 omhandler den tekniske delen av oppgaven, så som forskningsfelt, utvalg, datainnsamling, etiske betraktninger, troverdighet og analyse. Studien bruker en kvalitativ tilnærming basert på informantenes egne tekster om gitt tema.

Kapittel 4 presenterer studiens funn. Ungdommenes behov og ønsker fra skolehelsetjenesten gjengis med informantenes egne sitater.

Kapittel 5 diskuterer funnene som ble presentert i kapittel fire, opp mot valgt teori og tidligere forskning.

Kapittel 6 inneholder studiens oppsummering og konklusjon.

Kapittel 7 inneholder litteraturliste, og bak denne følger aktuelle vedlegg.

2 TEORETISK RAMME – OG TIDLIGERE FORSKNING.

I dette kapitlet har jeg valgt å belyse perspektiver rundt helse, ungdoms psykisk helse, ungdom og deres utvikling. I tillegg vil jeg se på kommunens ansvar i det forebyggende helsearbeidet i skolen, gjennom forskrifter og lovverk. Hvordan kommunen ivaretar dette ansvaret er vesentlig i forhold til den betydningen skolehelsetjenesten kan ha for ungdommenes helse. Videre vil jeg se på hva forskrifter og lovverk sier om skolehelsetjenestens mandat, og i tillegg vil jeg se kort på helsesøsters mandat. Til slutt vil jeg presentere aktuell tidligere forskning som er relevant for denne oppgaven. Sammen danner dette det teoretiske rammeverket som jeg vil støtte meg til i diskusjonsdelen, selvfølgelig i tillegg til de funn som kommer frem av undersøkelsen.

2.1 Helse.

Helsebegrepet er like foranderlig som resten av den verden vi lever i, og helsebegreper forkastes stadig til fordel for nye. WHO's definisjon av helse lyder: "Helse er ikke bare frihet fra sykdom og lyte, men fullstendig legemlig, psykisk og sosialt velvære". Mange regner denne definisjonen som altfor ambisiøs til å gi et godt bilde på hva god helse innebærer, og har forkastet den. Mange er f.eks. fornøyd med helsen opp gjennom livet, til tross for at de har gått gjennom både alvorlige og plagsomme lidelser. Det kan imidlertid argumenteres for en definisjon av helse som understreker mestringsbegrepet. Det innebærer at det er nødvendig å se begge sider av menneskelivet - problemer og mestringsprosessen av problemene - under ett, og at det ikke nødvendigvis finnes noe absolutt skille mellom det å ha god helse og det å være syk. Derfor må arbeid med å fremme helse og bekjempe sykdom ses i nær sammenheng. Det har vært vanlig å se dette som en sammenhengende prosess, som innebærer at det helsefremmende arbeid begynner der det sykdomsbekjempende arbeid slutter. Sannsynligvis er det imidlertid mer hensiktsmessig å se disse to strategiene som atskilte prosesser, og den totale helsetilstand som en funksjon av begge. Ved å velge riktige strategier for bekjempelse og forebygging av sykdom, vil vi ikke bare redusere forekomsten av sykdom og gjøre de syke friskere, vi vil også øke livskvaliteten til hele befolkningen. Denne tankegangen har blitt mer og mer vanlig. Mange har, ofte med forskjellig utgangspunkt, kommet frem til samme syn. Den store utfordringen er kanskje å karakterisere de positive faktorer som gir overskudd i forhold til

hverdagens krav. Aaron Antonovsky har gjort et godt forsøk på en slik karakteristik, hvor mestringsfaktorene utgjør en blanding av personlige egenskaper samt sosiale og politiske forhold (NOU 1997: 18). Hans salutogene modell og sense of coherence vil bli beskrevet i et eget kapittel.

2.1.1 Psykisk helse.

Psykisk helse referer til utvikling av og evner til å mestre tanker, følelser, atferd og hverdagens krav i forhold til ulike livsaspekter. Det handler om emosjonell utvikling, evne til velfungerende sosiale relasjoner og evne til fleksibilitet. Fravær av psykiske vansker eller lidelse er ikke ensbetydende med god psykisk helse. Psykiske vansker refererer til symptombelastning som for eksempel grad av angst, depresjon, søvnvansker osv. Vanskene vil, avhengig av type og omfang av symptomer, i ulik grad påvirke daglig fungering i forhold til mestring, trivsel og relasjon til andre mennesker.

Symptombelastningen behøver ikke å være så stor at det kan stilles diagnose, for psykiske vansker er ofte normale reaksjoner forbundet med en vanskelig livssituasjon. Psykiske lidelser referer til psykiske vansker av en slik type eller grad at det kvalifiserer til en diagnose (Sosial- og helsedirektoratet, 2004).

Psykiske lidelser debuterer ofte i ung voksen alder, og tidlig intervensjon overfor barn og unge kan ha en sekundæreffekt ved å redusere forekomst av psykiske problemer i voksen alder. Forekomsten av depresjon øker sterkt i alle aldersgrupper og i alle vestlige kulturer. Depresjon utgjør et betydelig samfunnsøkonomisk problem i form av sykemeldinger og arbeidsuførhet, og kan være en viktig medvirkende årsak til frafall av ungdom fra videregående skole. Verdens helseorganisasjon spår at innen 2020 vil depresjon være den viktigste årsaken til uførhet, noe som vil føre til at lidelsen plasseres nest øverst på listen over de tilstander som koster samfunnet mest (Verdens Helseorganisasjon, 2009).

Kjønnsperspektivet må legges til grunn for det forebyggende og helsefremmende arbeidet, og tas i betraktning ved barn og unges møte med hjelpeapparatet. Gutter og jenter beveger seg på ulike arenaer og definerer helseproblemer forskjellig. Gutter søker oftere informasjon og tjenester på telefon og nett, mens jenter i større grad oppsøker de

kommunale helsetjenestene. Før puberteten er den største gruppen med psykiske lidelser gutter, der atferdsproblemer og aktivitetsforstyrrelser dominerer. Etter puberteten domineres gruppen av jenter med angst, depresjon og spiseforstyrrelser. Noe av kjønnsforskjellene kan trolig tilskrives reelle forskjeller, samtidig som noen typer problemer er vanskeligere å oppdage. Dette kan være depresjon og oppmerksomhetsvansker hos jenter, og identitetsproblematikk og angst/ depresjon hos gutter (Sosial- og helsedirektoratet, 2004, Kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons og skolehelsetjenesten. Veileder til forskrift av 3.april 2003 nr. 450, IS-1154.).

Tjenesteapparatet bør tidlig identifisere barn og unge som eksperimenterer med rusmidler. Det er mange atferdsmønstre eller handlinger som kan være kjennetegn på et begynnende problem. Eksempler på dette kan være sosial misstilpasning på skolen, lave faglige prestasjoner, skulking, lovbrudd, selvdestruktiv atferd, aggresjon og angst. Vi vet av fortellinger til voksne rusmiddelavhengige at eksperimentering kan begynne i svært ung alder. Det er derfor viktig å være bevisst på denne problemstillingen allerede fra barneskolealder (ibid).

En økende andel barn i det norske samfunn, særlig i de større byene, har minoritetsbakgrunn. Barn og unge med etnisk minoritetsbakgrunn er en stor og sammensatt gruppe som blant annet omfatter asylsøkere, flyktninger og andre generasjons innvandrere. Enslige mindreårige asylsøkere er en særlig utsatt og sårbar gruppe som har behov for ekstra oppfølging. Barn og unge med etnisk minoritetsbakgrunn skal som utgangspunkt møtes på samme måte, og med samme type tjenester, som andre. En overfokusering på kultur kan gjøre at barns grunnleggende behov kommer i bakgrunnen, men kunnskap om kulturbakgrunn er nødvendig. Det tilbudet som finnes må gjøres tilgjengelig og relevant også for barn og unge med etnisk minoritetsbakgrunn (Sosial- og helsedirektoratet, 2004).

Det er i økende grad fokus på det forhold at noen barn, unge og voksne ikke utvikler psykiske vansker til tross for at de over tid har vært utsatt for betydelig stress i form av mange risikofaktorer. Mange av disse har det som kalles resiliente utviklingsforløp.

Resiliens betyr evnen til å komme tilbake til utgangspunktet etter å ha vært «strukket eller bøyd». I denne sammenhengen innebærer det å klare seg til tross for belastninger, og å rette seg opp etter en påkjenning. Gjennom resiliensforskningen har en funnet fram til en rekke identifiserbare faktorer og mekanismer som beskytter barn og unge mot å utvikle psykiske vansker. I stor grad har det vært fokus på enkeltstående faktorer i forståelsen av risiko for utvikling av psykiske vansker. Det er nå enighet om at det primært er antallet risikofaktorer, og ikke en særskilt risikofaktor, som er avgjørende for om et individ vil utvikle psykiske vansker. En hovedregel er at jo flere risikofaktorer et barn eksponeres for, dess større er sannsynligheten for at det utvikler psykiske vansker. Samtidig viser det seg at når tre til fire risikofaktorer er til stede samtidig er risikoen svært høy. Det er store individuelle forskjeller i sårbarhet for risikoeksponering (ibid).

2.1.2 Stress

Stress er for tiden gjenstand for stor interesse verden over. Den store interessen stressforskning og stressteorier har fått, skyldes spesielt at det er klare beviser for at stress er helt avgjørende for vår sosiale, fysiologiske og psykologiske helse. Det er en gjensidig avhengighet mellom stress og følelser. Der det er stress er det også følelser. I dag anerkjenner man i stor utstrekning, at følelsene faktisk har stor betydning for vår psykologiske og fysiske trivsel og for våre sosiale funksjoner. Mestring har i stor grad vært knyttet til stress snarere enn følelser, noe som er uheldig ettersom mestring er en integrert del av den følelsesmessige aktiveringsprosessen. Begrepene stress, følelser og mestring utgjør en begrepslig enhet, hvor følelsesbegrepet er det overordnede, fordi det innbefatter både stress og mestring. Stress avhenger av miljømessige vilkår, men også av de faktorer som gjør den enkelte person sårbar overfor disse vilkårene. Hvis den miljømessige belastningen overstiger personens ressurser betydelig, snakker vi om en stressende situasjon. Hvis kravene overstiger ressursene med for stor faktor snakker vi ikke lenger om høyt stressnivå, men om traume. Personen føler seg hjelpeløs i forhold til å håndtere de krav som fremsettes, og det kan føre til håpløshet, panikk og depresjon (Lazarus, 2006).

Store påkjenninger gjør oss alle særlig sårbare for svekket mental helse. Mangler vi ressurser til å stå imot belastningene, øker risikoen for psykologiske dysfunksjoner. Ressurser kan være så mangt; psykologiske, sosiale, økonomiske. De som har lite og får lite, er mer utsatt enn dem som lever trygt på solsiden og har flere ressurser å stå imot med (Kolstad, 1998).

Vår psykologiske tilstand varierer med livet vi lever. Det er sammenheng mellom måten vi tenker og føler på, og den sosiale praksis og situasjon vi befinner oss i. Alle er til tider preget av de følelser og psykiske funksjoner psykiatrien kan forveksle med lettere psykiske lidelser eller sykdom. For de aller fleste betyr disse følelsessvingningene ikke at vi er syke. Det er snarere tegn på at vi deltar i livet. Det virker nærmest absurd å kurere etiske og sosiale avvik med medisiner. Problemer som gjelder menneskers forhold til seg selv og andre, kan bare analyseres, tolkes og gis mening i en sosial og etisk kontekst. Det er menneskenes sosiale praksis som skaper deres tanker, følelser og psykologiske funksjoner, også når de blir dysfunksjonelle for samfunnet og en plage for seg selv (ibid).

I både barns og voksnes miljøer forekommer stimuli som er opphav til stress og stressfysiologiske reaksjoner. Defineres også som stressorer. Det betyr at forhold i det ytre miljø har forskjellige virkninger på individet, avhengig av deres individuelle særegenheter (Ekman & Arnetz, 2005). Forutsigbare stressorer viser seg å ha mindre negativ innvirkning på individet enn uforutsigbare stressorer (Lazarus og Folkman, 1984, sitert i Wormnes og Manger, 2005). Psykosomatiske problemer synes å øke med voksende alder hos barn og er mer alminnelig hos jenter enn hos gutter. Ved pubertetens begynnelse er ofte stressrelaterte symptomer flyttet fra mage og hodepine til rygg, rytmeforstyrrelser i hjertet og en tendens til å rødme og svette. Forhold som skaper fysiologiske stressreaksjoner hos barn og unge er adskillelse, for eksempel skilsmisse, men også adskillelse fra klassekamerater eller lærere. Relasjoner og trivsel i skolen spiller en betydelig rolle. Mobbing, prestasjonskrav, overgrep, ulykker, misshandling eller andre store traumer vil også skape stress hos barn og unge (Ekman & Arnetz, 2005).

2.1.3 Salutogenese.

Aron Antonovsky har lansert begrepet salutogenese, beskrevet som aktiviteter som styrker eller fremhever vår helse. I motsetning til patogenese, som er orientert mot hva som gjør oss syke. Salutogenese er dannet av det latinske ordet *salus*, som betyr helse eller sunnhet, og det greske ordet *genesis*, som betyr opprinnelse, tilblivelse (Gjærum, Grøholt & Sommerchild, 2003, Walseth & Malterud, 2004, Tellenes, 2008). Antonovsky var en israelsk sosiolog som arbeidet med helsespørsmål. Han sammenholdt studier om individuelle forskjeller i stresstoleranse og sannsynliggjorde at de samme elementene - motstandsressursene - har betydning for sykdomsutvikling, og for hvordan vi takler sykdom. Han utviklet en teoretisk modell som han hevdet var forskjellig fra tidligere stressteorier på tre avgjørende punkter. Den har vekt på de faktorer som demper, letter eller fjerner stressorene. Slike salutogene faktorer kan være gode opplevelser i hverdag og fest, som samtaler med gode venner og familie, vakker musikk, kunst og naturopplevelser, hagearbeid osv. Den forutsetter at alle individer har generaliserte motstandsressurser som tas i bruk for å overvinne hverdagslivets spenninger og som derigjennom fremmer en opplevelse av indre sammenheng. Og modellen pretenderer å være universell og tverrkulturell og refererer ikke til en spesifikk form for mestringsstrategi (Gjærum et al., 2003, Tellenes, 2008). Gode motstandsressurser er for eksempel god økonomi, sosialt nettverk med sterk grad av tilhørighet, høy egostyrke og religion. Den enkeltes ressurser vil gi ulik grunnholdning i møte med hendelser i livet. Grunnlaget for våre strategier i møte med motgang legges i oppveksten, men formes også i voksen alder. Dramatiske hendelser som at en av våre nærmeste dør, kan gi en oppgitt holdning det tar tid å arbeide seg ut av, men kriser kan også bidra til vekst og utvikling. I oppveksten vil autoritære foreldre og bruk av straff og trusler gi oss den holdningen at egne tanker og ferdigheter ikke har betydning. Dersom omsorgspersoner opptrer uforståelig og uforutsigbart, vil vi lære at det er nytteløst å prøve å forstå og påvirke det som skjer. Dette kommer tydelig frem i hjem der foreldre er rusmisbrukere. Det er også viktig at krav fra omgivelsene står i samsvar med egne ferdigheter. For store krav vil lære oss å gi opp i utgangspunktet, mens for små krav fratar oss erfaring i å bruke egne ressurser (Walseth & Malterud, 2004). Evnen til å nyttiggjøre seg sin egen totale situasjon og egen kapasitet til å bruke tilgjengelige ressurser, blir kalt følelse av tilhørighet, eller "sense of coherence". Denne kapasiteten er en kombinasjonen av folks

mulighet til å oppnå en forståelse av den situasjonen de er i, og det å finne en mening i å bevege seg i en helsefremmende retning. I en tid da individet står sentralt, mer enn familien, er det viktig å legge til rette for kreative og inkluderende arenaer og møteplasser i samfunnet. Dette er sense of coherence i praksis. Sense of coherence har en tendens til å øke med alder (Tellenes, 2008).

Antonovsky har hevdet at en viktig salutogen faktor er evnen til å oppleve verden som rimelig forutsigbar og sammenhengende. En kan spørre seg om den endringsfilosofien som dagens politikk og næringsliv baseres på i en stadig hurtigere karusell, er i pakt med Antonovskys syn på forutsetninger for god helse. Kanskje ikke så rart at andelen sykmeldte og uføre har økt betraktelig i Norge i de siste ti årene? (ibid).

2.1.4 Empowerment.

Empowerment har sitt utspring i politiske og sosiologiske miljøer i USA i 1960-årene. Rapaport studerte hjelpesystemer som utvikles naturlig i familier, nabolag og sosiale nettverk. Han ønsket å utvikle metoder for å gi befolkningen bedre kompetanse til å endre på forhold i lokalsamfunn. Han beskriver empowerment som ”å oppnå kontroll over eget liv i en sammenheng hvor en deltar sammen med andre for å endre de sosiale og politiske realiteter en lever under” (Walseth & Malterud, 2004). Det betyr at folk må få mer kunnskap om helsefremmende forhold, kunne påvirke beslutninger som har konsekvenser for helsen og kunne delta aktivt i arbeidet for et sunnere samfunn lokalt og globalt. Det må altså åpnes opp for behov og ønsker som er i befolkningen (Tellenes, 2008).

Ottawa-charteret 1986 lanserte begrepet ”empowerment” som en prosess som gjør folk i stand til å øke sin kontroll over egen helsetilstand og til å forbedre sin helse. Noen oversetter dette ordet til ”myndiggjøring”. Det engelske begrepet er mer omfattende med en tredelt betydning: å gi makt eller autoritet til, å gjøre i stand til, å tillate. Iflg. Ottawa-charteret skapes helse der hvor folk bor, lærer, arbeider, leker og elsker. I forhold til empowermentstrategien er det avgjørende at vi forholder oss til lokalsamfunnene fordi

det nettopp er samspillet mellom individ, gruppe og lokalsamfunn som utgjør den arena hvor empowerment har størst virkning. Enten man er opptatt av å styrke evnen til utfoldelse og takling av livets påkjenninger, eller man vil satse på forebygging av ”livsstilssykdommer”, må man i dag tilrettelegge for at flest mulig skal gjøre det som er riktig for hver enkelt gjennom egne valg. Folk må ta i bruk sine egne forestillinger, erfaringer og verdier. Det å tilrettelegge for godt selvbilde, økt kontroll over eget liv, mestring og selvhevdelse i familien, nabolaget eller lokalsamfunnet ligger nær opp til hva man i engelskspråklig faglitteratur kaller empowerment. Det er ikke uvanlig å snakke om empowerment som en psykologisk prosess hvor det er individet som står i sentrum, og at det er individet som får mere kontroll over sin egen livssituasjon. Wallerstein (sitert i NOU 1998:18) hevder at personer som over lengre tid befinner seg i marginaliserte og/eller spesielt krevende situasjoner og som opplever maktesløshet og mangel på kontroll over egen livssituasjon, er mere utsatt for sykdom. ”Empowerment” retter seg mot denne mangel på kontroll ved å fremme deltakelse i aktiviteter i lokalsamfunnet, styrke følelsen av tilhørighet i lokalsamfunnet og i sosiale nettverk, og ved å fremme en tro hos folk på at de kan kontrollere sin egen verden (NOU1998:18).

Empowerment benyttes ofte på gruppenivå (Walseth & Malterud, 2004), og kan derfor være et nyttig verktøy brukt i klassesituasjoner, men det kan også være individrettet slik det vil være i en samtale. Ved hjelp av psykologisk empowerment kan selvbildet endres. Empowerment forutsetter en arena fri for bruk av makt og en relasjon basert på likeverd. Det er ungdommens egne verdier og ressurser som må stå i fokus, og man må passe på at ikke ungdommen sitter igjen med skyldfølelse, følelse av å mislykkes, eller ikke være ”flink nok” til å ta kontroll over eget liv og helse (ibid). I helsefremmende arbeid er det nettopp individets evne til å mestre eget liv som står i fokus. Skolen er de aller fleste ungdommers viktigste ”lokalsamfunn”. Det er her samspillet mellom individ og grupper vil utgjøre den arena hvor empowerment kan ha størst virkning for ungdommen.

2.2 Ungdom.

Kunnskap om ungdom og ungdomstidas mange utviklingsutfordringer er preget av veldig ulike forståelsesmodeller. Alt fra biologi til kultur trekkes fram som grunnleggende paradigmer for å gripe disse prosessene. En forståelse som innbefatter alle disse perspektivene må nødvendigvis være preget av kompleksitet (Torsteinsson, 2007).

Ungdomsteorier blir påvirket både av vitenskapelige endringer utenfor samfunnsfagene og av samtidens debatt i kultur- og samfunnsliv. Alle forsøk på sammenhengende tenkning om ungdom må skapes innenfor de kategoriene og begrepsrammene som er tilgjengelige på det tidspunktet de utformes, og derfor finnes det ingen ”nøytral” eller ”objektiv” kunnskap om ungdom. Teoretikere som Erikson, Bronfenbrenner, Bourdieu, Giddens og Willis har alle på hver sin måte bidratt til sentrale tenkemåter, teorier og modeller som kan forklare og belyse unge menneskers situasjon i det moderne samfunnet. De har skapt viktige og stimulerende begreper som betyr mye for en mer nyansert forståelse av ungdom (Aagre, 2003).

Å utvikle en fornemmelse av hvem man er, eller å forstå seg selv, oppfattes som en viktig utviklingsoppgave både av ungdommen selv og av samfunnet rundt dem. Erik Erikson kalte oppgaven i ungdomstida for identitetsutvikling (Torsteinsson, 2007). Begrepet henspeiler på at noe holdes sammen. De ulike delene av utviklingsoppgaven, som kommer fra forskjellige stadier i det biografiske forløpet, blir samlet og integrert. Erikson mener ungdoms erfaringer fra tidligere stadier fremmer eller hemmer vedkommendes muligheter til å løse de mangfoldige oppgavene som han eller hun møter i årene mellom tolv og nitten. Både mestring og manglende mestring kan forklares biografisk og historisk (Aagre, 2003). Sosial identitet – hvem vi er eller opptrer som – er ikke bare noe man tildeles fra andre, det er noe man selv aktivt konstruerer, eller prøver å konstruere. Sosial identitet er heller ikke noe konstant, det varierer med ulike sosiale situasjoner (Frønes, 2006).

Utvikling av selvbilde og selvforståelse er i stor grad et produkt av dialoger vi har med hverandre. Viktige endringer skjer også i det sosiale livet blant jevnaldrende.

Jevnaldersgruppa er viktig gjennom hele livet, men kanskje spesielt for ungdoms utviklingsprosesser (Øia 1998, Frønes, 2006, Torsteinsson, 2007). Et kjennetegn ved ungdom er at skolen og elevrollen definerer hovedstatus. Skolen bringer de unge i kontakt med hverandre og er en kilde til etablering og vedlikehold av vennskap, kjennskap og sosiale nettverk (Heggen, Jørgensen & Paulgaard, 2003). Man får sosiale relasjoner på nye arenaer, og det er avgjørende at man klarer å etablere seg og få tilhørighet i andre sammenhenger enn familien. Her må man gjøre seg fortjent til oppmerksomhet og anerkjennelse (Torsteinsson, 2007).

Jevnaldermiljøet står sterkt og er en viktig del av ungdommenes liv. Inn i dette miljøet har hver enkelt med seg sin egen bagasje, eller det Pierre Bourdieu kaller symbolsk kapital. Denne kapitalen handler om kunnskaper, ferdigheter og væremåter, eller handlingsrepertoar som betraktes som verdifulle. De som bestemmer hvilken form for kapital som verdsettes er gjerne de dominante i gruppen, eller det sosiale feltet, som Bourdieu kaller det. Hvis man har feil kapital kan det føre til utstøting og marginalisering. Marginalisering dreier seg om prosesser der de valgene man gjør har fått konsekvenser som mange vil oppfatte som uheldige. Valg som kanskje har ført til at man er skjøvet ut av viktige sosiale arenaer i samfunnet og inn i risikosituasjoner eller uheldige livsløp (Heggen et al., 2003).

Alle barn og ungdommer vokser opp i systemer. Helheten i disse systemene gjør dem bedre eller dårligere rustet til å takle endringer, påkjenninger og utfordringer i livet. Urie Bronfenbrenner er opptatt av betydningen av sammenheng og helhet i oppvekstmiljøet, og kaller sin teori for utviklingsøkologisk systemteori. Den kombinerer utviklingspsykologisk forståelse med en økologisk tenkemåte. Man kan derfor betrakte individets oppvekstmiljø som et sett av mindre delsystemer som er kjedet sammen og er avhengige av hverandre. Store endringer på en arena, for eksempel i familien, kan få store ringvirkninger på andre arenaer (Aagre, 2003). En skilsmisse kan for eksempel få konsekvenser for skoleprestasjonene. Individet er aktør i et samspill hvor man både påvirker og blir påvirket. Det kan innebære at man utvikler ulik kompetanse på de forskjellige arenaene og dermed fremstår med forskjellige reaksjonsmåter og atferd alt

etter hvilken arena man befinner seg på. På den måten kan man ha en akseptabel atferd i hjemmet og en uakseptabel atferd på skolen eller omvendt (Overland, 2007).

Redselen for ikke å være bra nok og ikke å gjøre de riktige tingene er fremtredende på mange områder når ungdom er på jakt etter de riktige kulturelle kodene for hvordan man skal te seg (Torsteinsson, 2007). Paul Willis fokuserer på den betydningen livsstil har for ungdom og legger stor vekt på de kulturelle uttrykk som skapes i egne miljøer. Ungdoms mangfoldige væremåter og evne til å skape mening i forhold til sine fysiske omgivelser og sine sosiale handlinger kaller han symbolsk kreativitet. Willis mener livsstil skapes gjennom ungdoms aktive forhold til forbruk og populærkultur, hvor den betydning de tillegger klær, popmusikk, dans, filmer og dataspill er en viktig ingrediens (Aagre, 2003). Anthony Giddens sier at individene holder seg til miljøer som bekrefter deres livsstil, og holder seg borte fra miljøer som er fremmede for dem (Krange og Øia 2005). Giddens begrep refleksivitet, innebærer å se seg selv utenfra, å betrakte sine egne handlinger, sin egen tenkning og sine egne relasjoner. Begrepet peker på en bevissthet og kunnskap som virker på institusjonene og på individet i det senmoderne samfunnet (Aagre, 2003).

Det utvikles nye kriterier for vellykkethet i egen aldersgruppe og prestasjonskravene kan komme til uttrykk på mange måter. Man bør gjøre det bra på skolen, være midt i en populær vennegjeng og i det hele tatt ha styring på livet sitt. Relasjonene til det andre kjønn øker i betydning, og den som var veltilpasset kan plutselig finne seg selv i utkanten av de betydningsfulle nettverkene rundt seg. Psykisk helse viser seg å være et tabuområde for ungdom, og psykiske problemer betyr at man ikke har styring på livet sitt. Det viser seg at alle synes psykiske problemer er verre enn fysiske og det å få et psykisk problem er totalt tabu. De vet heller ikke hva de skal gjøre hvis de får det, men forventer at noen skal ta tak i dem og veilede dem (Torsteinsson, 2007).

2.2.1 Utvikling og mestring.

Selv om ungdomstidens utvikling har mange fellestrekk, vil faktorer som pubertetstiming, familieforhold, vennskap, skole, samfunn og kultur lede til at ethvert individuelt utviklingsforløp får sin unike profil. Det er derfor viktig og forholde seg til hver enkelt ungdom samtidig som man har en grunnleggende forståelse av de felles utfordringer og utviklingsoppgaver som hører ungdomstiden til (Kvalem og Wichstrøm, 2007).

I tillegg til den fysiske utviklingen skjer det en betydelig utvikling i ungdommenes hjerne i puberteten. Hjernens funksjon, for eksempel kognisjonen, blir påvirket av forandringer i hjernens struktur. Den kognitive utviklingen står for utvikling av hukommelse, informasjonsbehandling, iaktakelse og oppmerksomhet, vurderings- og beslutningsprosesser. Utviklingen i hjernen er også et resultat av en erfaringsprosess fordi trening og erfaring virker inn på hvilke koblinger som styrkes og svekkes (ibid).

Utviklingen gjør personen i stand til å reagere på og tilpasse seg omgivelsene på en adekvat måte, bl.a. evne til å planlegge, forberede og gjennomføre handlinger, å vurdere konsekvenser, selvrefleksjon, å modulere nivået av en aktivitet og å integrere atferd, bl.a. i forhold til risikotakning, og å samordne tanker, følelser og handlinger (Chambers et al., 2003, Steinberg, 2005, sitert i Kvalem og Wichstrøm, 2007).

Den kognitive utviklingen tar tid og pågår gjennom hele ungdomstiden og inn i voksen alder (Kvalem og Wichstrøm, 2007). En viktig kognitiv forandring i denne perioden er dreiningen fra konkrete beskrivelser av en selv og andre til et økende fokus på det som ikke kan observeres direkte fordi det skjer på innsiden (Torsteinsson, 2007). Det påpekes av enkelte at det kan oppstå et gap mellom takten på den fysiske modningen og den hjernemessige/ kognitive utviklingen. Mange er altså ikke spesielt godt kognitivt rustet til og hankses med de følelsesmessige og atferdsmessige utfordringene de møter i ungdomstiden (Kvalem og Wichstrøm, 2007).

Innen behandlingsfeltet kan en se en økende interesse for utvikling av teorigrunnlag for en mestrings- og utviklingsfremmende praksis. Dette er særlig relevant i forhold til ungdom, fordi ungdomstiden er en periode i livet som stiller store krav til håndtering av

ytre og indre forandringer. Den indre verden er preget av reorganisering av affekter, kognisjon og handlingsmønstre (Sundet, 2000, sitert i Langaard, Tidsskrift for ungdomsforskning 2006, 6(2):25-40). Samtidig strever ungdom med å utvikle ny kompetanse og ferdigheter tilpasset sitt nye utviklingstrinn. Dette kan føre til en opplevelse av indre kaos og manglende kontroll over livet. Derfor vil det være av stor betydning, både utviklingsmessig og i forebyggende forstand, å vektlegge en strategi som støtter opp under en indre følelse av kontroll (Langaard, 2005).

Utvikling og mestring er begreper som er tett knyttet til hverandre. Daniel Stern antar i sin utviklingspsykologiske modell at kognitiv og emosjonell utvikling skjer i samhandling med omgivelsene. Barnet er aktivt deltagende i egen utviklingsprosess og modellens vektlegging av det affektive samspillet anses som særlig relevant i forståelsen av ungdom. I spedbarnstiden er det foreldrene som regulerer barnets følelsesmessige tilstand, mens det i ungdomstiden forventes at man selv er i stand til å regulere sine affekter. Affektregulering henger også nøye sammen med det relasjonelle, fordi det er gjennom samhandling ungdommen lærer å utvide sitt følelsesmessige repertoar (Kari Langaard, Tidsskrift for ungdomsforskning 2006, 6(2):25-40)

Det er et genuint menneskelig behov å ville mestre. Mestring oppøves ved utprøving av ferdigheter, og skolen er et egnet sted for å prøve seg gjennom konkurranse i forhold til seg selv og til andre. Alle elever vil få mangfoldige erfaringer og vil påvirkes av hendelser, sosial akseptering og den kulturen de møter i hverdagen (Wormnes & Manger, 2005).

Man kan finne flere definisjoner på mestring: *"Vi definerer mestring som kognitive og adferdsmessige bestrebelsler, som er under konstant forandring og søker at håndtere spesifikke ydre og/ eller indre krav, der vurderes at være plagsomme eller at overskride personens ressurser"* (Lazarus, 2006 s.139). Den neste definisjonen er mer tilpasset ungdom og kanskje riktigere for denne oppgaven: *"Mestring er det repertoaret av handling, følelses- og tankerresponsen ungdom har tilgang til for å håndtere problematiske situasjoner i dagliglivet under bestemte omstendigheter"* (Frydenberg 1997 i Langaard, Tidsskrift for ungdomsforskning 2006, 6(2):25-40).

Mestring og evne til selvstendighet vil øke med alderen, men vi vil likevel fortsette å være avhengig av andre mennesker og de relasjonene vi knytter til oss (Bjørge Røed Hansen, i Guldbransen, s178-179).

2.3 Helsefremmende og forebyggende arbeid.

Med helsefremmende arbeid forstås tiltak som skal bedre forutsetningene for god helse og ta sikte på å fremme trivsel, velvære og mulighetene til å mestre de utfordringer og belastninger mennesker utsettes for i dagliglivet. Med forebyggende arbeid forstås tiltak som rettes mot å redusere sykdom eller skader, og/eller risikofaktorer som bidrar til sykdom, skader eller for tidlig død (FOR 2003-04-03 nr 450, Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten).

Det er vanlig å dele det forebyggende arbeidet inn i tre områder:

- *Primærforebyggende arbeid* som retter seg mot alle. Eks. vaksiner mot smittsomme sykdommer, kostholdsveiledning, ulykkesforebyggende arbeid.
- *Sekundærforebyggende arbeid* i tilfelle der problemet, skaden eller sykdommen foreligger. Målet er å oppdage dette så tidlig som mulig slik at videreutvikling eller tilbakefall kan unngås eller holdes under kontroll. Eks. målrettet arbeid mot grupper av elever i skolen, oppsøkende virksomhet til sårbare målgrupper.
- *Tertiærforebyggende arbeid* som retter seg mot personer som har sykdom, skade eller lyte, med sikte på å hindre forverring av eksisterende problem, eks. koordinering av tjenester til barn og unge med psykiske eller fysiske handikap (ibid).

Med forebyggende psykososialt arbeid menes tiltak som fremmer gode mellommenneskelige, sosiale og miljømessige forhold for å forhindre psykiske plager/sykdom og problemskapende atferd. Forebyggende psykososialt arbeid er nå en forskriftsfestet oppgave i kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, og tjenesten har en sentral og viktig rolle i

forebyggende psykososialt arbeid. Helsestasjons-og skolehelsetjenestens tilbud, arbeidsmetoder og organisering gir et godt utgangspunkt for tidlig identifisering og oppfølging av barn, ungdom og familier med psykososiale problemer (FOR 2003-04-03 nr 450).

Forebyggende tiltak retter seg ofte mot fenomener som bare er en del av problematikken. Slike deler er for eksempel rusmisbruk, vinningsforbrytelser eller voldsforbrytelser. Man overser dermed at sosiale fenomener henger sammen og vanskelig kan ses atskilt fra hverandre (Øia, 2000). En forutsetning for forebygging er planlegging, helhetsperspektiv og tid. Skippertaksmentalitet og panikkreaksjoner, gir sjelden gode resultater (Helland og Øya, 2000).

Nasjonale retningslinjer fastslår at skolen skal fremme god helse og bidra til en positiv personlig og sosial utvikling hos elevene. Gjennom dette skal man forebygge forhold som rusproblematikk, psykiske problemer, kriminalitet og lignende. I opplæringslovens § 9a heter det at alle elever i grunnskole og videregående opplæring har rett til et godt fysisk og psykososialt miljø som fremmer helse, trivsel og læring. Dette underbygges i det nye Læreplanverket for Kunnskapsløftet der det i flere av fagplanene påpekes at elevene skal utvikle en helsefremmende livsstil og lære å ta vare på egen psykisk og fysisk helse. Det fastslås at sosial- og helseforebyggende arbeidet skal foregå i et nært samarbeid med hjemmet (Utdanningsdirektoratet, 2006).

Et godt fungerende læringsmiljø har et vesentlig potensial for å påvirke en rekke beskyttende faktorer. Slike faktorer er bl.a.: læring av sosial kompetanse, evne til å motstå gruppepress, god selvtilit, positiv selvfølelse, evne til å mestre problemer, evne til å vurdere og til å ta beslutninger, kunnskaper om risiko og skadevirkninger, etablering av gode relasjoner mellom elev og lærer, samarbeid mellom hjem og skole, tilrettelegging for fysisk aktivitet, utvikling av positive jevnalderrelasjoner, klasse-/gruppeledelse, prinsipper for differensiering av undervisningen og elevmedvirkning (Nordahl m.fl. 2003).

Tilsvarende er det også et sett med risikofaktorer knyttet til skolen. Et skolemiljø preget av mange elever med liten skolemotivasjon, lave gjennomsnittsprestasjoner og “antiskole”-holdninger framstår som sentrale risikofaktorer. Andre risikofaktorer er: manglende plan for det forebyggende arbeidet, uklare regler, ikke-støttende klassemiljø, dårlige relasjoner mellom lærer og elev, lite elevengasjement i undervisningen og svak lærerkompetanse (ibid).

Liten grad av elevinnflytelse, liten støtte fra lærerne og få krav til elevene ser ut til å ha en sammenheng med høyere konsum av tobakk og alkohol (Bremberg, 2002 i Utdanningsdirektoratet 2006). Studier viser at i skoler med lav problemforekomst, er forekomsten av beskyttelsesfaktorer dobbelt så høy som i skoler med høy problemforekomst. Beskyttende faktorer er videre at skolelederen blir oppfattet som en pedagogisk leder, at lærerne tydeliggjør sine forventninger overfor elevene, og at elevene opplever at de har mulighet til å påvirke sin egen situasjon. Forskning viser også at stor grad av fritidsvirksomhet blant elevene er vanligere på skoler med lav problemforekomst (ibid).

Nasjonalt råd for prioriteringer i helsevesenet anbefaler å prioritere tidlig intervensjon innen det psykiske helsevernet for barn. Dette innebærer både å identifisere barna som står i fare for å utvikle psykiske problemer, og å tilrettelegge for egnete tilbud (FOR 2003-04-03 nr 450).

En del barn og ungdom med flyktning- og asylbakgrunn har vært utsatt for store traumatiske påkjenninger, og vil derfor ha behov for spesielle tiltak og oppfølging. I det forebyggende psykososiale arbeidet bør helsestasjons- og skolehelsetjenesten være særlig opptatt av grupper med spesielle behov. Dette gjelder både barn, ungdom og familier i risikogrupper, og barn og ungdom som allerede har psykiske lidelser eller problemer (ibid).

2.4 Kommunens ansvar i det forebyggende helsearbeidet i skolen.

Larvik har en visjon som sier:

”I Larvik kommune skal alle barn og unge, gjennom trygg tilknytning og tilhørighet i familie og nettverk, oppleve glede, mestring og medvirkning.” (Plan for psykisk helsearbeid Larvik kommune 2007 – 2010).

Kommunehelsetjenesteloven sier at:

”Kommunen skal ved sin helsetjeneste fremme folkehelse og trivsel og gode sosiale og miljømessige forhold, og søke å forebygge og behandle sykdom, skade eller lyte. Den skal spre opplysning om og øke interessen for hva den enkelte selv og allmennheten kan gjøre for å fremme sin egen trivsel og sunnhet, og folkehelsen” (Kommunehelsetjenesteloven § 1-2.).

Opplysningsvirksomhet er nevnt som en av de obligatoriske deltjenestene (§1-3).

Kommunene har et selvstendig ansvar for å organisere sin virksomhet på en hensiktsmessig måte, tilpasset lokale behov, så lenge kravet til forsvarlighet i henhold til lov og forskrift oppfylles, jf. tilsynsloven og helsepersonelloven. Forskriften om kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten vektlegger muligheten til en fleksibel organisering av helsestasjons- og skolehelsetjenesten som ivaretar samordning og helhetsperspektiv. Hensikten er å styrke det totale tilbudet til barn og unge 0-20 år, som er en lovpålagt tjeneste. Et prioritert område i opptrappingsplanen for psykisk helse er å styrke helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Det psykososiale arbeidet innenfor denne virksomheten skal økes. Tjenesten skal være et lavterskeltilbud, og det stilles krav til tilgjengelighet for alle grupperinger innenfor målgruppene. I Stortingsmelding 16, 2002-2003, ”Resept for et sunnere Norge”, er det lagt sterke føringer for videreutvikling av helsestasjons- og skolehelsetjenesten som et viktig tiltak for å fremme barn og unges helse. Gjennom kontakten med nær alle familier, barn og ungdom sikrer tjenesten hele befolkningen

tilbud om vaksiner, helseundersøkelser og informasjon om hvordan forebygge sykdom og skader, og støtte til mestring og positiv utvikling (Sosial og helsedirektoratet, 2004).

Larvik kommunes ”Plan for psykisk helsearbeid 2007-2010” sier noe om satsningsområder, utfordringer og tiltak i kommunen. Det refereres fra denne planen i de følgende avsnittene.

Kommunen vil sikre at den har tilstrekkelig spisskompetanse innen psykisk helse for å sikre riktig tiltak og tilbud om behandling i oppstarten av et problem, ved lettere psykiske lidelser og i tilrettelegging ved etablerte lidelser. De fremhever ”Opptrappingsplan for psykisk helse 1999 – 2006” hvor Sosialkomiteen i Stortinget i sin innstilling til opptrappingsplanen sier følgende:

«Det understrekes at forebyggende tiltak er sentralt når det gjelder psykiske lidelser, og at primærforebyggende tiltak må vies stor oppmerksomhet i de kommunale planene. Det framholdes som særlig viktig å ha høy beredskap i ungdomsskolene og de videregående skolene.» (Plan for psykisk helsearbeid Larvik kommune 2007 – 2010, s.23).

Larvik kommune har listet opp flere utfordringer de mener at kommunen har. Blant disse finner vi bl.a. frafall fra videregående skole, ungdom med psykiske plager søker ikke hjelp, og tidlig oppdagelse av psykiske lidelser. Blant tiltakene finner vi bl.a. videreføring av midler til helsestasjon for ungdom (ibid).

Sosial- og helsedirektoratets faglige retningslinjer gir uttrykk for hva som anses som god praksis på utgivelsestidspunktet. Faglige retningslinjer er i prinsippet å anse som anbefalinger og råd, og skal bygge på god, oppdatert faglig kunnskap. Faglige retningslinjer er ikke direkte rettslig bindende for mottakerne, men kan langt på vei være styrende for de valg som skal tas. Ved å følge oppdaterte faglige retningslinjer vil fagpersonell bidra til å oppfylle kravet om faglig forsvarlighet i forhold til lovverket. Dersom en velger løsninger som i vesentlig grad avviker fra de faglige retningslinjene, bør dette dokumenteres og begrunnes. Den viktigste utfordringen i barnehelsearbeidet i

dag er å bygge ut et lavterskeltilbud til barn og unge i kommunene. Et fullt utbygd psykisk helsetilbud i skolen, ved helsestasjonene og i barnehagen må bli selve grunnmuren i det psykiske helsearbeidet blant barn og unge (FOR 2003-04-03 nr 450. Kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjon og skolehelsetjenesten. Veileder til forskrift av 3.april 2003 nr. 450, IS-1154).

2.5 Skolehelsetjenestens mandat.

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten skal bidra til å forebygge sykdom og fremme god fysisk og psykisk helse hos blivende foreldre og barn og ungdom fra 0-20 år. Tjenesten er lovfestet som et viktig tiltak i kommunene for å bidra til å sikre barn og ungdom et godt oppvekstmiljø, og skal være et kraftsenter for helse og oppvekst i kommunene.

Forskriften vektlegger behovet for å utvikle en helhetlig og integrert helsestasjons- og skolehelsetjeneste for befolkningsgruppen 0-20 år. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten må sees i sammenheng slik at ressursene kan utnyttes på en best mulig måte.

Formålsparagrafen i forskriften har tre ledd som viser at kommunen gjennom helsestasjons- og skolehelsetjenesten skal ivareta det helhetlige forebyggende og helsefremmende arbeid. Fremme psykisk og fysisk helse, fremme gode sosiale og miljømessige forhold og forebygge sykdom og skade. Forskriften omfatter alt helsefremmende og forebyggende arbeid på helsestasjonene, i skolehelsetjenesten eller i regi av helsestasjons- og skolehelsetjenesten (FOR 2003-04-03 nr 450).

Skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom er et lavterskeltilbud i barn og unges eget miljø. Gjennom tilknytningen til skolen har skolehelsetjenesten potensial til å nå barn og unge i alle sosiale grupper. For ungdom er det viktig å ha et sted å henvende seg med sine problemer uten å bestille time og uten å måtte involvere foresatte. Skolehelsetjenestens kontaktflate mot alle barn er spesielt verdifull i arbeidet for å redusere sosiale helseforskjeller. I tillegg til å gi elevene et tilbud i skolehelsetjenesten, kan tjenesten henvise til spesialisthelsetjeneste eller ta kontakt for forsterket støtte av andre tjenester i kommunen. Dette betyr at en velfungerende skolehelsetjeneste også er viktig for at det øvrige kommunale hjelpeapparatet skal kunne fungere tilfredsstillende. I svært mange av landets kommuner er kapasiteten i skolehelsetjenesten for dårlig utbygd. Særlig i

videregående skole er tilbudet begrenset. Dersom barn og unge skal oppleve tjenesten som et lavterskeltilbud og skolehelsetjenesten skal kunne fange opp barn og unge med problemer, må kapasiteten utvides ved at det ansettes mer personell. En bedre utbygd skolehelsetjeneste kan bidra til at de som trenger det mest enten får hjelp i kommunehelsetjenesten eller andre kommunale tjenestetilbud, eller henvises til spesialisthelsetjenesten. Slik vil tjenesten bidra til å redusere sosiale forskjeller i bruk av helsetjenester. Regjeringen vil derfor videreutvikle og styrke skolehelsetjenesten. Det skal gjøres en vurdering av situasjonen i dag og hva som bør være kapasitet og innhold i tjenesten framover (St.meld. nr. 20, 2006-2007).

God tilgjengelighet kjennetegnes ved kort ventetid og ”publikumsvennlige åpningstider”. Geografisk og fysisk lokalisering av tilbudet er også viktig for hvor god tilgjengeligheten til tjenesten er. Noen grupper som må ivaretas spesielt i forhold til tilgjengelighet er for eksempel: personer med psykiske problemer, eks. dårlig selvbilde, angst/ depresjon, personer med fysisk funksjonsnedsettelse, eks. rullestolbrukere og barn og ungdom med minoritetsbakgrunn. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten kan for mange være den eneste tilgjengelige arena for å ta opp spørsmål og problemer knyttet til helse, problemer knyttet til det å være etnisk og språklig minoritet, og problemer knyttet til dobbel eller blandet kulturell tilhørighet (FOR 2003-04-03 nr 450).

For skoleelever er det viktig at ansatte i skolehelsetjenesten er tilgjengelige på skolen. Elevene må vite når, hvor og hvordan de kan komme i kontakt med helsetjenesten, slik at det blir så enkelt som mulig når de har behov for helsehjelp. Skolehelsetjenesten kan komme tidlig inn og hjelpe elevene med problemer de synes det er vanskelig å ta opp med foreldre eller lærere. Ansatte i skolehelsetjenesten må være inkludert i skolemiljøet for å kunne samarbeide med elever, lærere, foreldre og andre om å identifisere og ivareta elever som har helseproblemer som har sammenheng med skolesituasjonen (ibid).

Skolen har også et ansvar for ungdommenes helse gjennom kunnskapsløftet. En elev må føle trygghet og trivsel for å kunne lære og å tilegne seg ny kunnskap og arbeidet for å

skape et godt læringsmiljø krever en helhetlig og vedvarende innsats fra hele skolesamfunnet, og det er nødvendig med et bredt samarbeid (Kunnskapsdepartementet).

Helsefremmende og forebyggende innsats overfor ungdom påpekes i nasjonale mål og en rekke statlige dokumenter. Til enhver tid har ca. 10 - 20 prosent av de unge så store problemer med angst, depresjon, psykosomatiske lidelser, atferdsproblemer eller rusproblemer at det går ut over deres daglige fungering, og ca 4 -7 % av barn og unge har behov for behandling. Det vil si at i en gjennomsnittlig 10.klasse er det 6 elever som har en eller flere helseplager daglig (FOR 2003-04-03 nr 450).

I alderen 16-20 år tilbys individuelle helseundersøkelser, veiledning og rådgivning ved behov. Forøvrig gis helseopplysning i grupper (skoleklasser). Kunnskap om minoritetsgruppens helseforhold er viktig for helsepersonell som har utstrakt kontakt med brukerne. Helsepersonell må settes i stand til å møte disse utfordringene i sin hverdag gjennom kunnskap, metode og kompetanseheving (FOR 2003-04-03 nr 450).

Helsestasjon og skolehelsetjenesten bør være en ressurs i arbeidet med minoritetsgrupper. To viktige utfordringer er forebygging av tvangsekteskap og forebygging av kvinnelig omskjæring. I fl. g. norsk lov er omskjæring av kvinner forbudt. Helsepersonell og andre definerte yrkesgrupper har en straffesanksjonert plikt til å søke å avverge kjønnslemlestelse. Avvergelsesplikten er hjemlet i lovens § 2 og sier at helsepersonell, yrkesutøvere og ansatte i barnehager, skoler, skolefritidsordninger, helse- og sosialtjenesten og trossamfunn samt forstandere og religiøse ledere i trossamfunn har plikt til å søke å avverge en kjønnslemlestelse. Dette kan gjøres ved å melde fra til barnevernet. Dersom det er fare for at kjønnslemlestelse vil skje i umiddelbar fremtid, skal saken meldes til politiet (telefon 02800, nødnummer 112). Det er straffbart ikke å overholde denne plikten. (LOV 1995-12-15 nr 74: Lov om forbud mot kjønnslemlestelse. Helse og omsorgsdepartementet.)

2.6 Helsesøsters mandat.

Lov om helsesøstertjenesten kom i 1957, men den ble opphevet da Lov om helsetjenesten i kommunene (1982) trådte i kraft i 1984. Helsetjenesten skal i henhold til denne loven fremme helse og forebygge sykdom, skade eller lyte. Helsesøstertjenesten er en lovpålagt tjeneste innenfor kommunehelsetjenesten og helsesøsterutdanningen kvalifiserer for tilsetning i helsesøsterstilling. De virksomhetsområder som listes opp i loven og som tradisjonelt har vært knyttet til helsesøsteropp-gaver er helsestasjonsvirksomhet, helsetjenester i skoler, opplysningsvirksomhet og miljørettet helsevern.

Helsesøstertjenesten har et selvstendig ansvar for ivaretagelse av sine arbeidsoppgaver. Helsesøster skal være kvalifisert til å planlegge, igangsette, gjennomføre og utvikle helsefremmende og forebyggende arbeid i kommunehelsetjenesten. Helsesøsters helsefremmende og forebyggende arbeid retter seg mot å bygge opp rundt menneskets iboende ressurser, og å utvikle og opprettholde støttende nærmiljø/lokalsamfunn. Dette innebærer ressursorientering og løsningsfokusering i forhold til brukerne (Høgskolen i Telemark).

Forebyggende arbeid fikk en videre betydning og oppmerksomhet gjennom WHO's strategi "Helse for alle år 2000." WHO's prinsippnotat (Ottawa-charteret fra 1986) definerer det helsefremmende arbeid som "den prosess som selv gjør folk i stand til å få økt kontroll over og forbedre sin helse." Følgende grunnprinsipper blir framhevet: å bygge opp en sunn helsepolitikk, å skape et støttende miljø, å styrke lokalmiljøets muligheter for handling, å utvikle brukernes personlige ferdigheter, å tilpasse helsetjenestene til brukerne. I Norge er denne planen fulgt opp ved flere offentlige meldinger [St. meld. nr. 41 (1987-88) "Helsepolitikken mot år 2000 - Nasjonal Helseplan"] (ibid).

2.7 Tidligere forskning

Søk i databasene Bibsys, Norart, og Eric i perioden 2001-2009 med forskjellige søkeord, som skolehelsetjeneste, ung+helsesta, youth+communication+interpersonal relations, health+visitor+youth, gir ingen treff på akkurat denne type problemstilling. Jeg har også søkt på Ungforsk, Helsebiblioteket.no, Kunnskapssenteret, Forskning.no, Regjeringen.no samt Google. Et uttall av søkeord kombinasjoner som kunne være aktuelle i forhold til oppgavens problemstilling er forsøkt. Søkene viser at det er lite konkret forskning på ungdom og skolehelsetjenesten, spesielt om de eldre ungdommene på videregående skole. Det finnes også lite konkret litteratur som treffer dette emnet spesielt. Dette bekreftes i en del av de artiklene og de forskningsresultatene som er funnet. På internasjonalt nivå finnes det heller ikke noe så langt jeg har kunne finne.

Skre et al., 2007 ved Institutt for psykologi ved Universitetet i Tromsø har foretatt en studie som heter:

Mestring hos ungdom: Validering av en norsk oversettelse av Adolescent Coping Orientation for Problem Experiences.

A-cope er et måleinstrument som kartlegger hvordan ungdommer mestrer problemer. Flere undersøkelser har vist at biologiske og miljømessige stressorer har betydning for ungdoms helse. Denne studien viser at den unges mestringsstrategier har stor betydning for deres tilpasning og psykiske helse, og at det er en sammenheng mellom mestringsstrategier og psykologisk utvikling. Funnene viser at det er forskjell på hvilke mestringsstrategier jenter og gutter velger når de opplever vanskelige situasjoner. Jentene tyr, i større grad enn guttene, til andre og har en tendens til å snakke seg gjennom vanskelige situasjoner. Mens guttene, oftere enn jentene, avleder seg selv ved å spille spill, se film eller trene. Begge mestringsstrategiene synes imidlertid, ut ifra studien, å være funksjonelle mestringsstrategier. Jentene i utvalget har også for vane å tenke negativt oftere enn guttene. Negativ tenkning forbindes gjerne med nedstemthet og depresjon og funnet er i tråd med undersøkelser som viser høyere forekomst av depresjon hos jenter enn hos gutter. Man fant ingen kjønnsforskjeller i forhold til resiliens (Tidsskrift for Norsk Psykologforening, Vol 44, nummer 3, 2007, s. 236-247).

Anne Marie Undheim har skrevet en doktoravhandling ved NTNU i 2008, som heter;

Dårlig lærerkontakt gir nedtur.

Her har hun sett på forholdet mellom depressive symptomer og ulike forhold i skolen. Doktorgradsarbeidet har tatt for seg materialet fra undersøkelsen ”Ungdom og psykisk helse”, hvor 2500 skoleelever i 8. og 9. klasse har svart på en omfattende undersøkelse to ganger, med ett års mellomrom, i 1998 og 1999. Studien viser at det er viktig å oppdage og gi tidlig hjelp til ungdom som viser depressive symptomer, for det ser ikke ut til at problemene går over av seg selv. Det viser seg at lærernes egen relasjon til elevene er av stor betydning. Spesielt for jentene er den opplevde støtten fra lærerne viktig. Kjønnforskjellene er store i undersøkelsen og jentene forteller om flere og mer alvorlige symptomer. For jentene var det tre ulike skolefaktorer som forutsa depressive symptomer året etter, nemlig lærerstøtte, skolestress og karakterer, i tillegg til nivå av depressive symptomer året før. Hos guttene var det imidlertid bare nivå av depressive symptomer året før som var avgjørende for nivået av depressive symptomer året etterpå. Undheim forteller om undersøkelser fra flere land som tyder på at depressive symptomer øker hos jenter i tenårene, mens de gjerne står stille for guttene.

Kristin Olaisen, ved BUP Oslo, har drevet et prosjekt i 2007, som heter;

Ungdom og utviklingsfremmende samtaler – et utviklingsprosjekt.

Prosjektet konkluderer med en nødvendighet av at ungdom får lavterskeltilbud i forhold til psykisk helse. Man erfarte at skolehelsetjenesten, i samarbeid med skolens ansatte, kunne utføre meningsfylt forebyggende psykisk helsearbeid gjennom direkte bidrag inn i skolens øvrige aktiviteter og fag. Det ble også klart at det fortsatt er mye å hente for skolehelsetjenesten ved å prioritere samarbeid på systemnivå med andre viktige instanser omkring ungdommene, så som foreldre, lærere, rådgivere, pp-tjenesten, BUP, DPS og barnevern.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten har utgitt en rapport i 2004, som heter:

Helseprofil for barn og ungdom i Akershus – Ungdomsrapport.

Hovedtendensen i rapporten er bl.a. at de fleste unge har det temmelig bra, men vi finner også mindre grupper som kjennetegnes av en rekke problemer og plager. Jentene rapporterer i større grad at de er slitne og at de blir stresset av skolearbeidet. Guttene har et høyere forbruk av rusmidler, er i betydelig større grad involvert i ulovlige handlinger og er mer utsatt for vold og trusler. De som har en dårlig fysisk helse, har også i større grad en dårlig psykisk helse, og man ser sammenhenger mellom områder som psykososial helse, rusmisbruk, lav sosial tilhørighet, mistriivsel og usunt kosthold. En av fem beskriver symptomer på emosjonelle vansker, hyperaktivitet eller problemer med jevnaldrende. Ti prosent opplever at disse vanskene har en belastende innvirkning på dagliglivet.

Skolearbeid skaper stress for nesten halvparten av elevene. Over halvparten rapporterer at de er lei og utslitt hver uke eller oftere. Omtrent en tredel er nervøse, føler seg nedfor eller har søvnevansker ukentlig eller oftere.

Hjälmhult, Wold og Samdal har gjort en studie i 2002, som heter:

Skolehelsetjenesten og helsefremmende arbeid: Samarbeid mellom helsesøstre og lærere ved de norske skolene i "Europeisk nettverk av Helsefremmende skoler"

Det konkluderes med at til tross for at et av satsningsområdene i prosjektet har vært å få til et tettere samarbeid mellom skole og skolehelsetjenesten, ser dette ut til å være særlig vanskelig. Et slikt samarbeid ser ut til å være avhengig av at skolen åpner sine dører for helsesøster og inkluderer henne i sin virksomhet. Undersøkelsen viser også at utviklingen av et godt samarbeid kan skje når skolehelsetjenesten er tilgjengelig, markedsfører seg og er til stede i skolen. I et velfungerende samarbeid mellom de to etatene ligger potensialet til økt kompetanse og bedre arbeidsmiljø, en ressurs som også kan fremme arbeidsmiljøet for elevene.

Greta Jentoft har skrevet en Master of Public Health i 2005, som heter;

Tillitsfulle stemmer. Unges møte med helsestasjonen.

Studien viser at ungdom opplever en umiddelbar tillit til helsepersonell. Den peker også på fenomenet tillitssmitte, hvor den enkelte tar med seg sine erfaringer tilbake til vennekretsen og den enes erfaring blir den andres forventning.

Jan-Are K. Johnson har skrevet en doktoravhandling som heter:

Connecting with Ourselves and Others Online: Psychological Aspects of Online Health Communication.

Avhandlingen viser at det kan være lettere å diskutere helseplager på nettet enn med familie og venner. Så mange som 46 % svarer at de tar opp ting på nettet som de ikke diskuterer med sin lege eller terapeut. Johnsen mener det kan tolkes som at diskusjonsgrupper på internett utgjør et supplement til vanlig terapeutisk behandling.

Vegard a. Schancke ved kompetansesenteret ved Nordlandsklinikken har skrevet en rapport i 2005, som heter;

Forebyggende og helsefremmende arbeid, fra forskning til praksis- en kunnskapsoppsummering med råd og anbefalinger.

Rapporten konkluderer med at forskning har dokumentert positive effekter av tiltak både mot røyking, mobbing, alkohol- og annen rusmiddelbruk i Norge. I tillegg finnes effektive tiltak for å styrke den sosiale kompetansen. Rapporten viser at sosiale påvirkningsmodeller/ interaksjonsmodeller/ sosial-kognitive strategier gjennomgående evalueres positivt. Det er dokumentert at slike tilnærminger har muligheter for å påvirke faktorer som har vist seg å ha stor betydning som prediktorer for rusmiddelbruk blant barn og unge. De viktigste prediktorene er verdier, sosiale normer, personlige forpliktelser, mestrings- og resultatforventninger. Forskningsresultatene knyttet til disse problemstillingene viser at det er relasjonelle variabler som bør være i fokus når effektiv forebygging skal planlegges.

3 METODE

Å utvikle forståelsen av fenomener knyttet til personer og situasjoner i deres sosiale virkelighet, er et overordnet mål for kvalitativ forskning. Det handler om å få en dypere innsikt i hvordan mennesker forholder seg til sin livssituasjon, eller livsverden (Dalen, 2004). All forståelse er bestemt av en førforståelse, som omfatter meninger og oppfatninger vi på forhånd har i forhold til det fenomenet som studeres (Wormnæs, 1996).

3.1 Oppgavens design.

Kvalitativ forskning anvender ulike tilnærminger i analysen av det empiriske materialet, men felles for dem alle er den fortolkende tilnærmingen til datagrunnlaget. Virkeligheten blir mangfoldig gjennom at mennesker skaper eller konstruerer sin sosiale virkelighet, som igjen gir mening til egne erfaringer. Virkeligheten blir avhengig av den som ser, men samtidig har mennesker noe felles i sine erfaringer som også påvirker vår oppfatning og forståelse av virkeligheten (Dalen, 2004).

Hermeneutikk betyr ”læren om tolkning”. Det sentrale i hermeneutikken er å fortolke et utsagn ved å fokusere på et dypere meningsinnhold enn det som umiddelbart oppfattes. Budskapet må settes inn i en sammenheng eller helhet for å få en dypere liggende mening. Forståelsesprosessen karakteriseres ved at den enkelte delen forstås ut ifra helheten, men også ved at helheten søkes å tilpasses delene (ibid).

Fenomenologi vil si å forsøke å forstå et annet menneske gjennom ”å se det samme” som dette mennesket ser. Det forutsetter at man setter seg godt inn i dette menneskets situasjon eller ”verden”. I fenomenologien er det menneskets subjektive opplevelse som står sentralt (Dalen, 2004).

Denne studien er kvalitativ og med et utforskende og beskrivende design. Min design støtter seg dermed til både hermeneutisk og fenomenologisk filosofi, gjennom å hente beskrivelser fra elevenes livsverden samtidig som jeg forsøker å forstå dette i en sosial og kulturell sammenheng. Kvalitativ forskning utforsker systematisk og grundig

meningsinnholdet i sosiale fenomener slik de oppleves for de involverte. Hensikten er å finne ulike sider ved og vinne større forståelse for fenomen som sosiale reaksjoner, opplevelser, tanker, meninger, motiver og holdninger Utforskende og beskrivende design er en design som er forankret i humanvitenskapen. Denne tar sikte på å forstå mennesket som subjekt og sosialt vesen. Forsker innenfor denne tradisjonen er deltager i det som utforskes, ikke ”nøytral” og objektiv (Malterud, 2003).

3.2 Forskningsfeltet.

Thor Heyerdahl videregående, er landets nest største videregående skole med 1650 elever. Skolen består av flere enheter, lokalisert rundt om i Larvik kommune. I dag er store deler av tidligere bygningsmasse revet og ny storskole er under oppføring. Mange av fagretningene huses i midlertidige lånte lokaler og det er vanskelig å få oversikt over skolen som helhet. Det gir også, naturlig nok, spesielle utfordringer for skolehelsetjenesten, som har sine brukere spredt over hele byen. Det er mye som skjer på Thor Heyerdahl i kjølvannet av byggeprosessen og den planlagte innflyttingen i ny storskole høsten 2009. Det er også mye av grunnen til at skolens ledelse er selektiv i forhold til hva de tar inn av eksterne undersøkelser og forskning. Når jeg likevel har vært så heldig å få innpass for min studie, så er det fordi skolen ser nytten av å undersøke elevenes opplevelse av helsetjenesten slik den har fungert under en krevende byggeperiode. De ønsker å finne mulige forbedringspotensialer inn mot oppstart av ny storskole. De ønsket også evt. å foreta en ny undersøkelse et år inn i den nye skolehverdagen, for å kartlegge de positive endringene de antar vil komme som et resultat av at alle enhetene er samlet under samme tak.

3.3 Utvalg

Med bakgrunn i elevundersøkelsen ved Thor Heyerdahl videregående i -06, ønsket jeg å finne ut hvorfor elevene i Larvik ønsker seg mer kontakt med helsesøster. Utvalget var dermed så godt som gitt.

Jeg begynte med å ta kontakt med skolen, som henviste meg videre til leder for elevtjenesten. Han tok imot min forespørsel og tok den videre til behandling i administrasjonen. Da tillatelsen forelå, ble det avtalt et møte med leder for elevtjenesten, helsesøster og meg selv, hvor jeg fikk presentere mine tanker om hvordan jeg tenkte å gjennomføre undersøkelsen. Representantene fra skolen kom også med sine innspill. Ut ifra skolens interesser og min egen agenda, ble det bestemt å utføre undersøkelsen i to klasser.

Utvalg av de to klassene ble foretatt ved skolens administrasjon og kriteriene for å være informant var at elevene var over 18 år og samtykkekompetente. Skolen valgte derfor to tredjeklasser fra VG 3, allmenn påbygging for yrkesfag . Mange av disse elevene var også med på forrige undersøkelse i 06, og gikk da første året. De har i tillegg tre års erfaring i forhold til å mene noe om helsetjenesten ved skolen. Kjønn er tilfeldig fordelt i klassene, med 25 jenter, og 22 gutter. Antall besvarelser ble til sammen 47.

Leder for elevtjenesten ringte et par dager senere og opplyste om dato for møte med lærerne, samt at dato for undersøkelsen var satt til påfølgende uke. Jeg møtte lærerne til avtalt tidspunkt, og det viste seg at de ikke var informert om noe annet enn at de skulle snakke med meg om noe som hadde med helse å gjøre. Jeg informerte om prosjektet og hvordan jeg tenkte det gjennomført i klassene. Det viste seg at den datoen som var satt av til undersøkelsen passet dårlig i begge klassene. Det ble derfor bestemt å gjennomføre undersøkelsen allerede samme dag i den ene klassen og påfølgende dag i den andre klassen, fordi dette passet best i forhold til elevenes timeplan.

3.4 Datainnsamling.

Jeg hadde under hele prosessen tenkt mye på hvilken form for datainnsamling som ville gi de beste svarene til min problemstilling. Jeg bestemte meg tidlig for at jeg gjerne ville innhente informasjon på en slik måte at elevenes stemme kom til uttrykk uten for mye føringer eller påvirkning fra forsker. Jeg ønsket ikke å basere undersøkelsen ene og alene på intervjuer fordi jeg hadde en formening om at det kunne være vanskelig for ungdom i

denne aldersgruppen å åpne seg for en totalt fremmed person. Valget falt derfor på en form for skriftlig arbeid. Dilemmaet var om de skulle skrive fritt ut i fra gitt tema, eller om det skulle legges noen føringer i form av spørsmål. Faren ved å la dem skrive fritt var at beskrivelsene kunne bli for tynne, fordi informantene ikke kom på noe særlig å skrive om bare ut ifra temaet. Mens faren ved å legge føringer med spørsmål var at elevene kunne bli påvirket i en slik grad at svarene ble snevre og lite beskrivende ut ifra egne tanker, følelser og opplevelser. Valget falt til slutt på å skrive fritt sine tanker og meninger om temaet, men i tillegg ble det skrevet opp fire åpne essaylignende spørsmål på tavla som de kunne bruke som utgangspunkt for sine meningsyttringer hvis de ønsket det. De fire spørsmålene var: ”Synes du det er et behov for å ha en helsesøster å rådføre seg med i skolen? Evt. hvorfor/ hvorfor ikke?”, ”Hva er det viktig å kunne snakke om og hvorfor?”, ”Hva er bra/ ikke så bra med skolehelsetjenesten i dag og hva kan gjøres bedre?”, og ”Hva tenker du om å kunne snakke med helsesøster på nettet?”. Målet var å få tak i elevenes tanker og følelser om dagens skolehelsetjeneste og hvilke behov de selv mente å ha.

Elevene ble informert om studien samme dag som gjennomførelsen fant sted, og måtte umiddelbart ta standpunkt til om de ønsket å være med eller ikke, og deretter underskrive samtykkeerklæringen. Spørsmålene ble deretter skrevet på tavla. De som ikke ønsket å være med fikk annet relevant skolearbeid. Datainnsamlingen fant sted i klassenes respektive klasserom i stedet for undervisning. Elevene ble samtidig forespurt om å delta i et dybdeintervju, og kunne melde seg ved å sende en sms til forsker. Jeg ønsket opprinnelig fire personer til intervju, men det meldte seg kun to, hvorpå en trakk seg grunnet sykdom. Det ble derfor foretatt et dybdeintervju i et av skolens lokaler i en midttid, etter avtale med informanten. Intervjuformen var ustrukturert hvor temaet skolehelsetjenesten førte samtalen. Intervjuet ble tatt opp på bånd, med tillatelse fra informanten. Jeg tenkte i utgangspunktet at dybdeintervjuer ville kunne utdype og evt. fylle mangler i elevbesvarelsene. Nå viste deg seg imidlertid at besvarelsene var både utfyllende og personlige med de tanker, følelser og opplevelser som jeg var ute etter. Intervjuet som ble foretatt kom dermed ikke med noe vesentlig nytt i forhold til de skriftlige besvarelsene.

3.5 Ethiske betraktninger.

Studien er godkjent av NSD, og gjennomført i henhold til Helsinkideklarasjonens retningslinjer. Prinsippene om frivillighet og skriftlig informert samtykke ble ivaretatt ved at elevene ble muntlig og skriftlig informert på forhånd og samtykkeerklæring innhentet. De ble informert om at deres anonymitet var sikret, at materialet ville bli slettet når studien var ferdig og at de når som helst kunne trekke seg uten grunn. Materialet ble oppbevart innelåst og utilgjengelig for andre enn forsker.

Ideelt sett burde elevene vært informert noen dager før undersøkelsen skulle finne sted, slik at de fikk god tid til å tenke seg om. Likevel gav alle inntrykk av å forstå hva de skulle være med på, og kun en elev valgte å reservere seg fra undersøkelsen. Informantene var også informert om at de kunne trekke seg når som helst, hvilket ingen i ettertid har gjort.

Jeg hadde tidligere blitt kontaktet av NSD i forbindelse med godkjennelsen av prosjektet, hvor de hadde noen betenkeligheter med at jeg ikke hadde tenkt å innhente tillatelse fra foreldrene før elevene kunne være med i undersøkelsen. Mitt argument for dette er at skolehelsetjenesten, og helsesøster i utgangspunktet er en tjeneste hvor ungdommen er fritatt foreldrenes inngripen og innblanding, og man legger stor vekt på tillit og anonymitet. Vi ble da enige om at den letteste måten å unngå problemet på var å velge tredje klasse elever, fordi de er over 18 år.

Regional komité for medisinsk forskning (REK) ble forelagt prosjektet pr. tlf, hvorpå de bekreftet at denne oppgaven ikke trengte en vurdering fra dem.

3.6 Troverdighet.

De sentrale begrepene i kvantitativ forskning, *valid* og *reliabel*, sammen med kvalitetskriterier og statistiske målemetoder kan ikke direkte overføres til kvantitativ forskning (Malterud, 2003). Kvalitativ forskning må benytte en annen terminologi enn kvantitativ forskning når det gjelder spørsmål om reliabilitet og validitet, sier Dalen (2004).

Ekstern og intern validitet.

Det er den som mottar informasjon fra forskningsresultater som avgjør hvor anvendelig et resultat er for andre situasjoner (Andenæs, 2001, sitert i Dalen, 2004). Materialet er hentet fra den gruppen ungdommer som var ønsket undersøkt. Jeg ønsket deres mening, tanker og følelser omkring temaet skolehelsetjenesten og baserte undersøkelsen på fire spørsmål. I følge Dalen (2004) vil validiteten i datamaterialet styrkes ved at det stilles gode spørsmål som gir informanten anledning til å komme med fyldige uttalelser. Jeg har stilt kun fire spørsmål som jeg mente var essensielle i forhold til å få svar på min problemstilling, og jeg mener jeg har fått fyldige svar fra stort sett alle elevene på de spørsmålene som ble stilt. I de tilfeller jeg skiller på svar fra gutter og jenter, gjør jeg det kun basert på håndskrift og det er således ikke hundre prosent sikkert.

Reliabilitet

Reliabilitet oppfattes av mange som et lite egnet begrep i kvalitativ forskning fordi det vil forutsette at fremgangsmåten ved innsamling og analyse av data skal kunne etterprøves nøyaktig. En måte å nærme seg reliabilitet i kvalitativ forskning er å være veldig nøyaktig i beskrivelsene av de enkelte leddene i forskningsprosessen (Dalen, 2004).

Elevene har ikke måttet svare på spørsmål ansikt til ansikt og har sluppet den nærheten man opplever under et intervju. Det kan for mange være ubehagelig, kanskje spesielt i den alderen disse ungdommene befinner seg, å skulle svare inngående på spørsmål fra en fremmed intervjuer. Informantene i denne undersøkelsen har hatt god tid til å tenke seg om før de svarer, de har kunnet formulere seg skriftlig som de selv ønsker og de har kun hatt fire relevante spørsmål og forholde seg til. I tillegg har besvarelsene vært anonyme,

slik at de skulle kunne være trygge på at ingen andre vet hva hver enkelt har svart, heller ikke forsker.

Elevene virker ærlige i sine besvarelser, og jeg tror at denne måten å svare på har vært et godt valg for denne aldersgruppen. Jeg har kunnet forholde meg til originalmaterialet under hele analysearbeidet og har sluppet de tekniske utfordringene, med muligheter for å høre eller oppfatte feil, som transkribering medfører. Sitatene som brukes i analysedelen er derfor hundre prosent elevenes egne sitater. Det ene intervjuet jeg foretok har ikke blitt transkribert. Det er lyttet til gjentatte ganger og gjort notater underveis.

Refleksivitet

I forhold til mitt materiale er det spesielt tre forhold som kan tenkes å svekke datas troverdighet. Det ene er den veldig korte fristen elevene fikk på å bestemme seg for om de ønsket å være med eller ikke fra de mottok informasjonen. Det andre er at det som skulle være deres egne frie tanker om temaet kan ha blitt påvirket av de fire spørsmålene som ble stilt, og dermed gjort resultatet mer styrt enn ønskelig i forhold til hva elevene snakker om. Det tredje er materialets størrelse. Med tanke på at kvalitative studier sjelden bygger på materialer som består av mange enheter (Malterud, 2003), er 47 et høyt tall. Overførbarheten øker ikke proporsjonalt med antall enheter i materialet, men bygger på andre prinsipper enn omfang. Faren med det store antallet er at analysen kan bli uoversiktlig og virke overfladisk (ibid). Når jeg likevel valgte å gjennomføre med et så stort antall, var det fordi jeg oppfattet at det kunne være nyttig for skolen å få så mange svar. På tross av dette gjorde de fire spørsmålene til at materialet likevel ikke opplevdes som urovekkende stort fordi alle informantene valgte å forholde seg til disse spørsmålene. Materialet var derfor allerede naturlig sortert i fire kategorier og dermed klart til å klassifiseres med nye underkategorier. En råkoding ble dermed overflødig.

3.7 Analyse.

Når vi bruker kvalitative tilnærminger, er målet som regel å utvikle ny kunnskap. Materialet skal lede oss frem til nye beskrivelser, nye begreper eller nye teoretiske modeller, men ikke nødvendigvis i samme prosjekt. Ved å fortolke og sammenfatte det organiserte datamaterialet skal analysen bygge bro mellom rådata og resultater. Vi stiller spørsmål til materialet, med utgangspunkt i problemstillingen, leser materialet ut i fra dette, organiserer og gjenforteller svarene (Malterud, 2004).

Materialet var, som nevnt, allerede naturlig sortert i fire kategorier, og det er gjennomlest mange ganger i sin helhet. Med så mange som 47 informanter, kan man si at metningspunktet kanskje for lengst er overskredet. Det interessante med materialet er at det foreligger så mange "like" svar. At et forholdsvis stort antall elever ser ut til å dele de samme oppfatninger, meninger og følelser om temaet viser en stor enighet blant elevene på tross av at hver enkelt ungdom har besvart spørsmålene uten påvirkning fra noen andre. Om det gjør materialet mer generaliserbart blir opp til den enkelte leser å avgjøre.

4 PRESENTASJON AV FUNN.

I denne analysen har jeg valgt å ta utgangspunkt i de fire spørsmålene jeg stilte ungdommene. De fire spørsmålene lyder som følger:

- Synes du det er et behov for å ha en helsesøster å rådføre seg med i skolen? Evt. hvorfor/ hvorfor ikke?
- Hva er det viktig å kunne snakke om og hvorfor?
- Hva er bra/ ikke så bra med skolehelsetjenesten i dag og hva kan gjøres bedre?
- Hva tenker du om å kunne snakke med helsesøster på nettet?

Spørsmålene er formulert ut ifra hva som kan tenkes å gi svar på oppgavens problemstilling som er følgende:

Hvilken betydning har skolehelsetjenesten for ungdommenes psykiske helse?

- 1. Hva ønsker skoleungdom seg av helsesøster og skolehelsetjenesten?**
- 2. Hva kan kunnskap om ungdommenes ønsker, angående skolehelsetjenesten, bidra med i det forebyggende og helsefremmende arbeidet med skoleungdom?**

Jeg har valgt å presentere funnene under headinger med samme navn som de stilte spørsmålene, fordi jeg tror dette vil gjøre det mer oversiktlig for leseren.

Et overraskende trekk ved besvarelsene, er at 40 av 47 på en eller annen måte snakker om psykiske problemer. Ingen av spørsmålene som ble stilt til informantene legger noen direkte føringer for dette. Av de 7 som ikke tar opp psykiske problemer konkret, er det flere som nevner f.eks.: ”å snakke om div. problemer”, ”ting som man ikke vil snakke med foreldre om”, ”problemer man har og sånt”, ”snakke om dypere ting” osv. Slike svar kan jo også tolkes som problemer som er psykisk relaterte, men trenger heller ikke være det. Av disse 7, er 5 gutter.

Svarene er også veldig like på mange måter. De trekker fram de samme faktorene både når det gjelder det som er bra og det som er mindre bra. Informantene er forbausende enige, både når det gjelder hva de føler og tenker, samt oppfatninger og ideer til hva som kan gjøres bedre i fremtiden. Forskjellene består mest i nyanser og uttrykksmåter og den mest fremtredende forskjellen, er mellom kjønnene. Temaet er på ingen måte diskutert i forkant av undersøkelsen, selv om det nesten kan se slik ut. De har kun fått de fire spørsmålene oppskrevet på tavla.

Det siste spørsmålet, som omhandler det å snakke med helsesøster på nettet, er stilt fordi det fremkommer av en del nyere forskning (Johnson, 2008) at mange føler det enklere å diskutere helse spørsmål på nettet fremfor å ta det opp med helsefagpersoner. Sosial- og helsedirektoratet (2004) peker også på at gutter oftere søker informasjon på nett. Jeg ønsket derfor å undersøke hva disse ungdommene mente om en slik kommunikasjonsmulighet med helsesøster, og om det kunne være en tiltaksform som passet nettopp denne gruppen.

4.1 Synes du det er et behov for å ha en helsesøster å rådføre seg med i skolen? Evt. hvorfor/ hvorfor ikke?

Det som er fremtredende fra spørsmål en, er at alle bortsett fra en person, er veldig enige om at det er av største betydning å ha helsesøster på skolen. Svarene begynner stort sett med ja, jeg synes det er viktig. Så følger en redegjørelse for hvorfor de mener dette er viktig. Noen av svarene kan inneholde svar på flere spørsmål samtidig og jeg har valgt å presentere svarene under det spørsmålet der jeg mener det hører mest naturlig hjemme. Presentasjonen er delt i jentesvar og guttesvar, som tidligere nevnt kun basert på håndskrift, fordi jeg mener det kan være interessant for leseren selv å se nyanseforskjellene mellom kjønnene og kunne gjøre seg opp egne meninger om svarene. Svarene kommer imidlertid om hverandre og i tilfeldig rekkefølge.

Ei jente mener: ”... Jeg synes det er viktig å ha noen å komme til hvis man trenger noen å prate med. Jeg tror det er mange som ikke føler at de kan prate om alt med foreldrene sine (eller venner), fordi det kan være tema som ikke er så lett å prate om. Det kan også være tema som angår venner og foreldre, og da kan det virke umulig å snakke med dem. Helsesøster og rådgiver kan være kjempenyttig i slike situasjoner...”

Ei annen jente forteller: ”... Det er behov for å ha helsesøster i skolen. Mange har problemer hjemme, med for eksempel foreldre som drikker/ ruser seg, det blir krancling og kanskje til og med slossing. Det kan være psykiske lidelser som kan være vanskelig å snakke om, eller det kan være helt vanlige ting som vondt i magen eller arm osv....”

En gutt sier: ”... Ja jeg synes det er viktig. Det er ikke så mange som egentlig forstår hvordan vi ungdommer har det. Når vi har noen som veit mye om helse og som faktisk forstår at skolen sliter på helsa. Lærere ignorerer dette, mens de som har med helse vil forstå det enklere. Det er helt klart mangel på slike personer her på skolen...”

En annen gutt mener: ”... Å ha helsesøster å rådføre seg med i skolen kan være bra for mange. Det er flere elever som har litt problemer på saker og ting som de for eksempel ikke vil ta opp andre steder(hjemmet). Da kan de ta opp ting de er litt sjenerte for og at ingen får vite det pga. taushetsplikten...”

Den eneste av de 47 informantene som mener at det ikke er behov for helsesøster i skolen sier følgende: ”... Jeg tror ikke det er noen nødvendighet å ha helsesøster å rådføre seg med i skolen. Jeg veit ikke åssen kompetanse denne personen har, man hadde jeg hatt problemer med bilen hadde jeg ikke gått til en snekker for å vite hvorfor. Derfor tror jeg ikke folk går til helsesøster med psykiske problemer eller medisinske, fordi det er derfor det finnes overbetalte psykologer og leger ...”

Ei jente svarer slik: ”... Du er 18 år, alle ser deg som voksen, ansvarlig og med muligheter til å rette opp problemer i sitt eget liv, men på en annen side er det en tid hvor ”alt skal skje på en gang”. Du skal ha 10 timer norsk i uka, prestere i alle fag, du skal i mer eller mindre grad forsørge deg selv, jobbe, ordne økonomien, ta standpunkt i alle mulige ”voksensaker” som f.eks. ditt forhold til alkohol og ta ansvar for egne handlinger. Du er forvirret. Du har kanskje også spørsmål om kropp og psykisk helse. Drar du til en lege koster det både tid og penger. Men om det hadde vært en helsesøster på skolen til stede, kunne man kanskje luftet noen av sine problemer, og lempet av en del tyngde, slik at man også vil fungere bedre på skolen ...”.

Ei annen jente sier dette: ”... Skolehverdagen som 16-18åring oppleves av de fleste som enormt stressende, og elevene har mye press på seg fra forskjellige hold. Alle lærerne vil at du skal prestere best mulig, og gjerne prioritere deres fag framfor alt annet, og det er lett å bli utbrent og sliten når du skal være elev, arbeidstaker, venn, kjæreste og sønn/datter på en gang...”.

Disse to svarene synes jeg på en god måte illustrerer alle de utviklingsutfordringene som beskrives i litteraturen som er en del av ungdomsfasen. Den kognitive utviklingen står som nevnt for utvikling av hukommelse, informasjonsbehandling, iakttagelse og oppmerksomhet, og vurderings og beslutningsprosesser. En uferdig kognisjon kan føre til at slike opplevelser som hos disse jentene kan bli for mye informasjon på en gang. Det kognitive jobber på høygir og kan føre til en opplevelse av stress, eller forvirring som disse to påpeker.

En gutt sier: ”... Jeg synes det er viktig å ha helsesøster på skolen. Alle unge mennesker har som regel en periode hvor man er langt nede psykisk, da er det viktig og kunne rådføre seg med en helsesøster. For om den unge personen har en psykisk lidelse vil det bare bli verre og verre. Da kan helsesøster bedømme om han/ hun trenger psykiatri timer eller om helsesøster tar seg av det...”.

Denne gutten synes jeg peker på at det for ungdom kan være viktig å kunne finne ut om egne reaksjoner, tanker og følelser er ”unormale” eller sorterer innenfor den ”normale” utviklingsprosessen som er en del av ungdomstiden.

En annen gutt mener: ”... *Det er nok behov for helsesøster fordi det er mange som har det tungt, og det er ikke bare sykdommer det er snakk om, men også det at enkelte ikke har det så bra med seg selv. Det er viktig å ha noen å prate med så slipper man å ty til andre ting som rus for å bli kvitt problemene sine, økonomi og skole fører til stress, stress fører til at man blir deprimert, og deprimert gjør at alt er bare dritt, derfor er det viktig å ha noen å prate med ...*”.

Denne guttens beskrivelse synes jeg er en god illustrasjon på den nære sammenhengen, det i følge litteratur og forskning, er mellom stress og psykiske plager og psykiske plager og rus.

Ei jente forteller: ”... *det er mange som trenger å snakke om sex, rusmidler som alkohol og narkotika. Det er ikke så mange som vet så mye om narkotiske midler, man vet det man hører, å det er mange ganger feilinformasjon. Så da er det mange som tenker at det skader jo ikke å prøve. For de som begynner i første klasse får ofte nye venner som kan ha dårlig innflytelse på dem. Og da hvis man kunne ha gått til en helsefagperson å snakket om disse tingene, ville man kanskje vært mer sikker på å ikke prøve dette. Men det er jo ikke så lett når ikke helsesøster er så ofte tilgjengelig...*”.

Ei annen jente sier: ”... *Jeg tror det er veldig behov for mer helsefaglige personer i skolen. Dette på grunn av at det er mange unge med problemer, ofte psykiske som føler trygghet av noen å prate med. Det som er positivt med å ha helsefaglig personell i skolen er at de eventuelt kan sende personen videre til eventuelt psykolog, og følge opp at personen får den hjelpen en skal få. Også er det tryggere å spørre noen med utdanning innen helse om man er i en situasjon hvor man lurer på om noe ved kroppen/ helsen er normalt eller ikke.*

Ei tredje jente mener: ”... Jeg tror det trolig finnes et stort mørketall av elever som kunne tenke seg mer hjelp fra skolen og fagpersoner med psykiske problemer. I noen saker vil det rette være å komme i kontakt med en psykolog som har et bedre kompetansenivå enn helsesøster, men jeg tror også at en del problemer kunne vært stoppet eller kraftig redusert om problemet hadde vært fanget opp tidligere. Jeg vil skrive litt om dette på grunnlag av at jeg har hatt et par venninner med dype depresjoner og bl.a. spiseforstyrrelser som nå må bruke både tiden og pengene sine på psykologtimer. Siden BUPA ”egentlig” bare er for unge under 18 år så er ”det private” det eneste alternativet. Med mindre man ønsker å stå på en liste i et par år på ”Furubakken” Hvis det var mer synlig at man kunne tatt opp slike problemer sparer man både fravær, tid og penger...”. (Furubakken er det tidligere navnet på nåværende distriktpsykiatriske senter i Larvik).

Ei fjerde jente sier: ”... En ting jeg har tenkt lenge på er at det er mange ungdommer som sliter psykisk. Og jeg har hatt flere bekjente som har tatt selvmord. Dette synes jeg er helt grusomt. Hva kan vi på skolen gjøre med det? Jeg vet ikke hvem, hvor jeg skulle henvendt meg til hvis jeg trengte hjelp + at mange gjør dette sjeldent. (Får hjelp)...”.

Et overveldende flertall av informantene snakker om psykisk helse, og det er tydelig at dette er noe de er opptatt av, enten på egne eller andres vegne. Behovet for å ha noen å snakke med er i følge disse elevene stort og derfor er det også så viktig for dem at det finnes en helsesøster på skolen. Enkelte opplever at de ikke har noen de kan gå til for å prate. I diskusjonsdelen vil synspunkter herfra diskuteres under ”Stress og frykten for psykiske problemer” og under ”De viktige relasjonene.”

4.2 Hva er det viktig å kunne snakke om og hvorfor?

Mange av informantene presiserer at det er viktig å kunne snakke med helsesøster om absolutt alt. Det fremheves at hun har en kompetanse som verken lærere eller foreldre har. Dessuten har hun taushetsplikt, og det ser ut til å være av avgjørende betydning for den tillitten hun ser ut til å ha blant de unge.

Ei jente sier det slik: ”... *Det er mye det er viktig å kunne snakke om, alt blir stort på denne tida i livet. Det er mye følelser og usikkerhet. I ungdomstida har man mange spørsmål om forskjellige ting, som ikke det er like lett å snakke med foreldrene om. Da er det betryggende å vite at det er noen man kan komme til...*”.

Videre sier ei jente: ”... *Det som er viktig å kunne snakke om med helsesøster er følelser, hva som får deg til å føle slik, hva går det ut over, hjemmeforhold, skolearbeid, helse generelt. Det er viktig å kunne snakke om slike ting fordi det ofte er det som går utover en persons psykiske helse. Og det ville være ubekvemt om en lærer uten helsefaglig utdanning måtte ta stilling til slikt, i stedet for å kunne sende personen videre til profesjonelle ...*”.

En gutt sier: ”... *Det er viktig å kunne snakke om problemer relatert til puberteten osv. Fordi at det kan være lettere å snakke med en person som vet hva han/ hun snakker om og at personen har taushetsplikt...*”.

En annen gutt mener det er: ”... *Viktig å kunne rådføre oss om ting både fysisk og psykisk. Det er mange som kan slite med problemer hjemme, eller fra tidligere opplevelser. Også kan det være bra å ha noen du ikke kjenner så godt å snakke med. Det kan være flaut å snakke om kroppen sin eller problemer du opplever ved den. Det kan også være greit og kunne rådføre seg hos noen ang. kosttilskudd, dop, anabole steroider, sex osv. uten at du får kjeft og mas...*”.

En tredje gutt sier at: ”... Det er viktig å kunne gjøre eleven trygg på seg selv. Trekke ut de problemene som er dagens problemer, ikke komme med noe ungdom veit fra før. Det er også mange som synes det er flaut å gå til helsesøster pga. at de ikke føler seg trygge på å ikke bli oppdaget av elever eller venner...”.

En fjerde gutt sier: ”... Det er veldig viktig å ta vare på både den psykiske og fysiske helsa ved en selv. Jeg synes det er få flinke fagfolk i skolen til slike ting. Og når man først trenger dem så er de ikke der. Det er mye jeg selv har erfart. Det er viktig å kunne snakke om psykiske problemer, for det går som regel veldig utover skolen...”.

Ei jente sier: ”... Noen av de viktigste tingene å snakke om kan jeg tenke meg er den psykiske helsa. Det er flere av oss som kanskje sliter med noe psykisk og det er ikke alltid lett for de personene rundt å vite om du trenger hjelp, derfor synes jeg det kunne være fint for den personen å vite at den har et sted å oppsøke hvor den personen kan få videre hjelp...”.

Ei annen jente sier: ”... Noe jeg synes som mangler er en vi kan snakke med om psykiske problemer vi har. Dette er jo et veldig sårbart tema, og derfor ganske viktig å få snakket om med en som har taushetsplikt og en som kan hjelpe. Jeg synes også helsesøster kan komme å snakke med en hel klasse om litt generelle ting. En viktig ting jeg synes vi burde ha mulighet til å snakke med i skoletiden er en utdannet psykolog. Det er veldig mange som har psykiske problemer som depresjon på skolen. Bare i denne klassen vet jeg om meg selv og en til. Hvis vi ikke kan ha det på skolen så synes jeg vi burde få litt mer informasjon om hvor vi kan snakke med en psykolog...”.

En gutt mener: ”Med helsesøster kan man prate om nesten alt. Du ser ikke henne hver dag. Læreren ser du hver dag, noe som gjør at det føles ubehagelig. Det er også mer betryggende at helsesøster holder tett! Med helsesøster snakker man om litt mer dypere ting enn lærere. Som vold hjemme, mobbing, vonde tanker, vonde opplevelser, men også vanlige ting som sex og kjæresteforhold, lesbe, homo, venner, skole. Å bare ha en å prate med som gir råd.

Ei jente sier noe om det generelle: ”... *Viktige temaer som burde kunne tas opp med helsesøster er: sex, samliv, prevensjon, psykiske og fysiske lidelser (dette begrenser seg selvsagt til den opplæring og kompetanse helsesøstrene har). Dette er viktige ting som opptar ungdom.*

Ei annen jente sier: ”... *Det er viktig å kunne snakke om ALT med en helsesøster. Alt av problemer eller bare ting man lurert på. Hvis man ikke kan ha et åpent forhold til helsesøsteren og ikke kan snakke om alt er veldig mye av poenget borte. Det er viktig å ha profesjonelle fagfolk på skolen å kunne prate med fordi det ofte kanskje er lettere å prate med de enn med familie og venner... ”.*

Disse svarene handler også i stor grad om psykiske problemer og relasjoner. De blir derfor også diskutert under både ”Stress og frykten for psykiske problemer” og ”De viktige relasjonene”, i likhet med spørsmålene fra forrige kapittel.

4.3 Hva er bra/ mindre bra med skolehelsetjenesten i dag?

De fleste ser ut til å være enige om at ”*Det er bra vi har et tilbud... ”.* Likevel har fokuset i dette spørsmålet vært at ”*De er for få og er på skolen alt for lite... ”.* Det hersker stor usikkerhet om hvem helsesøster er og når helsesøster egentlig er til stede.

Ei jente påpeker: ”... *Det er viktig at det alltid er en helsesøster å få tak i. Slik som det er nå er helsesøster lite til stede og mye opptatt. Jeg har selv hatt behov for å snakke med helsesøster, men ikke fått tak i henne. På den nye skolen burde det være minst 1 helsesøster tilstede hele skoletiden. Noen ganger kan det være flaut og vanskelig å gå til helsesøster så å måtte avtale time med henne flere dager i forveien kan være vanskelig. Mange kan faktisk ha så store problemer at dersom de ikke har en helsesøster eller lignende å henvende seg til kan de slutte på skolen eller enda verre, skade seg selv... ”.*

Ei annen jente mener: ”... Helsesøstrene burde være mer åpen for elevene på skolen. Spesielt med 1. klassingene på videregående, er ikke alltid de vet hvor hun holder til. Hun burde ta initiativet til å snakke med nye elever. Det er ikke alltid man trenger råd. Men at man sliter med noe og da ikke tør å snakke med venninner om det, men da blir vi bare overført til rådgiver. Men hva om vi ikke vil snakke med han eller henne...”.

Ei tredje jente sier: ”... Personlig har jeg slitt med konstant svimmelhet og kvalme i veldig lang tid nå, og har forsøkt å få tak i helsesøster i 3 uker. Det er ikke mulig å nå henne på mobilen og hun er alltid på kurs, syk eller andre skoler. Og siden jeg ikke har penger til lege, må jeg fortsette å vente til hun en dag har tid til å besøke skolen igjen. Det beste hadde vært en helsesøster på fulltid som alltid var der. Det skal jo ikke være sånn at vi må vente 3 uker på å få snakket med noen, for noen av oss har ikke tid til å vente så lenge...”.

Ei fjerde jente sier: ”... det som er bra med helse-systemet innenfor skolen i dag er at det er der og at det er et tilbud. Det negative er at jeg tror ikke tilbudet er bredt nok. Det er nok en del som holder ting inne eller skulle helst ha pratet med noen. Og hvor mange elever er det pr. helsesøster? Tipper det er svært mange. Så hadde det vært flere pr. elev og kanskje en ordning i starten av året hvor alle får 5 minutter med helsesøster e.l. så hadde muligens flere mennesker fått hjelp, eller ting hadde kommet mer frem...”.

En av guttene mener dette: ”... I dag synes jeg ikke tilbudet med helsesøster er bra nok. En helsesøster bør være tilstede på fulltid på en skole. Det gjør det lettere for elever å ta imot tilbudet, for som det er i dag er det ofte at en helsesøster ikke har tid, eller rett og slett er der. Jeg synes det kunne vært bra om elever også ble gjort klar over at det å gå til helsesøster kan omhandle hva som helst. Fordi for mange elever er det litt tabu å gå dit. Spesielt hos gutter tror jeg man kunne gjort noen tiltak for å få de til å føle at det er greit å gå til helsesøster. For nå tror jeg det er et flertall med jenter som bruker dette tilbudet. Kunne kanskje vært greit med en mannlig helsesøster som et tilbud til guttene...”.

En annen gutt mener: ”... *Jeg synes det er lite informasjon rundt det med helsesøster. Det hjelper heller ikke at helsesøster nesten aldri er her. Når man først har klart og bestemme seg for at man skal besøke helsesøster så er hun ikke der. Da har du kanskje ikke så lyst neste gang...*”.

En tredje gutt sier: ”... *Opplegget som er i dag fungerer bra synes jeg, men det er lite informasjon over hvem som er helsesøster og hvor og når personen er på skolen...*”.

En femte gutt mener: ”... *Det er ikke så mye som er bra i dag. Helsesøster er ikke synlig. Jeg veit ikke hvem det er, derfor drar jeg ikke til helsesøster for jeg er ikke komfortabel med en ukjent person som skal få høre om mine problemer. Hvis helsesøster gikk fra klasse til klasse og var litt mer synlig så får man litt tillit til henne og kan snakke om det man har på hjertet, så med andre ord så må helsesøster være litt mer synlig for elevene...*”.

Ei jente svarer slik: ”... *Det burde vært litt mer ”reklame” for helsesøster så hadde kanskje flere gått til henne. Det lønner seg faktisk. Tror ikke helsesøster har vært inne å presentert seg i klasserommet engang. Og jeg tror elever er interessert i mer kontakt med helsesøster pga. det generelt er mer frykt og det er mange spørsmål...*”.

Ei annen jente sier: ”... *Det som er et ganske stort problem her er at helsesøster nesten aldri er her, og det står ikke helt konkret når hun kommer til å være her heller. En ting til som burde stå er hvis det er opptatt, for jeg har mange ganger vært usikker på om det er noen der og da ender det med at jeg ikke tør. Hvis helsesøster hadde presentert seg og snakket med klassene så hadde vi også hatt litt innsikt i hvordan han/hun er og med det følt oss tryggere. Jeg synes vi burde kunne ringe inn å avtale timer, det er noe som ville gjort alt lettere etter min mening. Mange av oss har ingen vi kan/ vil/ tør snakke med...*”.

En gutt sier: ”... *Man burde kanskje ha obligatorisk møte med helsesøster 2-3 ganger i året...*”.

En annen gutt sier: ”... Det som ikke er så bra, er at det virker som at helsesøster er lite tilgjengelig, og har lite tid. Det er nok ikke så mange som tør å gå til helsesøster så derfor må helsesøster sørge for at de blir hørt... ”.

Ei jente mener: ”... Det hadde ikke gjort noe om en lærer eller helsesøster kunne sagt noe om hvilke tilbud man har under skolen. Det er ikke alle som vet noe om det. Og for meg virker det som vi kun har helsesøster å snakke med. Hvor ble det av skolelegen og skolepsykologen på skolen ... ”?

En gutt sier: ”... Jeg synes kanskje at dere skal markedsføre dere bedre, for hvertfall for min del så føler jeg ikke at jeg er helt klar over hvilket tilbud dere tilbyr. Hva som ikke er bra i dag er vel at det ikke er mange som tar helsesøster ordningen på alvor å benytter den. Men det kan gjøres noe med... ”.

En annen gutt mener: ”... jeg vet ikke hvor helsesøster på skolen er, vet ikke når hun er der eller noe. Så dårlig info er det i alle fall. Bedre info om helsesøster burde det være... ”.

En tredje gutt mener: ”... Hva som er bra er at helsesøstre er veldig hjelpsomme. De gir ikke opp hvis de møter en ”vegg”. Det som er dårlig er at det skulle vært en mannlig lege på skolen. Mange gutter føler seg ikke helt vel med å gå til ei dame hvis det gjelder noe personlig... ”.

Ei jente sier: ”... Jeg synes at helsesøsteren er her lite og at vi har sett lite til henne. Hadde vært fint om vi kanskje kunne blitt kjent med henne på en måte. At for eksempel helsesøstra var innom en gang i blant og tok opp forskjellige ting. Da kan det hende flere hadde benyttet sjansen... ”.

Ei annen jente mener: ”... Nå som det skal komme en ny skole i Larvik burde det være flere enn en helsesøster på hele skolen!! Det er alt for lite! Bare på denne lille avdelinga her er det alt for lite med en helsesøster... ”.

Ei tredje jente sier: ”... det skulle vært mer opplyst om tider og hva man faktisk kan få hjelp med hos helsesøster. Tror det er mange som ikke vet det. Synes også de skulle vært tilstede hele tiden og ikke bare visse dager og tider... ”.

Ei fjerde jente mener: ”... Jeg tror mange jenter bruker dette tilbudet hvis de tror de er gravide, om de vil begynne på p-piller osv. For dette er temaer som opptar mye av vår tid. Gutter hadde også hatt godt av å bruke tilbudet, men de er nok flauere over å bruke det. Derfor burde det bli lagt mer vekt på å få de involvert... ”.

Svarene i dette kapittelet handler i stor grad om skolehelsetjenestens tilgjengelighet og manglende markedsføring. Jeg har derfor valgt å diskutere svarene herfra i to kapitler som jeg kaller nettopp ”Tilgjengelighet” og ”Markedsføring av tjenesten”.

4.4 Hva tenker du om å kunne snakke med helsesøster på nettet?

Det viser seg å være et overveldende flertall som er positive til å kommunisere med helsesøster på nettet og mener at det ville gjort det mye enklere for mange. Det er kun noen ganske få jenter som ikke er begeistret for å snakke med helsesøster på nettet, men det kan se ut til at det handler om en frykt for at nettet i så fall skal erstatte helsesøster. Flere presiserer at nettet må være et supplement til helsesøster slik de kjenner tjenesten i dag. Flere av guttene enn jentene er opptatt av den anonymiteten som nettet gir og mener at det å snakke over nettet kan være en mulighet for mange til å åpne seg. Flere er også opptatt av at det kan være en god løsning for de sjenerte, og her finner vi både gutter og jenter.

En gutt mener: ”... En nettbasert måte å snakke med helsesøster på, tror jeg er positivt for mange. Det gjør at man blir litt anonym, og da skulle nok mange flere benyttet seg av tilbudet... ”.

En gutt som er svært positiv til nettet forklarer det slik: ”... Har tenkt på dette med nett selv og det hadde vært så mye bedre. Jeg selv er veldig redd for fremmede og har ikke tatt kontakt med helsesøster personlig. For meg hadde det vært enklere med et nettsted, mer anonymt. Prøvde å kontakte en nettside for en helsesøster, men fikk ikke svar. Bedre for oss som er redd for å snakke med helsesøster personlig. Ville nok bli brukt også... ”.

En annen gutt er litt mer usikker: ”... Når det kommer til nettet så blir man med en gang usikker. Hovedsakelig fordi man ikke veit helt om det er til å stole på. Det kan være lureri og man blir kanskje utsatt for å få ut sine private saker. Da må det i så fall fikses på en seriøs måte... ”.

En tredje gutt sier: ”... Jeg synes det er en god ide, men da må man få brukere til å føle seg trygg på personen han/ hun snakker med. At det ikke er en datamaskin som snakker... ”.

En begeistret gutt svarer: ”... He, he! Dette tenkte jeg akkurat på, sykt... men ja, hadde vært så mye bedre. Jeg selv er veldig redd for fremmede, og tar sjeldent kontakt med helsesøster personlig, så jeg prøvde å ta kontakt med et nettsted for helsesøster, men fikk ikke svar! Var ikke hjemmeside for Thor Heyerdahl. For meg hadde det vært enklere med et nettbasert sted å ta kontakt med helsesøster. Du føler det mer Anonymt! Og mer åpent for å spørre. Mye bedre for oss som er redd for å snakke personlig med helsesøster.

Ei jente mener: ”... Å snakke over nettet kan være en mulighet for mange til å åpne seg, man kan sitte hjemme på dataen og skrive uten å trenge å gå på kontoret. Og noen unnlater kontorbesøk fordi de er ”redde” for å bli sett av andre, særlig gutter tror jeg frykter dette... ”.

Ei annen jente mener: ”... *For de som er litt som jeg og er veldig sjenerte kunne det vært fint å snakke over nettet eller via brev og lignende...*”.

Ei tredje jente sier: ”... *En nettbasert måte å snakke med helsesøster på er absolutt en god ide siden folk da kan være anonyme hvis de selv føler at deres spm./ problemer er teit. På en annen måte er det kanskje negativt på den måten at det er enklere å forklare hva man mener og få gjort det helt klart hva man mener...*”.

De neste to jentene er ikke så begeistret: ”... *det er så klart mye bedre å henvende seg til helsesøster ansikt til ansikt enn over nettet. Selv føler jeg at man får mer ut av det, og mer hjelp...*”.

”... *Jeg er ikke for nettbasert måte å snakke på. Jeg tror vi har godt av å snakke direkte med den voksne. Eller så kan det fort bli kommunikasjonsproblemer og da kan eleven bli enda mer usikker...*”.

Ei annen jente sier: ”... *Å kunne bruke nettet til å kommunisere med helsesøster hadde vært strålende...*”.

Nok ei jente svarer: ”... *Å kunne prate med helsesøster på nettet er en utrolig bra ide. Fordi: Mange tør kanskje ikke ta det steget ved å gå til helsesøster eller er sjenerte og får på en måte ikke spurt om de spørsmåla man egentlig lurte på + at det er kjedelig å måtte dra til helsesøstra hvis man har bare et lite spm. Dette tror jeg ungdom hadde brukt mye. Og dermed kan mange problemer unngås...*”.

En gutt mener: ”... *En nettbasert løsning kan jo fungere på konkrete spørsmål. Siden man er anonym blir det lettere å spørre om ”flaue” saker og ting. Men er det mer kompliserte greier, kan det jo være greit å prate ordentlig med noen...*”.

En annen gutt sier: ”... *Det kan være en bra løsning, for da er det lettere å stille pinlige spørsmål...*”.

En tredje gutt mener: ”... *Helsetjenesten bør kunne svare på spørsmål fra skolens elever via skolens nettsted. På den måten kan man oppnå 100 % anonymitet. Du sender anonymt inn spørsmål, og får svar...*”.

Ei jente svarer: ”... *Angående nettbasert måte å kommunisere på er også veldig bra og synes det burde vært mer av det, men fortsatt ingen erstatning for at de er der personlig...*”.

Ei tredje jente sier: ”... *En nettbasert måte å snakke med helsesøster på er noe som kunne hjelpe veldig, siden det er mange som ikke tør eller at det er flaut å gå for å spørre om råd/ hjelp fra en helsesøster. Jeg tror kanskje det er et ganske stort problem blant ungdommen eller elevene. Det er jo ikke så lett å prate med en helt ukjent om noe. Men en internett side hadde vært bra tror jeg...*”.

Ei fjerde jente mener: ”... *Eventuelt kan helsesøster være tilgjengelig på nettet, det er flott. Det kan være en god begynnelse som ikke er så personlig, passer bra for de sjenerte. Ellers kan det være en god måte å komme i kontakt med helsesøster uten å bli sjenert. Når man skriver får man gjerne sagt mer enn når man prater. Ting kommer mer tydelig fram...*”.

En gutt sier: ”... *Det nettbaserte stedet for å prate med en som har kunnskap kunne hjulpet de som ikke tør å gå til helsesøster personlig. Det høres svært bra for de som ikke tør å spørre mener jeg...*”.

En annen gutt mener: ”... *Det kunne nok gjort det lettere for mange mennesker, men samtidig er det litt utrygt fordi folk hacker seg inn på alt mulig...*”.

Ei siste jente sier. ”... *Jeg synes ikke man skal kutte ut det personlige forholdet og heller bruke en nettbasert tjeneste, men heller kanskje kombinere de...*”.

Selv om de fleste mener at nett er bra er det også noen få som synes det kan være litt skummelt, og det presiseres fra flere at det må være seriøst, sikkert og anonymt. Spesielt jentene er opptatt av at en nett tjeneste ikke må erstatte helsesøster, men heller kombinere disse to tjenestene. Elevene er opptatt av å bli hørt gjennom å få svar på sine spørsmål, samtidig som de gjerne vil slippe at noen ser dem. Anonymiteten er særdeles viktig. Kategorien fra dette kapitlet ble dermed kalt anonymitet - hørt, men ikke avslørt.

5 DISKUSJON AV FUNN.

Denne diskusjonen tar utgangspunkt i svarene fra de foregående fire spørsmålene. Svarene som fremkommer er imidlertid ikke delt i klare og avgrensede temaer, de går over i hverandre og er ikke gjensidig utelukkende. Temaene vil derfor gripe inn i hverandre og diskusjonen tar opp igjen emner som hører naturlig hjemme i diskusjonen også under andre temaer.

5.1 Stress og frykten for psykiske problemer.

Mange av eleven gir i undersøkelsen uttrykk for at de har en stressende hverdag. De blir stresset av det faglige presset, nødvendigheten av å ha en jobb ved siden av skolen og det å være sønn/ datter, kjæreste og venn samtidig. I tillegg kommer alle utfordringene med å passe inn i miljøet og å bli godtatt for den man er. Det gjør det også ekstra vanskelig hvis man ikke helt har det klart for seg ”hvem man egentlig er”. Det er jo nettopp det denne perioden i livet handler om, i følge Erikson, å utvikle sin egen identitet. Hva som blir for mye for hver enkelt, er som nevnt veldig individuelt, ut ifra hvilke sårbarhetsfaktorer vi har.

Det å skulle fylle mange forskjellige roller på flere forskjellige arenaer samtidig over lang tid, ser ut til å sette noen elever i en avmaktsposisjon som de ikke kommer unna. Mange av de rollene som beskrives er roller man besetter i voksenlivet, og det er en forutsetning å mestre dem for å være en del av det store sosiale fellesskapet. Problemet for ungdommene er at de fleste av disse rollene er nye og de har enda ikke oppøvet tilstrekkelige mestringsstrategier til at rollene ikke oppleves som stressende. Den beste måten å oppøve mestringsstrategier på er gjennom erfaring, og de fleste kjenner godt den følelsen det er å skulle gjøre noe for første gang. Man blir gjerne både usikker, nervøs og klønete i slike situasjoner.

Ungdom i denne livsfasen gjør ting for aller første gang hele tiden, og mestringsstrategier oppøves vanligvis gjennom prøving og feiling av hva som er hensiktsmessig atferd.

Foreldre, og spesielt mødre, kan være tilbøyelige til å prøve å gi sine barn kunnskaper og erfaringer gjennom muntlige formaninger, men vi vet alle at det er vanskelig å lære av andres feil. Slik dagens samfunn er bygget opp er det kanskje mindre rom og aksept for nettopp denne type prøving og feiling. Forventninger til gode prestasjoner og vellykkethet har blitt en del av samfunnets norm for hva som defineres som ”normalt”. Det har bl.a. blitt slik at det er vanskelig å komme inn på arbeidsmarkedet uten treårig videregående skole. Det er nærmest en forutsetning å kunne prestere faglig, fordi de aller fleste jobber krever at du har en teoretisk plattform. Mye av det stresset ungdommene opplever kan dermed vurderes som normale reaksjoner i ungdommenes utviklingsfase. Risikoen med dette stresset er imidlertid at stressorene kan overstige personens ressurser i den grad at det kan føre til håpløshet, panikk og depresjon (Lazarus, 2006). For de elevene som bl.a. ikke er faglig flinke, og nærmest til enhver tid har følelsen av ikke å mestre, kan avmaktfølelsen bli så stor at de utvikler mestringsstrategier som er lite hensiktsmessige for seg selv. Slike mestringsstrategier kan bl.a. være rus, aggresjon og vold, spiseforstyrrelser eller selvsykdom. For disse ungdommene er det vesentlig å lære, i en tidlig fase, hva som er normale reaksjoner på stress samt hensiktsmessige mestringsstrategier for å kunne takle dette stresset. Hensiktsmessige mestringsstrategier må ta utgangspunkt i hvert enkelt individ, hva de ønsker å oppnå og hvor de ønsker at veien skal gå videre. Empowermentprosessen legger vekt på at ungdommens egne verdier og ressurser må stå i fokus i dette arbeidet (Walseth og Malterud, 2004).

Opplevelse av stress er altså et viktig signal på at man kan være utsatt for altfor mange stressorer i forhold til hva man er i stand til å mestre. Da er det i følge Antonovsky viktig å legge vekt på de faktorene som demper, letter eller fjerner stressorene. Det presiseres likevel at det er viktig at krav fra omgivelsene står i samsvar med egne ferdigheter (Gjærum et al., 2003, Tellenes, 2008). Kvaalem & Wichstrøm, (2007), hevder at mange ungdommer ikke er spesielt godt kognitivt rustet til å mestre de følelsemessige og adferdsmessige utfordringene de møter i denne livsfasen. Man kan derfor ikke forvente at alle ungdommer innehar evnen til å nyttiggjøre seg sin egen totale situasjon og egen kapasitet til å bruke tilgjengelige ressurser. Derfor kan man heller ikke forvente at all ungdom opplever ”sense of coherence”, eller er i besittelse av evnen til å oppleve verden som rimelig forutsigbar og sammenhengende. Det man kanskje bør kunne forvente er at

ungdom som trenger veiledning for å finne fram til egne ressurser og mestringsstrategier, får tilgang på ressurspersoner som har kunnskap til å gi dem den nødvendige innsikten og de verktøyene de trenger for å oppnå følelsen av mestring og forutsigbarhet.

FOR 2003-04-03 nr 450, hevder at det til enhver tid er mellom 10 og 20 prosent av de unge som har så store problemer at det går ut over hverdagen. Man kan derfor anta at en skole som Thor Heyerdahl, med 1650 elever, har mellom 165 og 340 elever som til enhver tid sliter med psykiske vansker av et eller annet slag. Med en kritisk vurdering av disse tallene kan man anta at noen av disse elevene kanskje allerede har sluttet på skolen, eller er blant de som aldri begynte, grunnet problemer, og at tallet derfor kan være noe lavere. Selv med noe lavere antall snakker vi likevel om et betydelig antall enkeltskjebner. Leder av elevtjenesten ved Thor Heyerdahl, Bernhard Grøtan, bekrefter i en tlf. samtale (05.05.09) at 70-80 prosent av utdanningsavbruddene dreier seg om ”psykososiale/ sosioemosjonelle” problemer, og ikke om feilvalg som man tidligere mistenkte. De tyngste programmene har også størst forekomst av avbrudd. Man kan stille spørsmål ved om kommunen og fylkeskommunen forholder seg til slik offentlig informasjon, og om de er klar over disse tallene når de planlegger det forebyggende arbeidet ved skolen, og ikke minst når de bevilger stillinger til dette arbeidet.

To av informantene antyder at de har problemer i forhold til depresjon, og sier de tror psykiske problemer er et stort problem på skolen. Et stort flertall er også opptatt av psykisk helse i sine besvarelser. Så å si alle forteller at de kjenner og vet om flere som har problemer, men samtidig er de påfallende påpasselige med å forklare at de selv ikke har problemer av noe slag. Likevel påpeker de viktigheten av å få veiledning på nettopp dette med psykisk helse. Dette kan selvfølgelig tolkes på forskjellige måter. Kanskje er det mange flere som kjenner på psykiske plager enn vi antar, men fordi slike plager er helt tabu blant de unge kan det føre til at ungdommene ikke ønsker å vedkjenne seg plagene, verken overfor seg selv eller andre. Det kan også være at mange har venner, eller kjenner noen som har problemer, og derfor ønsker å lære om temaet slik at de kan være en støttespiller for disse. En tredje mulighet er selvfølgelig at de kan være generelt interessert i temaet for å forsikre seg om at egne reaksjoner på livet er normale.

Følelser og stress har en gjensidig avhengighet og som nevnt er det først når den miljømessige belastningen overstiger ungdommens ressurser betydelig at man snakker om en stresset situasjon (Lazarus, 2006). Resiliens forskningen har kommet fram til at det er antallet risikofaktorer som er avgjørende for om man utvikler psykiske vansker eller ikke (Sosial- og helsedirektoratet, 2004). En elev som sliter med fagene og samtidig har problemer i hjemmet, vil dermed teoretisk sett være mer utsatt enn en som bare sliter med fag. Når man som helsesøster skal vurdere sårbarhetsfaktorer og risikofaktorer rundt en elev, består den største utfordringen i å kartlegge de risikofaktorene eleven er utsatt for på skolen, i hjemmet og på fritiden. Kartlegging er en forutsetning for å kunne oppdage hvem som er i en risikosone og en forutsetning for å kunne utvikle hensiktsmessige tiltak på et tidlig stadium. På den annen side kan man si at alle elever i utgangspunktet er i en risikosone, fordi skolehverdagen i seg selv er forbundet med risiko gjennom store krav til prestasjoner. Alt avhenger da igjen av de generaliserte motstandsressursene individet har opparbeidet seg. En annen forutsetning er å ha anledning til å komme i dialog med eleven. For å kunne kartlegge trenger man god tid i samtalene til å bygge opp en nødvendig tillit slik at man kan komme til bunns i de aktuelle problemene. Olaisen (2007) peker på at mange ungdommer hadde brukt både tid og innsats på å motivere seg til å ta den første kontakten med skolehelsetjenesten, og var ofte sårbare for avvisning. I tillegg tar det tid å utarbeide hensiktsmessige mestringsstrategier i samarbeid med ungdommen, og man trenger tid til å lære dem de aktuelle mestringsstrategiene. Øia (2000) hevder også at tid er en forutsetning for forebyggende arbeid. En betingelse for helsesøsters tillitsarbeid er imidlertid at det foreligger en god relasjon mellom helsesøster, som skal foreta kartleggingen, og eleven som skal kartlegges.

5.2 De viktige relasjonene.

"Mange av oss har ingen vi kan/ vil/ tør snakke med...", sier ei av jentene. Alle mennesker trenger noen å snakke med, for det er gjennom dialog med hverandre vi kan utvikle oss selv og vår egen selvforståelse (Øia, 1998, Frønes, 2006, Torsteinsson, 2007). Ungdommene i undersøkelsen gir sterkt uttrykk for et behov for noen som kan veilede dem og snakke med dem om utfordringer og problemer. Og det sies bl.a. at det ikke finnes noe verre enn å ha problemer og "ingen" å henvende seg til. Man skulle kanskje tro

at de fleste kunne snakke med foreldre eller venner, men ut ifra svarene i undersøkelsen kan det tyde på at foreldre og venner er de personene de minst kan tenke seg å snakke med. Det presiseres at det er pinlig og flaut å snakke med foreldrene, dessuten mener de at foreldre ikke har den kompetanse som skal til for å kunne hjelpe dem med det de trenger. Noen forteller også at det mange ganger kan være foreldrene som er problemet, i forhold til rus, bråk, overgrep, skilsmisse osv. Da sier det seg selv at foreldrene kan være lite egnet som problemløser. Olaisen (2007) hevder at forholdet til foreldre og familien nesten alltid var et tema i ungdommenes samtaler. Mange hevder at de trenger noen de ikke kjenner alt for godt og som de ikke treffer hver dag, slik det er med enkelte lærer. De gir også uttrykk for at det er viktig med tillitt men samtidig profesjonell avstand, slik en helsesøster representerer. Helsesøster representerer også trygghet gjennom sin taushetsplikt, og ungdommene opplever at hun er til å stole på fordi hun holder "tett". Olaisen (2007) forteller at tilstedeværelse, tilgjengelighet og kontinuitet i ungdommenes miljø førte til at man ble kjent med ungdommenes hverdag. Å delta på arrangementer og med bidrag i klassene var i tillegg med på å danne en felles referanseramme som gjorde at man kunne møte elevene på en mer "vanlig" måte, og dette hadde betydning for hvordan ungdommene senere tok kontakt med skolehelsetjenesten.

Skolehelsetjenesten har som kjent et ansvar for å fremme gode sosiale og miljømessige forhold (FOR 2003-04-03 nr 450) og en viktig jobb for skolehelsetjenesten er derfor å kartlegge skolens risikofaktorer. Thor Heyerdahl er en risikofaktor i seg selv fordi den er så stor og har så mange elever. For elevene er det lett å bli en av mengden og det er vanskeligere å bli sett som enkeltindivid. For både lærere og skolehelsetjenesten er det vanskeligere å oppdage problemer i en tidlig fase, spesielt hvis man ikke har systematiserte møter med alle elevene. Det gjør relasjonsbygging til elevene desto mer utfordrende, og er i tillegg kanskje enda viktigere ved store enheter enn ved små. Lærerne har allerede en relasjon til mange av elevene og er i så måte en kjemperessurs, men en del lærere har kanskje et helt annet fokus enn helseproblematikk. Lærerne kan i samarbeid med skolehelsetjenesten fremme positiv utvikling for elever som er utsatt for risikofaktorer. Dette ved å sørge for omsorg og støtte, sette realistiske forventninger, skape mulighet for meningsfull deltagelse, øke sosial tilknytning, sette klare og konsistente grenser og undervise i livsferdigheter. Livsferdigheter kan for eksempel være

samarbeidsferdigheter, ferdigheter i problemløsning og konflikthåndtering (Overland, 2007).

En god skolehelsetjeneste er helt avhengig av lærernes observasjoner i hverdagen, og det er da også mange elever som blir oppdaget på et tidlig stadium i problematikken av observante lærere. Både Undheim (2008), Olaisen (2007), Jentoft (2005) og Schancke (2005) fremhever viktigheten av gode relasjoner til ungdommene. Et godt samarbeid mellom lærere og skolehelsetjenesten er derfor av største betydning. Hjälmhult, Wold og Samdal (2002), peker i sin undersøkelse på at et slikt samarbeid er avhengig av at skolen åpner sine dører for helsesøster og at skolehelsetjenesten er tilgjengelig, markedsfører seg og er til stede i skolen. Olaisen (2007) peker også på at det er mye å hente ved å prioritere et samarbeid på systemnivå og med andre viktige instanser rundt ungdommen, så som foreldre, lærere, rådgivere, pp-tjenesten, BUP, DPS og barnevern. I et slikt tverrfaglig samarbeid er det viktig å kjenne til hverandre og samtidig avklare hverandres roller. Samarbeid krever jevnlig tverrfaglige møter med struktur og tydelig ansvarsfordeling. Faren med slike tverrfaglige samarbeid er at altfor mye tid går med til møtevirksomhet på bekostning av den tiden ungdommene trenger. Det blir derfor et ressursproblem og opp til den enkelte kommune hva slags samarbeid det er mulig å få til. Det er uansett viktig at ungdommen selv er delaktig i prosessen, og har en opplevelse av å styre sitt eget liv og å ta riktige valg for seg selv.

Samarbeid med foreldre er også viktig i den utstrekning eleven selv tillater det. Skolehelsetjenesten er et tilbud hvor ungdommen er fritatt foreldres inngripen og innblanding. Det skal være på den enkelte ungdoms premisser og et samarbeid med foreldrene er derfor prisgitt elevens samtykke. Ulempen med at foreldrene ikke blir involvert, er at denne viktige relasjonen mellom helsesøster og foreldrene svekkes. De kunnskapene foreldrene sitter inne med om den enkelte, kan dermed være tapt i dette arbeidet. I de tilfellene hvor foreldrene tillates å involveres, kan de imidlertid være til stor støtte for ungdommen, og en viktig kilde til informasjon ved problemløsning og utarbeidelse av mestringsstrategier for helsesøster.

Venner og jevnaldrende er i denne fasen av livet av stor betydning for den enkelte (Frønes, 2006, Øia, 1998). De stiller opp for hverandre og er av uvurderlig betydning som støttespillere når det oppstår problemer. Derfor blir man også ekstra sårbar hvis man er så uheldig ikke å inneha den rette sosiale kapitalen, og på en eller annen måte faller utenfor fellesskapet. Redselen for ikke å være bra nok og ikke gjøre de riktige tingene, kan derfor være fremtredende hos mange ungdommer (Torsteinsson, 2007). Mange av ungdommene gir da også uttrykk for usikkerhet, og dårlig selvtillit. Kanskje har vi en for stor forventning til at ungdom bør klare seg selv, og så glemmer vi at mange ungdommene sliter med mindreverdighetskomplekser, sosial misstilpasning osv. Litteraturen sier at både fysiologiske og psykologiske faktorer kan være såpass uferdige og umodne at vi kanskje ikke har lov til å forvente at de skal mestre alle komplikasjoner på egen hånd i denne fasen av livet. Det er veldig bra at de fleste faktisk mestrer de utfordringene som kommer på en utmerket måte, men vi har et stort ansvar for den gruppen av ungdom som trenger veiledning og oppmuntring for å oppleve at de mestrer.

Ungdom på videregående sies å være en utsatt gruppe og det fremheves i ”Opptappingsplan for psykisk helse 1999-2006”, at det er særlig viktig å ha høy beredskap i de videregående skolene. Mange har så langt ikke hatt problemer og er ikke fanget opp av det hjelpeapparatet som konsentrerer seg om yngre barn. Vi vet også at ungdom mener det er tabu å ha psykiske problemer, noe de mener er ensbetydende med ikke å mestre livet. Gjennom prosessen empowerment kan ungdom gjøres i stand til å oppnå kontroll over eget liv. Det innebærer at ungdommen får mer kunnskap om egen situasjon i forhold til helse. De må gjøres i stand til å håndtere sin forvirring og sine følelser slik at de kan påvirke beslutninger som har med egen helse å gjøre (Tellenes, 2008). Det innebærer også å ha selvtillit nok til å oppsøke et system, og samtidig ha tillit til at man kan ordne opp i egne problemer, selv om det medfører at man må spørre andre om råd. Det å kunne ordne opp selv, vil fremme opplevelsen av mestring gjennom følelsen av å ha styring på eget liv. Empowermentstrategien er opptatt av samspillet mellom individ, gruppe og lokalsamfunnet, som f. eks, elev, skole og klasse. Elevene gir sterkt uttrykk for at de har behov for veiledning og undervisning i temaer som er aktuelle for dem, og de nevner spesielt psykisk helse, men også rus, doping, kropp, sex og samliv. I tillegg ønsker elevene veiledning i klassene. Empowerment handler om å tilrettelegge

for å bruke egne forestillinger, erfaringer og verdier slik at man har mulighet til å gjøre riktige valg for seg selv (NOU, 1998:18). For å kunne ta riktige valg trenger man kunnskap, og da er det viktig at noen er villige til å bidra til den kunnskapen.

5.3 Tilgjengelighet.

God tilgjengelighet kjennetegnes ved kort ventetid og ”publikumsvennlige åpningstider”, sier forskriftene (Sosial- og helsedirektoratet, 2004). Hva er egentlig kort ventetid? Er det 10 minutter, en time, en dag, en uke eller en måned? Mennesker har nok forskjellige referanserammer for hva som er akseptabel ventetid. De fleste av oss er godt kjent med det å måtte vente ved offentlige kontorer, spesielt kanskje hos legen. Vi legger gjerne inn en ventemargin når vi ut i fra antagelser kalkulerer den tiden vi beregner å bruke. Men beregner man ventetid fra den dagen man bestiller time, eller fra det tidspunkt hvor man går over klokkeslettet for timeavtalen, eller kanskje begge deler? Jo mer akutt man føler at behovet er jo mer uakseptabelt blir ventetid. Hvis man oppsøker helsetjenesten fordi man dagen i forveien opplevde et stort traume i hjemmet, er det klare forventninger til rask hjelp. Da er det antagelig lite poeng i å få time i neste uke. En veiledningstime angående prevensjon kan derimot fint vente litt uten at det føles altfor urimelig.

Problemets karakter bør i stor grad være med på å bestemme hva som er akseptabel ventetid. Oppfattes ventetiden som urimelig lang er det lett å føle at man ikke blir tatt på alvor. En utfordring er likevel at mange ungdommer bruker lang tid på å manne seg opp til å oppsøke helsesøster, og problemets alvorlighetsgrad er ikke alltid like enkelt å avgjøre ved første besøk. I følge Olaisen (2007) er det relativt vanlig å måtte bruke flere innledningstimer før den unge åpner opp og forteller om det som virkelig er problemet.

Elevene skriver gjentagende om at det er vanskelig å treffe helsesøster når man ønsker det. Og har man først mannet seg opp til å oppsøke skolehelsetjenesten, men likevel ikke får snakket med noen, da er terskelen høy for å tørre å prøve igjen. Hvis dette er opplevelsen man sitter igjen med når man søker hjelp, kan vel tjenesten neppe sies å være tilgjengelig med publikumsvennlige åpningstider? Hva legger man egentlig i ”publikumsvennlige åpningstider”? KrfU’s forslag om helsetjenester for ungdom på kjøpesentre, der ungdom ferdes i fritiden, er jo et sprekt forslag. Dette kan vel regnes som

god tilgjengelighet fordi de regner kjøpesenteret som ungdommens ”hjemmearena”. Om det er like mye guttenes hjemmearena som jentenes, er imidlertid noe man kanskje bør undersøke. Hva man tenker om åpningstider sies det derimot ingen ting om. Vil publikumsvennlig være en times tid på ettermiddagen, eller forutsettes det at man følger kjøpesenterets åpningstider?

Åpningstidene hos helsesøster ved Thor Heyerdahl videregående er pr. i dag som følger:

Mandag: 0830-1530

Onsdag: ulike uker fra 1200-1500

Torsdag: 0830-1315 eller 1500

Fredag: 2 fredager i måneden

Er dette ”publikumsvennlige åpningstider”? Må man kanskje også ta med i betraktningen hvem publikum er, eller hvor mange de er? Er det publikumsvennlig hvis man skal serve 100 mennesker? Hva med 1650? Når blir det ikke publikumsvennlig, og hvem skal avgjøre det?

Larvik Kommune (KOU 2005:7) sier at man ikke sjelden overraskes over effekten av enkle tiltak og hvor snublende nær løsninger befinner seg. For å understreke dette følger de opp med et sitat fra Forandringsfabrikken 2005:5: *”Den som spør, får kanskje vite noe nytt... Det er ikke så vanlig som vi liker å tro og spørre dem det gjelder”*. Nå har vi spurt dem det gjelder, både i 2006 og nå igjen i 2008. Både den gang som nå er svarene entydige. Helsesøster ved Thor Heyerdahl har i følge elevene ved skolen ikke god tilgjengelighet med korte ventetider og publikumsvennlige åpningstider. Helsesøsters egne uttalelser bekrefter jo også dette når hun sier at hun overhodet ikke rekker å hjelpe alle som har behov for henne.

Både elevrådets undersøkelse fra 2006 og mine egne data viser at elevene også føler at de har altfor liten informasjon om skolehelsetjenesten. De fleste har fått med seg at det er en tjeneste for prevensjon, gratis graviditetstesting og seksualveiledning, men utover det virker mange usikre. Hva tjenesten kan brukes til blir fort et politisk spørsmål for

kommunepolitikerne. Det er de som legger de økonomiske føringene for hva som er mulig å få til i en slik tjeneste. Et viktig spørsmål blir derfor hva kommunen egentlig ønsker å oppnå med denne tjenesten?

Det vanskelige med tilgjengelighet er hvordan den skal måles. Det finnes pr. i dag ingen forskrift eller lov som sier hvor mye, eller når man må være til stede for å kunne betegne det som tilgjengelig, men det skal være forsvarlig. Og hva er da forsvarlig, og i forhold til hva? KrfU's forslag om å utarbeide nasjonale standarder med krav til obligatorisk innkalling, minstetid pr. elev og krav om lett tilgjengelighet, er kanskje det som må til for at kommunene skal gi elevene ved de videregående skolene det forsvarlige tilbudet som direktøren i Helsedirektoratet sier er kommunens soleklare plikt å tilby. Hvis en slik standard skal ha noe poeng er det imidlertid viktig å fastsette konkret hva som menes med obligatorisk innkalling. Gjelder det alle elever, hvor ofte, hva skal det inneholde og hvem skal innkalle? Hvor mye tid er mistetid, hvor ofte skal man få tilbud om det, og hos hvem? Og igjen, hva innebærer det for skolehelsetjenesten å være lett tilgjengelig og forsvarlig? Uten slike klare regler kan en nasjonal standard fort bli utsatt for tolkning, og det resultatet man ender opp med i kommunene kan bli like ulikt som i dag. Og da er vel mye av poenget til KrfU borte. Obligatorisk innkalling kunne imidlertid kanskje vært en løsning i forhold til å fjerne tabuet rundt det å besøke skolehelsetjenesten. Da hadde alle måttet gå dit, uansett problem eller ei, og man slapp kanskje spekulasjoner og behovet for anonymitet.

Sosial- og helsedirektoratet sier det er viktig for skoleelever at ansatte i skolehelsetjenesten er tilgjengelige på skolen. De må vite når, hvor og hvordan de kan komme i kontakt med helsetjenesten, slik at det blir så enkelt som mulig når de har behov for helsehjelp. Ved Thor Heyerdahl opplever ikke elevene at det er slik. Mange er usikre på både når helsesøster er til stede, hvor hun har kontor, hvordan man bestiller time og ikke minst hvem hun er. Og det er etter tre år ved skolen. De opplever ikke at det er enkelt å få kontakt når de har behov for hjelp, og som forsker er det også vanskelig å oppfatte dette som noe annet enn stor og mangelfull tilgjengelighet.

I Larviks plan for psykisk helse 2007-2010, refererer Larvik Kommune til deler av ”Sosialkomiteen i Stortinget sin innstilling til opptrappingsplan for psykisk helse”. Jeg regner med at de gjør dette fordi de mener det er viktig. Den understreker at forebyggende tiltak er sentralt når det gjelder psykiske lidelser, og at primærforebyggende tiltak må vies stor oppmerksomhet i kommunal plan. Den fremhever også at det er særlig viktig å ha høy beredskap i ungdomsskolene og de videregående skolene. Larvik kommune vedkjenner seg også i sin egen plan å ha utfordringer i forhold til frafall fra videregående skole, at ungdom med psykiske plager ikke søker hjelp, samt utfordringen med tidlig oppdagelse av psykiske lidelser. De ønsker også å sikre tilstrekkelig spisskompetanse innen psykisk helse for å kunne sørge for riktige tiltak og tilbud i oppstarten av et problem. De sier at de er klar over en økt frekvens av atferdsproblemer, mobbing og trakassering i skolen og i ungdomsmiljøer. Og at det meldes om stadig flere tilfeller av depresjon, tidlig bruk av rusmidler, spiseforstyrrelser, selvskading, samt selvmord blant unge. Larvik kommune sier at summen av alt dette kan gjøre at mange unge får det unødvendig vanskelig, og kan komme i fare for å utvikle en dårlig psykisk helse. De peker også på at tidlig intervensjon har vært et viktig satsningsområde i Larvik Kommune de senere årene. De bemerker at ved å komme tidlig inn vil behovet for krevende og kostbare tiltak avta, og at tidlig intervensjon ikke kan avgrenses til en bestemt aldersgruppe. Da er det noe underlig å lese i Østlands Posten (16.01.09) at Larvik kommune velger å si opp alle avtaler med skolelegene, uten å erstatte dem med for eksempel helsesøster. Og det på tross av at helsesjef Carl Erik Mathisen gikk imot denne innstillingen, samt alle undersøkelser som viser at skolehelsetjenesten i Norge har for lav kapasitet og må styrkes, spesielt i videregående.

Bjørn-Inge Larsen i Helsedirektoratet hevder at oppsigelsen av skolelegene er i strid med forskriftene. Det skal være lege i skolehelsetjenesten, sier han. Skolehelsetjenesten er en lovpålagt tjeneste og skal tilby helseundersøkelser. Helsedirektoratets veiledning til landets kommuner fastslår at dette skal skje ved helsesøster og lege. Det er direktoratets vurdering at arbeidet ikke blir godt nok uten skolelege påpeker direktør Larsen (Dagens Medisin, 15.01.09). Samtidig sier han til Østlands Posten at loven ikke sier direkte at de må ha skolelege, men han mener det er en nødvendighet for å ha en god skolehelsetjeneste (Østlands Posten, 28.01.09). Når vi vet at mange kommuner sliter med

de økonomiske rammene, deriblant Larvik kommune, er det kanskje forståelig at de sparer der de kan spare.

Rådmann Arve Semb Christophersen i Larvik, forsvaret kommunens vedtak om å avvikle skolelegetjenesten. *”Vi er i en tøff økonomisk situasjon og vurderte nøye hvor vi kunne spare inn. Vi oppfatter ikke at vi er lovpålagt å ha skolelege. Lov og forskrift er ikke like tydelig på dette,”* sier han til Dagens Medisin (15.01.09). Helsedirektoratets direktør, Bjørn-Inge Larsen, motsier seg selv når han først sier at leger er lovpålagt i skolehelsetjenesten, men i neste omgang presiserer at det kun er en nødvendighet. Når lovverk og forskrifter tillater hver enkelt å tolke meningsinnholdet, og selv direktøren i Helsedirektoratet er usikker på hva lov og forskrift mener, er det kanskje ikke å forvente at lovens intensjoner samsvarer med tilbudet i kommunene. Hvis Helsedirektoratet ønsker et bestemt tilbud er det en forutsetning å lage et lovverk som ikke behøver å tolkes, men er utvetydig og klart for alle.

Formålsparagrafen i forskriften (Veileder til forskrift av 3.april 2003 nr. 450, IS-1154) sier at skolehelsetjenesten skal fremme psykisk og fysisk helse, fremme gode sosiale og miljømessige forhold og forebygge sykdom og skade. Dette gjelder i høy grad selv om vi snakker om videregående skole. Forskriftene presiserer at skolehelsetjenesten skal være et lett tilgjengelig lavterskeltilbud for alle kategorier i målgruppen. Det presiseres også at tilgjengelighet er avhengig av at det er tilstrekkelig antall ansatte i tjenesten.

I Larvik Kommune ser vi at tilbudet blir dårligere og dårligere jo eldre ungene blir, og på videregående er det så godt som ingen ting igjen. Dette til tross for at kommunen i sin psykiatriplan har en visjon som sier at *” alle barn og unge, gjennom trygg tilknytning og tilhørighet i familie og nettverk, skal oppleve glede, mestring og medvirkning”*. Man skulle tro at ungdommene ved Thor Heyerdahl også har krav på å være inkludert i denne visjonen.

Skolehelsetjeneste er, som tidligere nevnt, en lovfestet rett fra 0-20 år. Larvik kommune mener også at de i all hovedsak har ivaretatt det psykiske helsearbeidet for barn og unge

innenfor de ulike kommunale tjenestene (Plan for psykisk helsearbeid Larvik kommune 2007 – 2010). Ungdommenes egne besvarelser ang. skolehelsetjenesten ved Thor Heyerdahl videregående vitner imidlertid om noe helt annet. Ut fra hva disse unge mener om dagens tilgjengelighet, kan denne visjonen fortone seg mer som synonymet til visjon, nemlig en illusjon. Bjørn-Inge Larsen, direktør i Helsedirektoratet, kan kanskje med rette være bekymret for det dårlige skolehelsetilbudet ved en del videregående skoler, men ut ifra dagens forskrifter og lovverk har de muligens et vel så stort ansvar som kommunene når tilbudet ikke blir slik intensjonen i lovverket var. Likevel bør det være i kommunens interesse og ha et tilbud som har en klar hensikt. Hensiktene i ”Plan for psykisk helsearbeid” er i og for seg klar nok i seg selv, men man kan stille seg spørsmål om hvordan kommunen tenker å innfri denne planen, med de utfordringene de vedkjenner seg å ha, og ut ifra dagens rammer i skolehelsetjenesten ved Thor Heyerdahl videregående skole. Det hjelper som kjent ingen med fine ord på glanset papir hvis ingenting effektueres.

Tilgjengelighet dreier seg også om å ha et tilbud som treffer den målgruppa de ønsker å hjelpe. Spesielt guttene ser ut til å ha et behov som ennå ikke er dekket av skolehelsetjenesten. Helsedirektoratet (2004) legger vekt på at det tilbudet som finnes skal være relevant. Nå viser det seg at gutter oftere bl.a. søker informasjon og tjenester på nett (Sosial- og helsedirektoratet, 2004), mens jenter i større grad benytter seg av de kommunale helsetjenestene. Dette kan være en del av årsaken til at man ikke treffer guttene med den tradisjonelle skolehelsetjenesten på samme måte som jentene. Et flertall av guttene i mitt materiale var lite komfortable med å oppsøke helsesøster av frykt for stigmatisering, og kanskje delvis pga. sjenanse. Hvis man ønsker å gjøre tjenesten mer attraktiv for guttene er det viktig å ta gutters kultur på alvor. De fleste guttene i undersøkelsen er udelt positive til å kunne snakke med skolehelsetjenesten på nettet. I en livsfase hvor det skjer mange endringer, både fysisk og psykisk, gir anonymiteten på nettet en mulighet for å få svar på spørsmål og justere seg selv uten at man behøver å utlevere seg (Tingstad, 2006). Sosial- og helsedirektoratet påpeker i tillegg på at man må ta hensyn til de geografiske og fysiske lokaliseringene av skolehelsetjenesten. De mener noen grupper må ivaretas spesielt, for eksempel personer med psykiske problemer som angst/ depresjoner og dårlig selvbilde (FOR 2003-04-03 nr450). Hvis man i

utgangspunktet kvier seg for å oppsøke helsesøster kan et overfylt venterom bli en for høy terskel å forsere. Om man i tillegg har angst vil et slikt venterom kunne fortone seg som fullstendig avskrekkende. Det er derfor viktig å tenke nøye gjennom hvem man ønsker å lage et tilbud for når man planlegger skolehelsetjenestens lokalteter.

Johnsons doktoravhandling (2008) viser at så mange som 46 prosent svarer at de tar opp ting på nettet som de ikke diskuterer med legen sin. Skolehelsetjenesten ved Thor Heyerdahl har pr. i dag ingen telefon eller nett-tjeneste og guttene er dermed henvist til andre fora for å få tilfredsstilt sitt behov. Flere sier da også at de har vært innom forskjellige nettsider som tilbyr helseveiledning, som for eksempel Klara Klok. Dersom man ønsker å treffe guttene, er kanskje en nett-tjeneste et alternativ man burde se nærmere på. Det er uansett et behov for kjønnsdifferensiering hvis man skal ha et likeverdig tilbud til alle, og det må tas hensyn til at jenter og gutter beveger seg på forskjellige arenaer og bruker ulike mestringsmetoder. Jeg tror det er viktig at helsesøster har anledning til å møte guttene på deres egne arenaer og på deres egne premisser, og det bør derfor gå an å møtes andre steder enn på helsesøsters kontor, hvis det er det som skal til.

Alle barn og unge opp til 20 år har krav på et tilpasset tilbud om helsetjeneste. Uten tilstrekkelig tilgang på tjenesten er det stor sannsynlighet for at det vil fortsette å gå mange unge rundt på Thor Heyerdahl videregående skole med et utilfredsstilt behov og ønske om hjelp. Kommunen har et lovpålagt ansvar overfor disse ungdommene, som i dag ikke kan sies å være godt nok ivaretatt.

5.4 Markedsføring av tjenesten.

Markedsføring er det fagområdet som er spesielt opptatt av firmaets inntektsside gjennom fokus på omsetning, vekst, innovasjon og lønnsomhet (Handelshøyskolen BI).

Markedsføring er bedriftstiltak som tar sikte på å skape en opplevd forskjell mellom egne tilbud og konkurrerende bedrifters tilbud, på en måte som skaper verdi for kundene (Wikipedia). Markedsføring slik det beskrives her, kan selvfølgelig ikke overføres direkte til skolehelsetjenesten. Likevel kan det være interessant å gjøre seg noen tanker om temaet, siden ungdommene selv bruker begrepet ”å markedsføre seg” når de snakker om helsesøster og skolehelsetjenestens tilbud.

Det største problemet for skolehelsetjenesten, er at den ikke kan ha et økonomisk fokus i forhold til omsetning, vekst, innovasjon og lønnsomhet, som er markedsføringens prioritet nr. en. Å drive helsevirksomhet har aldri vært økonomisk lønnsomt og kommer heller aldri til å bli det. Å skape en forskjell mellom egne tilbud og konkurrerende tilbud er heller ikke særlig gangbart fordi skolehelsetjenesten ikke har noen konkurrerende instanser. Derimot hvis vi ser på hva markedsføring egentlig handler om kan vi kanskje finne noen paralleller. Markedsføring handler om å forstå kundenes behov, for så å tilby produkter og tjenester som møter behovene på en måte som atskiller seg fra konkurrerende tilbud (Wikipedia). Hvordan man markedsfører seg, dvs. møter kundens behov, er derfor en viktig faktor som kan være avgjørende for om kunden velger ditt produkt eller ikke.

Skolehelsetjenesten søker i aller høyeste grad å forstå kundenes, her elevenes, behov for så å tilby ”produkter” og tjenester som møter disse behovene. ”Produktet” og tjenesten finnes allerede, men om ”produktet” eller tjenesten er bra nok er vanskelig å bedømme uten et konkurrerende tilbud. Det er altså ikke økonomisk lønnsomt og det finnes ikke konkurranse, så hvorfor skal man da markedsføre seg? Jo da, det finnes konkurranse! Alle de aktiviteter som utsetter ungdom for livsstiler som helsemessig er uheldig for dem, kan ses på som konkurrenter til skolehelsetjenestens produkt som er helse. Konkurransen finnes for eksempel i rus, vold, spiseforstyrrelser, selvskading, usunt kosthold osv. For å kunne konkurrere ut disse ”produktene,” er det høyst nødvendig å ha et bedre ”produkt,”

som møter elevenes behov på en måte som atskiller seg fra de konkurrerende tilbudene. Og selvfølgelig er det også økonomisk lønnsomt! Tenk på alle de ungdommene som kanskje unngår å bli syke, og hva det sparer samfunnet for økonomisk ved å gi dem tidlig hjelp. Tenk på den omsetningen i form av verdiskapning til samfunnet som disse ungdommene i framtiden vil stå for. Tenk på den veksten dagens unge vil tilføre gjennom egne familieprosjekt. Og tenk hvilken innovasjon det vil være når samfunnet handler ut i fra at vi ikke kan måle ungdoms helse i penger, men ser det verdifulle i at enkeltmennesker kan skånes for sykdom og lidelse gjennom forebyggende og helsefremmende tiltak. Da blir antagelig markedsføring av skolehelsetjenesten økonomisk lønnsomt likevel.

Et flertall av elevene ytrer ønske om å bli kjent med helsesøster, slik at et tillitsforhold kan etableres. Flere av elevene påstår de har gått tre år ved skolen uten å ha møtt helsesøster. Dette kan selvfølgelig skyldes andre årsaker enn at helsesøster ikke markedsfører seg, som for eksempel fravær hos elevene eller at helsesøsters arbeidsoppgaver ikke står i forhold til ressursene. Likevel er dette betenkelig, ut ifra vedtatte satsning innenfor bl.a. forebygging av psykisk helse, og man kan vel trekke en forsiktig slutning om at markedsføringen i beste fall er noe mangelfull.

En stor utfordring for skolen kan se ut til å være etablerte negative fordommer blant elevene mot skolehelsetjenesten. Dette står i kontrast til Kari Langaards artikkel (2006), som hevder at skolehelsetjenesten er forbundet med lite stigma fordi det er et tilbud til alle. Fordommene er nok sterkest hos guttene, men dette kan være en av årsakene til at også mange jenter unngår å oppsøke helsesøster når de har problemer. Jeg tror både elever, personalet ved skolen, ungdomsmiljøet og skolehelsetjenesten selv, er tjent med å markedsføre seg på en ny og tydeligere måte slik at disse fordommene kan reduseres. Elevene i undersøkelsen gir sterkt uttrykk for at dagens tjeneste er dårlig markedsført, og de er usikre på hva tjenesten inneholder. En måte å redusere fordommene på kan være å gi mer og hyppigere informasjon om alt hva denne tjenesten kan tilby. Slik kan flest mulig bli trygge på at man ikke nødvendigvis har psykiske problemer dersom man går til helsesøster, det kan faktisk dreie seg om hva som helst, slik tidligere nevnte gutt ønsket. Man trenger ikke engang å ha psykiske problemer selv om man er ”deppa” og forvirret.

Psykiske vansker er ofte normale reaksjoner på vanskelige situasjoner (Sosial- og helsedirektoratet, 2004) og det trenger også de unge å vite.

Elevene mener selv at det som skal til er at helsesøster kommer og presenterer seg i klassene og forteller litt om hvem hun er og hva hun kan tilby av tjenester. Gjerne at hun stikker innom av og til og gir aktuell informasjon, og helst også tilbyr veiledning av aktuelle temaer klassevis. Dette er helt i tråd med hva elevene i Olaisens (2007) prosjekt ønsker. Og de ønsker seg i grunn ikke mer enn det de formelt sett har krav på i følge forskriftene (Sosial- og helsedirektoratet, 2004).

Temaer som sex og samliv, psykisk helse, kropp og utvikling, rus og doping, ansvar og selvstendighet, vennskap og mobbing er eksempler på innfallsvinkler som kan diskuteres i klassene. Klassebaserte tiltak er samtidig en enkel måte å komme i dialog med mange av elevene på, og en stor mulighet til å fange opp tidlige signaler på problemer. Det kan også gi en mulighet til tidlig sortering av alvorlige og mindre alvorlige problemer. I tillegg gir det en unik mulighet til å treffe de elevene som kvier seg for å oppsøke helsesøster på egen hånd, og kanskje denne kontakten kan skape den tilliten som skal til for å gi inspirasjon til et første møte. Diverse skoleprogrammer hevder også at formidling av kunnskap om bl.a. psykisk helse i skolen er et tiltak som gir gode resultater (Schancke, 2005). Kommunen sier dessuten (Larvik Kommune, Plan for psykisk helsearbeid Larvik kommune 2007 – 2010) at kompetanse er en viktig del av holdningsskapende arbeid.

Live Schulstock, helsesøster ved Thor Heyerdahl, forteller på tlf. (05.05.09) at opplæringsprogrammene "Psykisk helse i Skolen" ikke er tatt i bruk på Thor Heyerdahl. Opplæringsprogrammene "Psykisk helse i skolen" har vært et samarbeidsprosjekt for perioden 2004-2008 og er forankret i og finansiert under "Regjeringens strategi plan for barn og unges psykiske helse «... sammen om psykisk helse...» (2003)" og "Opptappingsplanen for psykisk helse (1999–2008)". For videregående skole er det laget fire slike programmer, tre for elevene og et for lærerne. Elevprogrammene tar sikte på å styrke det psykososiale miljøet i skolen, lære ungdom hvordan de tar vare på egen psykisk helse, og hvordan de kan være venn med en som har det vanskelig.

Lærerprogrammet har fokus på hvordan lærere gjennom bedre forståelse for psykisk helse, kan hjelpe elever som sliter psykisk med den tryggheten de trenger for å ta den første samtalen. Schulstock anser disse programmene for å være en god metode, men sier det krever en del ressurser også fra lærerne, og dette har det så langt ikke vært rom for i den store byggeprosessen av ny skole.

Behovet for coaching og veiledning øker stadig i den voksne befolkning, og det er ingen grunn til å tro at ungdom har noe mindre behov for rettledning. Ved å kalle samtaler med helsesøster for eksempel utviklingsfremmende samtaler (Olaisen, 2007), coaching, veiledning eller livsmestring, kan elevene kanskje få et nytt perspektiv på det å besøke helsesøster. Det er i slike samtaler viktig å legge vekt på at det handler om å ta i bruk egne ressurser og å finne mestringsmåter, eller salutogene faktorer, som gjør at personen selv stoler på at han/ hun kan ta fornuftige valg, slik som empowermentprosessen beskriver. For å kunne gi ungdommene slik veiledning, er det nødvendig å kunne vurdere hva som er "normalt" og hva som ikke er "normalt" Man må kunne skille vanlige ungdomsproblemer fra problemer som trenger behandlingstiltak. Riktig kompetanse er derfor en nødvendighet (Olaisen, 2007).

Ungdom i utsatte grupper trenger kanskje særlig og gjøres oppmerksom på hva skolehelsetjenesten kan bistå med i forhold til deres spesielle utfordringer. Unge med minoritetsbakgrunn som ofte forholder seg til flere kulturer samtidig, kan ha særlig nytte av støtte og veiledning. Veiledning i bl.a. hvordan man kan takle og forholde seg til den balansegangen det krever å leve med dobbelt eller blandet kulturell tilhørighet. Det er i den sammenheng viktig å ha flerkulturell kompetanse for å kunne veilede den enkelte best mulig. Unge med foreldre som har minoritetsbakgrunn er som nevnt den gruppen barn og unge med høyest utbredelse av psykiske vansker (Helsedirektoratet, 2007). I tillegg har man som helsesøster et spesielt ansvar i forhold til jenter som er i faresonen for å bli utsatt for tvangsekteskap og/ eller omskjæring. Helsepersonell har som nevnt en straffesanksjonert plikt til å søke å avverge kjønnslemlestelse, og da må man nødvendigvis ha en oversikt over de som er i risikozonen. Unge med annen seksuell legning er også en gruppe man bør vie ekstra oppmerksomhet, da dette er en gruppe som viser seg å være spesielt utsatt for bl.a. depresjoner og selvmord (Larvik kommune 2007-

2010). Man kan imidlertid anta at det er spesielt vanskelig for disse ungdommene å oppsøke hjelp og veiledning, og man er derfor avhengig av muligheten til å drive oppsøkende virksomhet.

Hvis man virkelig ønsker at flere unge skal benytte seg av skolehelsetjenesten, er det nødvendig å ta i bruk de virkemidler som trengs for å gjøre tjenesten kjent for alle. Det er viktig å få fram at ingen spørsmål er for små eller for ubetydelige. Å dele ut brosjyrer og plakater viste seg å være nyttig for både elever og lærere i Olaisens prosjekt (2007). Både informasjon i klassene, klassebaserte tiltak, skoleprogrammer og temadager bør kanskje være et tilbud til elevene, i tillegg til enkeltsamtaler. I tillegg kan man utnytte skolehelsetjenestens hjemmeside i større grad, da den pr. i dag kun opplyser om tjenestens åpningstider.

Når alle elevene i min undersøkelse kjenner til at det finnes et tilbud om skolehelsetjeneste, men likevel ikke ønsker å benytte seg av dette tilbudet, kan man kanskje trekke en slutning om at situasjonen faktisk er grei som den er. Det bør være opp til hver enkelt om de ønsker å bruke tilbudet eller ikke, og man bør vel kunne forvente at ”voksen” ungdom tar kontakt hvis de virkelig er i behov av hjelp, kan man kanskje tenke. Da er det kanskje ikke like interessant å bruke masse midler på en utvidelse av skolehelsetjenesten heller, hvis man ikke har tro på at investeringene vil gi noen særlig gevinst i form av færre problemer blant de unge på videregående.

Rammebetingelsene er selvfølgelig av avgjørende betydning for de tilbud og de markedsføringstiltak som til en hver tid er mulige å få til i skolehelsetjenesten. Det å utvide dagens tilbud vil rimeligvis gi en merkostnad for kommunen og passer sannsynligvis ikke inn i kommunens økonomiske prioriteringer. På tross av at videregående skoler er et satsningsområde innenfor det forebyggende psykiske arbeidet, står altså skolehelsetjenesten faktisk i fare for å miste sin vakante stillingsbrøk på 30 prosent pga. innsparinger. Man gjør kanskje disse vurderingene ut ifra nevnte ”bilde” om at flertallet av elevene likevel ikke benytter tilbudet, når man prioriterer disse nedskjæringene. Da velger kommunen imidlertid å se helt bort fra de faktorene som er

sannsynlig årsak til at tilbudet blir lite brukt, og de ser bort fra den forebyggende og menneskelige helsegevinsten man antagelig vil få ved en utvidelse. Ungdommen i mitt materiale gir sterkt uttrykk for at de ønsker, og har behov for, et bedre og bredere tilbud. Sannsynligheten er faktisk stor for at et utvidet tilbud vil føre til en større etterspørsel, og tall fra Olaisens (2007) prosjekt ved Lambertseter videregående bekrefter også dette. Skolehelsetjenesten ved Lambertseter fikk økt kapasitet fra 50 prosent helsesøster i 2003/04 til 80 prosent helsesøster og 40 prosent klinisk pedagog i prosjektperioden 2004-2006. Skolen hadde 684 elever i 2004/05 og 754 elever i 2005/06. Antall elevkonsultasjoner økte i denne perioden fra 630 i 2003/04 til 1093 i 2004/05 og 1100 i 2005/06. Av de 1093 konsultasjonene i 2003/04 handlet 8 prosent om psykisk helse.

Larvik kommune tilkjenner at det er en utfordring at unge med problemer ikke tar kontakt når de trenger hjelp (Larvik kommune, 2007-2010). Likevel er det sånn ved Thor Heyerdahl i dag at det ikke engang er ressurser til å hjelpe dem som faktisk oppsøker hjelpen. Helsesøster Live Schulstock sa allerede i 2006 at hun ikke greier å hjelpe alle som trenger henne, og trykket har garantert ikke blitt mindre de siste årene. Larvik kommune burde kanskje først og fremst bekymre seg over denne utfordringen. Man skulle også tro at det er i kommunens interesse å snu denne trenden i og med dem hevder at tidlig intervensjon har vært et satsningsområde de siste årene. Man må ikke gå i den fella og tro at tidlig intervensjon er ensbetydende med å jobbe med de minste barna. Det som er avgjørende for om skolehelsetjenesten blir benyttet ser ut til å være bl.a. innhold/relevans til ungdoms problemer, trygghet på tjenesten og personalet samt tilstrekkelig tilgjengelighet. Ut ifra at mange unge med problemer ikke søker hjelp når de har behov for det, kan man anta at det også finnes store mørketall når det gjelder behovet for bistand. Kommunen har gjennom skolehelsetjenesten et ansvar for å kartlegge og forsøke å fange opp disse elevene. Da må lærere og skolehelsetjenesten både kjenne til og samarbeide om elevenes helse. Hvis tilbudet skal være trygt, relevant og tilgjengelig, er det imidlertid et minimum at tilbudet er godt kjent for alle og at det finnes nok ressurser til å hjelpe de som oppsøker tjenesten.

5.5 Anonymitet - hørt men ikke avslørt.

Anonymitet er en faktor som går igjen i besvarelsene. Behovet for anonymitet og viktigheten av taushetsplikt. Mange av informantene ønsker å bli hørt, men helst ikke sett, eller avslørt når de oppsøker helsesøster. Det kommer også frem av undersøkelsen at flertallet ser anonymitet som en grunnleggende forutsetning for å benytte seg av skolehelsetjenesten. Hvorfor denne anonymiteten er så viktig kan ha flere årsaker. En side ved anonymiteten er selvfølgelig at det man prater om ikke kommer videre til andre, uten at det i så fall er i samråd med den enkelte elev. Ut over dette ser det ut til at gutter og jenter kan ha forskjellige perspektiver på anonymitet, og det bør være av vesentlig betydning når man planlegger skolehelsetjenestens tilbud.

Et flertall av guttene sier de er redde for å benytte seg av tjenesten av frykt for å bli sett av andre, spesielt av venner. En gutt påpeker at det å bli sett av venner med stor sannsynlighet medfører at det vil bli kommentert og pratet om. Det kan se ut til å være en allmenn oppfatning blant guttene at man sjeldent får fysiske problemer i denne alderen. Hvis man da likevel går til helsesøster blir man fort misstenkt for å ha problemer av psykisk karakter. ...*"Folk spekulerer så mye,"* ... påpeker en gutt. Og, som tidligere nevnt, er det å ha psykiske problemer tabu for ungdommen. En annen gutt bekrefter disse misstankene når han ønsker at *"alle elever kan gjøres oppmerksom på at det å gå til helsesøster kan handle om hva som helst, fordi det er litt tabu å gå dit"*. En gutt sier også at det å legge deler av helsestasjon for ungdom inn i skolen ikke er så bra for de som ikke er elever ved skolen. *"Tenk om de møter venner inne på skolen, da vil alle skjønne at du er på vei til helsestasjonen siden du ikke har noen annen grunn til å være der."* På den annen side påpeker han også at helsestasjon for ungdom kan tilføre flere ressurser som vil gjøre tjenesten mer tilgjengelig for elevene på skolen.

Ut ifra det vi vet, om hvor viktig det er for de unge å følge de kulturelle kodene og gjøre de riktige tingene for å bli akseptert i miljøet, er det også viktig å ta disse faktorene med i betraktningen når man utarbeider et tilbud til elevene. Hvis det å gå til helsesøster betraktes som feil handlemåte (kapital), kan en slik handling føre til utstøting og marginalisering og da er det kanskje ikke så merkelig at gutter kvier seg for å gå til

helsesøster. Det enkleste blir derfor å la være å utsette seg for denne risikoen, ved ikke å oppsøke helsesøster i det hele tatt. Flere nevner også at de kjenner til tilfeller hvor taushetsplikten ikke er ivaretatt, ikke nødvendigvis av helsesøster eller skolehelsetjenesten, men det skaper likevel en misstillitt til det offentlige helsesystemet og en frykt for at det også kan skje hos helsesøster.

Jentenes perspektiv ser ut til å handle mer om å kunne betro seg til en person uten at venner og kanskje spesielt foreldre får greie på det. De fleste jentene ser heller ikke ut til å ha problemer med å oppsøke helsesøster, bl.a. fordi det er en større aksept for jentenes benyttelse av skolehelsetjenesten i ungdomsmiljøet generelt. Både jentene og guttene sier noe om at det er greit for jentene å gå til helsesøster fordi de trenger p-piller og mulighet for å sjekke at de bl.a. ikke er gravide. Dette faller inn under temaet sex og er tydelig en akseptert grunn til å oppsøke helsesøster. Kanskje fordi dette er noe både guttene og jentene har felles nytte av. Sex er også et tema som er helt greit for ungdom å snakke om. Derfor blir det også enklere for jentene å kunne kamuflere besøk som handler om helt andre ting en prevensjon og sex, og det samme behovet for anonymitet i form av hemmeligholdelse ser ut til å være unødvendig.

At gutter og jenter har forskjellige mestringsstrategier er sannsynligvis også utslagsgivende når det gjelder å benytte seg av helsesøster. Det ligger i jentenes mestringsstrategi å bruke sosial støtte og sosiale relasjoner for å bearbeide problemer. Dagens helsesøstertilbud ved skolen baserer seg mye på individuelle samtaler og er dermed mye mer tilpasset jentenes behov. Jentene uttrykker da også i undersøkelsen at de er fornøyde med individuelle samtaler med helsesøster. I tillegg til individuelle samtaletilbud har skolehelsetjenesten det siste året hatt et forsøk med jentegrupper, sier helsesøster, Live Schulstock. Gruppene har gjennom diskusjoner hatt veiledning i aktuelle temaer som oppleves vanskelig og som jentene selv er opptatt av, bl.a. psykisk helse, venner, mobbing, alkohol, egne grenser osv. Tanken bak prosjektet var å gi disse ungdommene noe ekstra, fordi psykiske vansker er en utbredt problematikk ved skolen. En bærebjelke i tiltaket har vært at gruppen har hatt taushetsplikt, noe som er overholdt av alle. Erfaringene fra dette tiltaket, er at jentene i gruppen ønsker seg mer av dette, og sier de gjerne kan bruke fritimene hvis det er eneste mulighet. Live Schulstock mener selv

disse gruppene har vært veldig bra, men sier det egentlig ikke er tid til å ha slike grupper. De har imidlertid likevel valgt å bruke noen av timene som de ellers skulle vært tilgjengelige for elever på kontoret for å få det til. Hun ser klart verdien av dette, men påpeker at grupper er vanskelig å få til på dagtid fordi det går utover skoletimene, noe skolen ikke er så glad for.

Guttenes mestringsmåte som handler om å avlede seg selv, passer ikke like godt inn i dette tilbudet. Live Schulstock forteller at forskning viser til at gutter ikke like gjerne diskuterer i grupper som det jentene gjør, og guttegrupper er derfor ingen god løsning for å treffe guttene. Hun viser til at det ved enkelte helsestasjoner for ungdom er forsøkt med rene guttedager uten at det ble en suksess, og at det jobbes med å finne gode løsninger og tilbud også til guttene. Hun mener også at gutter er mer aktivitetorientert og profiterer bedre på en til en samtaler. Gutter oppsøker helsesøster mer på drop-in basis, eller kommer gjerne via eller sammen med rådgiver sier Olaisen (2007). Rådgiver ved Thor Heyerdahl, Berit Nordbø, bekrefter på tlf. (05.05.09) at det er en økning av sosialpedagogiske problemer blant elevene, og sier de bruker mye tid på dette. Hun sier også at samarbeidet med helsesøster har vært dårlig de siste årene pga. alle de forskjellige lokalitetene under byggeprosessen.

Hvis det å droppe innom er guttenes måte å mestre frykten for å oppsøke helsesøster, vil det gjøre det ekstra vanskelig for dem hvis det er lite rom for spontane besøk hos skolehelsetjenesten. At gutter kommer via eller i følge med rådgiver kan bety at dette oppfattes som mer ufarlig i guttemiljøet, fordi rådgiver har med helt andre ting å gjøre enn psykisk helse. Man kan dermed lettere kamuflere et besøk hos helsesøster som generell veiledning. Samarbeid med rådgiver kan derfor være svært verdifullt når man ønsker å komme innpå guttene. Antagelser (Olaisen, 2007) viser at gutter trenger tett oppfølging i kontaktetableringsfasen, og har nytte av støtte fra venner, rådgivere og lærere. At gutter kjenner andre som mottar hjelp er også av betydning (ibid). Det blir derfor ekstra viktig å alminneliggjøre og ufarliggjøre vanlige ungdomsproblemer. Med temabaserte diskusjoner i klassene vil elevene antagelig oppleve hvor normalt det er å ha alle mulige "rare" spørsmål i denne fasen av livet.

Ved siden av anonymitet er tillit av stor betydning for ungdommene i materialet. Jentoft (2005) konkluderer i sin undersøkelse med at ungdom har en umiddelbar tillit til personell og institusjonen helsestasjon for ungdom. Det er mulig at de som oppsøker denne tjenesten og skolehelsetjenesten opplever denne umiddelbare tillitten, men hva med dem som aldri benytter seg av disse tjenestene? Tillit til personer bygger på gjensidig respons og engasjement. Det kan defineres som tiltro til en persons eller et systems pålitelighet, der tiltroen uttrykker en tro på en annens redelighet. Tillit kan dermed både være et trekk ved relasjonen mellom to eller flere individer, og mellom individer og system eller institusjon(Giddens, 1997).

Flere av ungdommene i mitt materiale uttrykker at de ikke tar skolehelsetjenesten på alvor, at de ikke kjenner helsesøster og at de ikke ønsker å gå til en fremmed med problemene sine. Kan slike utsagn tyde på at en del av elevene mangler den umiddelbare tillitten, og nettopp derfor lar være å oppsøke disse tjenestene? Man kan muligens si at de mangler opplevelsen av den gjensidige responsen og engasjementet som er en forutsetning for tillit. På den annen side er alle enige i at helsesøster er en nødvendighet ved skolen, og ønsker også å benytte seg av samtaler med henne. Tillitsproblemene handler derfor kanskje vel så mye om misstillit til det systemet og det manglende tilbudet som helsesøster praktiserer under. Det at de ikke tar skolehelsetjenesten på alvor handler antagelig om at tilbudet anses som dårlig og lite treffende, spesielt for guttene. At de ikke kjenner helsesøster og derfor ikke ønsker å ta opp personlige problemer med henne, understreker vel bare at dårlig tilgjengelighet og mangel på tillit medfører en eksklusjon av tilbudet for mange elever.

5.6 Hvordan ungdommens ønsker kan imøtekommes av skolehelsetjenesten.

I dette avsluttende kapittelet i diskusjonsdelen vil jeg trekke frem noen mulige tiltak som tar utgangspunkt i de ønskene som ungdommene fremstiller i materialet. Disse ønskene viser at det er flere hensyn å ta når man skal tenke forebyggende og helsefremmende tiltak til denne aldersgruppen. Man må først og fremst kjønnsdifferensiere tilbudene fordi, gutter og jenter har svært forskjellige mestringsstrategier og fordi de beveger seg på ulike arenaer. Dernest må man ta hensyn til gutters kultur som gir dem et sterkt behov for anonymitet. Og sist men ikke minst er det viktig å møte dem på de ønskene de faktisk har når det er mulig. På sikt mener jeg skolehelsetjenesten bør jobbe for å bli så involvert i elevenes skolehverdag at det å snakke med helsesøster blir en helt normal "greie" for alle ungdommene, både gutter og jenter. Det vil kreve et nært samarbeid med lærerne, og det er viktig at et slikt samarbeid oppleves som nyttig for alle parter.

Det jeg vil kalle hovedfunnet i denne undersøkelsen er at det store flertallet ønsker veiledning og undervisning i psykiske vansker, eller det som for mange egentlig dreier seg om vanlig livsproblematikk og livsmestring. For å imøtekomme elevenes behov er det nødvendig å kunne undervise og veilede flere samtidig, i tillegg til personlige samtaler. Å benytte en til en samtaler på å veilede i problematikk som har utgangspunkt i generelle spørsmål, er unødig bruk av tid og ressurser. Dessuten kan en del av disse personlige samtalene bli overflødige hvis ungdommen får anledning til å spørre og få svar på sine spørsmål i en klasseveiledning. Å diskutere gruppevis kan i tillegg øke hver enkelts toleranse og innsikt i at det er normalt å ha problemer, og det er normalt å trenge råd og veiledning av og til. Det kan igjen føre til at behovet for anonymitet kanskje reduseres med tiden.

Forebyggende psykisk helsearbeid i skolen kan utføres på mange måter uten særlig ekstra kostnader, men det gjelder å bruke fantasien for å treffe ungdommene på deres hjemmearena. Forskjellig typer informasjon og opplysning kan for eksempel lages som quiz i kantina i forbindelse med storefri, sammen med lunchen en gang pr mnd. eller så. Samarbeid med lærerne er viktig slik at også relevante fagspørsmål kan være med i quizen. De aller fleste ungdommer elsker quiz, men det må selvfølgelig være premie.

Premien trenger ikke være mer enn for eksempel en gratis baguette i kantina, for det å gå av med seieren teller gjerne mest. Man kan kjøre blandet quiz med opplysning om psykisk helse, seksualveiledning, kjønns sykdommer, generell helse, blandet med andre fag. Det må arrangeres som et morsomt pusterom for elevene, og ut ifra salutogene prinsipper kan det være lønnsomt å få inn flest mulig gode opplevelser i skolehverdagen, fordi dette kan minske stressnivået for mange. Som helsesøster vil man i tillegg få markedsført seg på en positiv måte, og elever og helsesøster får en felles opplevelse som man kan bygge videre relasjoner på. Man blir kjent med mange elever på en gang og man får spredt viktig informasjon på en morsom og ikke så alvorlig måte. Humor kan med fordel brukes når man skal lære nye ting, selv med alvorlige temaer. Slike tiltak vil også gi rom for is brytende ufarlige samtaletemaer med elevene ute i skolemiljøet. Hvis man inviterer ungdommene til idédugnad, vil det garantert komme mange gode ideer til innfallsvinkler man kan bruke i det forebyggende arbeidet.

En innfallsvinkel for å treffe de guttene som bruker trening som avledningsmanøver ved problemer, kan være å utnytte det potensialet som ligger i å ha Spenst treningscenter i tilknytning til skolen. Helsesøster må ut av kontoret og inn på guttenes arena for å opprette dialog. Ved å lage treningsgrupper hvor også helsesøster kan delta, har man en arena hvor guttene er på hjemmebane og man vil her få mange gode innfallsvinkler til å skape en relasjon. Spenst treningscenter har dessuten et samarbeid med Antidoping Norge, og kompetansen på treningscenteret kan utnyttes til veiledning og informasjon i forhold til anabole steroider, doping og kosthold i tilknytning til treningen. Dette er temaer flere gutter etterlyser informasjon og veiledning på.

Man kan også kjøre informasjonskampanjer på storskjerm i spinningssalen, selvfølgelig i samarbeid med Spenst, hvis man har spinning i gymtimen. Det man ser på denne skjermen når man trener husker man ofte veldig godt. Hovedpoenget er at man må bruke det man har av muligheter i nærmiljøet til å tenke alternative informasjons og veiledningsalternativer som treffer ungdommene.

Helsesøster ved skolen sier de har hatt god erfaring med jentegrupper, noe jentene bekrefter ved å ønske mer av dette tilbudet, gjerne til og med i fritimene. Det sier ganske mye om behovet for å ha noen å diskutere problemene sine med. Dette er imidlertid vanskelig å få til, i følge helsesøster, fordi det kommer i konflikt med det faglige tilbudet i skolen. Når elever blir tatt ut av timene for å gå på disse gruppene, mister de verdifull undervisning. Det gjør de også for så vidt når de oppsøker helsesøster for enkeltsamtaler, men dette regnes likevel som gyldig fravær. Sett fra skolens ståsted er det forståelig at dette fraværet ikke er ønskelig. De har sitt rammeverk gjennom kunnskapsløftet å forholde seg til, hvor elevene skal vurderes i alle fag, og med mye fravær blir dette selvfølgelig en vanskeligere oppgave for lærerne. Likevel står det også i kunnskapsløftet at alle elever i grunnskoler og videregående opplæring har rett til et godt fysisk og psykososialt miljø som fremmer helse, trivsel og læring. Det presiseres at elevene må føle trygghet og trivsel for å kunne lære og for å kunne tilegne seg ny kunnskap. Det krever en helhetlig og vedvarende innsats fra hele skolesamfunnet for å skape et godt læringsmiljø, og det er nødvendig med et bredt samarbeid (Kunnskapsdepartementet). Det er ikke enkelt å konsentrere seg om fag hvis livet ellers oppleves som en ”krigssone”, noe kunnskapsløftet har tatt høyde for. Da er det viktig at dette samarbeidet fra ”hele skolesamfunnet” fungerer, og skolehelsetjenesten er også en del av dette skolesamfunnet. Likevel vil dette være en interessekonflikt mellom fag og helse som jeg tror det er vanskelig å løse på dette nivået. Hjälmhult, Wold og Samdal (2002) sier også i sin undersøkelse at et tettere samarbeid mellom skole og skolehelsetjenesten ser ut til å være særlig vanskelig å få til. Man kan imidlertid ikke slå seg til ro med det når man forstår hvor viktig et slikt samarbeid er for elevenes psykiske helse.

Informantene i denne undersøkelsen er veldig positive til å kunne kommunisere med helsesøster på nettet. De mener selv at nettet vil gjøre det enklere for mange å komme i dialog med skolehelsetjenesten, kanskje spesielt for gutter, fordi de ofte benytter nettet til informasjonsinnhenting og er svært opptatt av anonymitet. Det vil antagelig også gi en god mulighet til å komme i dialog med de elevene som ikke tør å gå til helsesøster grunnet sjenanse, frykt for å bli sett osv. Man kan på en enkel måte gi/ få svar på mindre alvorlige spørsmål, og det vil i tillegg kunne redusere besøk hos helsesøster som ikke trenger en konsultasjon for og ordnes opp i. Nettsiden kan i tillegg brukes som et

informasjonsverktøy for å nå ut til alle elever ved skolen, og den bør også være en link til andre nyttige nettsider som for eksempel psykisk.no. osv. En forutsetning for en slik nettjeneste, er selvfølgelig at man har nok ressurser til at fagpersoner har tid til å svare på disse henvendelsene på en rask og grei måte.

Elevene har gjennom kunnskapsløftet rett til et godt fysisk og psykososialt miljø som fremmer helse, trivsel og læring. Psykiske problemer går ut over skoleprestasjonene, sier informantene. Da må man gjøre noe med de psykiske problemene før man kan forvente full effekt av læringen, og en måte å gjøre dette på er å innlemme opplæring i psykisk helse og livsmestring på timeplanen. Viktigheten av å oppnå livsmestring bør være minst like viktig som de fagene man ellers har i skolen i dag, og sannsynligheten for at det vil gi positiv effekt på de faglige prestasjonene er stor. Kanskje det er noe å tenke på når vi fortviler over nivået på de nasjonale prøvene.

Forebyggende tiltak er som hovedregel ikke gratis selv om man kan gjøre mye med beskjedne midler. Hvis man imidlertid mener noe med tidlig intervensjon og forebygging, er det en forutsetning å ha nok fagfolk som kan drive relasjonsbygging og derigjennom fange opp ungdommene på et tidlig stadium. Litteratur som beskriver forebygging av helseproblemer blant ungdom, er enige om at det er langt mindre kostbart å være i forkant av problemene enn å vente til de begynner med ”selvmedisinering” i form av rus, spiseforstyrrelser, selvskading, utagerende atferd eller kriminelle handlinger. En elev påpeker nettopp at ...”*det er viktig å ha noen å snakke med sånn at man ikke må ty til for eksempel rus for å bli kvitt problemene*”.... Viktigheten av å ha noen å snakke med bekreftes også i Schanckes rapport (2005) som viser at relasjonelle variabler har positiv effekt på rusmiddelbruk blant barn og unge. Nordahl (2003) peker også på at en god relasjon mellom lærer og elev er en av beskyttelsesfaktorene i skolen.

Sosial- og helsedirektoratet anser sine faglige retningslinjer som anbefalinger og råd. De er ikke direkte rettslig bindende, men dersom kommunen velger løsninger som i vesentlig grad avviker, bør dette dokumenteres og begrunnes (Sosial og helsedirektoratet, 2004). Fylkesmannen og Helsetilsynet i Vestfold gjennomførte i perioden 10.01.08 – 30.06.08

tilsyn med kommunale barnevern-, helse- og sosialtjenester til barn i Larvik kommune. Tilsynet omfattet tjenester og tiltak til utsatte barn i skolepliktig alder, og ved overgangen fra barn til voksen. Tilsynet undersøkte om de tre kommunale tjenestene, ved behov, samarbeider om å gi utsatte barn rette tiltak og tjenester til rett tid. Det ble ikke funnet avvik på de reviderte områdene. Tilsynsmyndigheten har ikke funnet grunn til å gi merknader (Fylkesmannen og Helsetilsynet i Vestfold, 2008). Det betyr at Larvik kommune opererer innenfor det lovveket som helsemyndighetene krever, men det bør kanskje nevnes at denne undersøkelsen ble foretatt før kommunen valgte å si opp avtalen med skolelegene. Om Larvik kommune opererer innenfor hva som er moralsk riktig, ut ifra egen målsetting ang. helsetilbudet til ungdom på videregående, og ut ifra elevenes behov, er en helt annen sak. En sak kommunepolitikerne kanskje bør ta ny stilling til.

6 SKOLEHELSETJENESTENS BETYDNING FOR UNGDOMS HELSE - OPPSUMMERING OG KONKLUSJON.

Undersøkelsens resultater viser at elevene ønsker seg større tilgjengelighet og flere ressurser i form av noen de kan prate med, spesielt om psykiske utfordringer. De ønsker seg anonymitet og en helsetjeneste med taushetsplikt som er til å stole på. De aller fleste ønsker seg også en nett tjeneste hvor de kan få svar på sine ”pinlige” spørsmål, av en fagperson de har tillit til, men sikkerhet og anonymitet må da være ivaretatt. Når man planlegger skolehelsetjenestens arbeidsmetoder og innhold, er det viktige å ta hensyn til slike ønsker og behov.

Med et kritisk tilbakeblikk på oppgaven, kan jeg si at valget om å la elevene selv skrive sine ønsker og refleksjoner rundt skolehelsetjenesten, har vært et riktig valg. Det har gitt meg svar og betraktninger som er elevenes egne, med minimal påvirkning fra forsker. På den annen side kunne dybdeintervjuer kanskje fått fram enda mer dybde i hva elevene sliter med, men likevel var det ikke det jeg opprinnelig var ute etter. Jeg ønsket primært ikke å forske i elevenes problemer, men å få et bilde av hva de ønsker seg og har behov for av tilbud fra skolehelsetjenesten, og ut ifra den kunnskapen kunne tenke hensiktsmessige tiltak. De resultatene som foreligger kunne også blitt annerledes hvis jeg hadde valgt å bruke informanter fra forskjellige avdelinger. Mine to informantklasser er hentet fra VG 3, allmenn påbygging for yrkesfag. Det kunne vært interessant med en sammenligning av resultater, hvis en av klassene hadde vært hentet fra for eksempel allmennfag. Det ville kanskje gitt et annerledes resultat hvis man tenker skolen som helhet, men det kan uansett ikke undergrave de funn som har fremkommet av denne undersøkelsen. Disse funnene er også sammenfallende med funn fra undersøkelsen Target Health i 2006, hvor det dessuten var flest svar fra allmennfaglig linje.

Informantene peker på at skolehelsetjenesten har dårlig tilgjengelighet, det treffer bare en liten del av målgruppen, og terskelen for å tørre å gå dit er for mange for høy. Ut ifra hva de ønsker seg, kan vi ha som utgangspunkt at målet er hjelp til mestring. Elevene er helt

tydelige på at de trenger noen å prate med for å finne ut av problemer og utfordringer. At ”*alt skjer på en gang*” og at ”*alt blir stort på denne tida*” tyder på at de mestringsstrategiene de så langt har opparbeidet seg gjennom erfaring, ikke lenger er tilstrekkelige eller gyldige for alt det nye som skjer. Lazarus (2006) påpeker at mestringsopplevelse starter med følelsene. Det er hvordan vi opplever ting følelsesmessig som avgjør om vi opplever mestring eller ikke. Så lenge følelsen er preget av forvirring, indre kaos og manglende kontroll over livet, er det vanskelig å oppleve en følelse av mestring. Og det stresset de opplever er jo nettopp et uttrykk for denne manglende mestringen. Med kunnskap om hva ungdommene selv sier at de trenger, er det klart mye enklere å opprette et tilbud som vil treffe målgruppen. Tilbud som opprettes etter ønsker fra målgruppen gjør det også lettere for ungdommene å føle at de blir tatt på alvor. Det å bli tatt på alvor og i tillegg tatt med på råd, kan gi et større eierforhold til tjenesten som igjen kan være positivt for det relasjonsarbeidet og den tilliten skolehelsetjenesten er basert på.

Mange er bekymret for sin psykiske helse. Man kan lure på om samfunnets bekymringer for befolkningens psykiske helse, gjør at friske ungdommer med helt naturlige reaksjoner på ungdomstidens mange utfordringer, feilaktig tar denne forvirringen for å være psykiske lidelser som trenger behandling. Samfunnets endringer påvirker barn og unges oppvekst og levekår, og samfunnet har dermed et ansvar for å møte de reaksjonene disse oppvekstvilkårene skaper hos de unge. Stress relatert til prestasjonskrav er en slik reaksjon hos ungdommene. Den er høyst forståelig og store deler av befolkningen kjenner nok på de samme reaksjonene jevnlig. Forskjellen er at de unge ikke er like godt kognitivt og erfaringsmessig rustet til å håndtere dette stresset.

Denne undersøkelsen kan tydelig slå fast at det er mange ungdommer som opplever at de trenger hjelp fra skolehelsetjenesten, og både helsesøster, rådgiver og leder for elevtjenesten er klare på at det er mange elver med psykiske vansker på Thor Heyerdahl videregående skole. Da er det et tankekors at helsetilbudet til disse ungdommene er så dårlig ivaretatt. Det er kanskje på videregående de møter flest stressfaktorer i form av krav til skoleprestasjoner, og det å skulle stå på egne ben og å ta riktige valg og avgjørelser for seg selv. Dette er også siste mulighet for skolehelsetjenesten til å fange

opp de som har problemer, før de forsvinner ut i voksenlivet. Når vi vet at tidlig intervensjon kan ha en sekundæreffekt ved å redusere forekomst av psykiske problemer i voksen alder (Verdens Helseorganisasjon, 2009), er det betenkelig at man er villige til å la denne muligheten gå fra seg. Hvis samfunnet ikke ønsker å bidra til å virkeliggjøre WHO's spådommer om depresjonsproblematikk innen 2020, er det kanskje på tide å innse at hver enkelt kommune har et udiskutabelt ansvar for å legge til rette for et forebyggende arbeid i skolehelsetjenesten.

Skoleprogrammene "Psykisk helse i skolen" gir skolen en mulighet til å innføre psykisk helse på timeplanen, og mange skoler har gjort dette. Programmene bygger bl.a. på det salutogene prinsippet om mestring, og erfaringene viser seg å være svært positive da programmene får god omtale både fra elever og lærere. Disse programmene vil i tillegg føre til at grunnlaget for en interessekonflikt mellom læringsinstans og helseinstans reduseres. Det vil også bringe guttene på banen, med mulighet for å diskutere psykisk helse uten å måtte bekymre seg for anonymitet. Med den høye forekomsten vi finner av psykiske vansker blant barn og unge i dag, tror jeg det er viktig at slike skoleprogrammer brukes hele undervisningsåret. Kanskje spesielt på videregående hvor elevene må mestre nye situasjoner på løpende bånd. Slik undervisning bør være fast på timeplanen minst en gang pr. mnd., og det er ikke sikkert det bør være lærerne som står for denne undervisningen. Helsesøster bør inn i klassene med fast undervisning for å bli kjent med elevenes hverdag, opparbeide tillit, og ha mulighet til å kartlegge og komme i forkant av problemer. Slik fast undervisning kan også gjøre det lettere å sortere ut alvorlige og mindre alvorlige problemer. Det er ikke å forvente at et seminar i september skal gi grunnlag for å mestre alle problemer som dukker opp senere i året. Det blir som å gi undervisning om diabetes til en diabetiker, og samtidig forvente at dette skal være gyldig og relevant informasjon når pasienten senere får magesår. Ungdommene må kontinuerlig ha tilgang til diskusjonsarenaer som har mestring og opplæring av livsferdigheter som fokus.

Min intensjon var i utgangspunktet ikke å skrive en oppgave om ressurser og ressursbruk, men det har vært vanskelig å komme utenom, fordi ressursmangelen er så tydelig i forhold til det behovet som fremstår gjennom informantenes svar. Ressursmangelen

tydeliggjøres også gjennom det faktum at skolehelsetjenesten opererer helt på grensen av lovlighet og forsvarlighet, sett ut ifra hva som pålegges kommunen gjennom forskrifter og lovverk. Kommunen ramser selv opp en hel del utfordringer de har med disse ungdommene, men hva de faktisk tenker å gjøre med disse utfordringene kommer ikke veldig tydelig fram i deres ”Plan for psykisk helsearbeid”. Dette er fortsatt et ubesvart spørsmål for meg, og det er nettopp det som blir sakens kjerne i denne oppgaven.

”Hvilken betydning skolehelsetjenesten har for ungdommenes helse” kommer helt og holdent an på de ressursene man er villige til å investere i skolehelsetjenesten. En tjeneste preget av faglig kompetanse, tilstrekkelig med personale og et tilpasset tilbud som gjør ungdommene selv i stand til å håndtere det kaoset av følelser ungdomstiden preges av, kan være med på å gi dem de mestringsstrategiene og motstandsressursene som skal til for at de på egen hånd kan ta vare på sin psykiske helse. I dag vil jeg si tjenesten er preget av brannslukking og litt klatting hist og pist for å kunne dekke seg innenfor hva lovverk og regler krever. De ansatte i skolehelsetjenesten gjør en kjempejobb med de ressursene de har, de gjør faktisk en så god jobb at 46 av 47 informanter ønsker seg mer av dem.

Larvik kommune velger å ha en 80 prosents helsesøsterstilling til å dekke 1650 elever ved Thor Heyerdahl videregående. En kommune må gjøre mange prioriteringer og det kommer stadig nye oppgaver fra departementet, men det følger ikke alltid penger med disse oppgavene. Likevel kan man stille et klart spørsmålstegn ved om politikerne mener at en 80 prosents stilling er tilstrekkelig med personale til 1650 unge elever. Mange av disse elevene er i tillegg bekymret for sin psykiske helse, og sier at de har behov for større oppfølging. Faktumet blir heller ikke bedre av å vite at ungdommene ved Thor Heyerdahl nærmest ble lovet en ny helsesøsterstilling etter elevundersøkelsen i 2006, nettopp fordi politikerne tydelig så det store behovet ved skolen. Dette er et paradoks når man vet at problemene bare har blitt større de to siste årene, og det er åpenbart vanskelig for en stilling på denne størrelsen å ivareta alle de faglige retningslinjene som pålegges skolehelsetjenesten fra sentrale hold. For at tjenesten skal kunne være forsvarlig, er det i tillegg særdeles viktig at skolehelsetjenestens personale har tid og anledning til å holde seg faglig oppdatert.

Hvis departementet virkelig ønsker at skolehelsetjenesten skal drive med tidlig intervensjon og forebygging av psykiske lidelser, kan de ikke overlate til hver enkelt kommune og deres økonomiske situasjon hva slike lavterskeltilbud skal inneholde. Det hjelper ikke å lage gode skoleprogrammer hvis det ikke finnes ressurser til gjennomføring i kommunen, og det i tillegg er valgfritt for en fattig kommune å iverksette dem. Og det hjelper ikke med flotte intensjoner i lovverk og forskrifter, hvis det er opp til hver enkelt kommune å tolke dem slik de vil. Da vil det forebyggende arbeidet være det første som taper, og alle de unge som er i behov at et slikt forebyggende tilbud må betale prisen. Da er det også vanskelig å se at skolehelsetjenesten kan få en særlig stor betydning for ungdommenes helse.

Direktør i Helsedirektoratet, Lars E. Hansen, er bekymret for den dårlige kapasiteten i skolehelsetjenesten ved de videregående skolene, og han sier det er for få helsesøstre og leger i den norske skole. Ut ifra denne undersøkelsen må jeg si meg enig med direktøren, men det blir for enkelt å skyve hele ansvaret over på kommunene. Departementet kan med enkle grep fastsette en minste bemanningsnorm i skolehelsetjenesten, både for helsesøstre og leger. De kan med enkle grep innføre psykisk helse, livsferdigheter og mestring i rammeplanverket i skolen. De kan med enkle grep øremerke midler til skolehelsetjenesten, og de kan i verste fall overføre ansvaret for barn og unges helse til fylkeskommune eller stat hvis det er det som må til. De må i det minste slutte å tro at idealistiske planer og forskrifter er nok til å gjøre noe med den dårlige dekningen i skolehelsetjenesten rundt om i landets fattige kommuner.

Thor Heyerdahl videregående er landets nest største skole, og hvor ellers i samfunnet har man anledning til å nå 1650 ungdommer ”på et brett” hver eneste ukedag store deler av året? Min overbevisning etter å ha arbeidet med denne oppgaven, er at skolehelsetjenesten er en dårlig utnyttet ressurs med et enormt ubenyttet potensial innenfor helsefremmende og forebyggende arbeid i skolen. St.meld. nr. 20 (2006-2007) påpeker imidlertid at kapasiteten i skolehelsetjenesten må utvides ved at det ansettes mer personell dersom tjenesten skal kunne fange opp barn og unge med problemer, og at barn og unge skal oppleve tjenesten som et lavterskeltilbud. Det behøver ikke koste noe mer enn et par ekstra stillinger med faglig kompetent personale (ikke nødvendigvis

helsesøster), og god legedekning. Disse ekstra ressursene kan for eksempel betjene en nett- tjeneste og arbeide for et godt samarbeid på systemnivå, og med de andre viktige instansene rundt ungdommene. En slik investering i skolehelsetjenesten vil føre til at man kan imøtekomme ungdommenes behov for veiledning og hjelp til opplevelse av mestring, både gjennom enkeltsamtaler, undervisning i klassene og veiledning på nettet. Man får anledning til å kartlegge og komme i forkant av problemene ved å sortere alvorlige og mindre alvorlige problemer. Man får tid til å danne viktige relasjoner gjennom å være en del av elevenes skolehverdag. Det kan gjennomføres kjønnsdifferensierte tiltak som tar utgangspunkt i ungdommenes egne mestringsstrategier og arenaer, og man kan samarbeide med andre instanser om best mulig tilpassede tiltak og oppfølging av hver enkelt ungdom. Og da vil jeg ganske bestemt si at skolehelsetjenesten vil ha stor betydning for ungdommens helse.

7 REFERANSER.

Barne- og likestillingsdepartementet (2008). *Satsing på barn og ungdom, Regjeringens mål og innsatsområder i statsbudsjettet 2008*. Hentet 29. april 2009 fra:
http://www.regjeringen.no/upload/BLD/Rapporter/2008/Satsing_paa_barn_og_unge_47.pdf

Dagbladet (02.03.09), *90 av 114 kommuner svikter barna*. Hentet 12. mai 2009 fra:
<http://www.dagbladet.no/2009/03/02/nyheter/innenriks/barnevern/kommunene/5105994/>

Dagbladet (03.03.09), *Barna i skvisen*. Hentet 12. mai 2009 fra:
<http://www.dagbladet.no/nyheter/2009/03/03/567535.html>

Dagens medisin (15.01.09) *Skolelegene i Larvik sagt opp*. Hentet 11. mai 2009 fra:
<http://www.dagensmedisin.no/nyheter/2009/01/15/skolelegene-i-larvik-sagt-/index.xml>

Dalen, M. (2004) *Intervju som forskningsmetode – en kvalitativ tilnærming*. Oslo: Universitetsforlaget,

Ekman, R. & Arnetz, B.(Red.).(2005). *Stress*. København: FADL's Forlag Aktieselskab

Fauske, H. & Øia, T. (2003). *Oppvekst i Norge*. Oslo: Abstrakt forlag as,

FOR 2003-04-03 nr 450: *Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten*. Hentet 21. april 2009 fra:
<http://www.lovdatabank.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-20030403-0450.html>

Frønes, I. (2006). *De likeverdige*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Fylkesmannen og Helsetilsynet i Vestfold (2008). *Rapport fra tilsyn med barnevern- helse- og sosialtjenester ni Larvik kommune*. Hentet 24. april 2009 fra:
http://www.helsetilsynet.no/templates/Page_9630.aspx

Giddens, A. (1997). *Modernitetens konsekvenser*. Oslo: Pax Forlag A/S

Gjærum, B, Grøholt, B, & Sommerchild, H. (2003) *Mestring som mulighet i møte med barn ungdom og foreldre*. Oslo: Universitetsforlaget

Gulbrandsen, L M. (2006). *Oppvekst og psykologisk utvikling*. Oslo: Universitetsforlaget

Handelshøyskolen BI: *Markedsføring*. Hentet 5. mai 2009 fra:
http://www.bi.no/Content/Article_43849.aspx

Heggen, K., Jørgensen, G. & Paulgaard, G. (2003). *De andre, ungdom, risikosoner og marginalisering*. Bergen: Fagbokforlaget

Helland, H. og Øia, T. (2000). *Forebyggende ungdomsarbeid*. Bergen: Fagbokforlaget

Helsedepartementet (2004). *Regjeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse, ...sammen om psykisk helse...* Publikasjonskode I-1088. Brosjyre.

Helsedirektoratet (2007). *Veileder i psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene*, IS-1405. Hentet 13. april 2009 fra:
http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00014/IS-1405_14898a.pdf.

Hjälmhult, Wold & Samdal.(2002). *Skolehelsetjenesten og helsefremmende arbeid: Samarbeid mellom helsesøstre og lærere ved de norske skolene i "Europeisk nettverk av Helsefremmende skoler"*. Vård i Norden 1/2002. Publ. No63 Vol.22 No.1PP 42-46.

Høgskolen i Telemark. *Helsesøsters mandat*. Hentet 05. mai 2009 fra:
<http://www.hit.no/nxcnor/content/view/full/9585>

J. –A. K., & Gammon, D.(2008). *Connecting with Ourselves and Others Online: Psychological Aspects of Online Health Communication*. In E. V. Wilson (Ed.), *Patient-Centered e-Health* (pp. 26-46). Hershey, PA: IGI Global Publishing.

Jentoft, G. (2005). *Tillitsfulle stemmer: Unges møte med helsestasjonen*. Masteroppgave, MPH 2005:11, Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap, Göteborg.

Kjelvik, J. (2007). *Bare halvveis i satsingen på barns psykiske helse*. Samfunnsspeilet nr. 3. Hentet 20. april 2009 fra: <http://www.ssb.no/ssp/utg/200703/06/>

Klefbeck, J. & Ogden, T. (1999). *Nettverk og økologi. Problemløsende arbeid med barn og unge* (3. utg.). Oslo: Tano Aschehoug.D

Kolstad, A. (1998) *Mental helse, sykdom og samfunn*. Kompendium Master i flerkulturelt forebyggende arbeid med barn og unge, 981 HEMN 1A, Samfunn og psykisk helse, Hit, 2008.

KOU 2005:7: *Barn og unge med tunge byrder*. Hentet 16. april 2009 fra: http://www.larvik.kommune.no/Populare-linker/Sentrale-dokumenter/Kommunale-offentlig-utredninger/KOU-2005/KOU_20057_Barn_og_unge_med_tunge_byrder/

Kränge og Øia. (2005). *Den nye moderniteten: Ungdom, individualisering, identitet og mening*. Oslo: Cappelen akademiske forlag.

Kunnskapsdepartementet, *Kunnskapsløftet*. Hentet 6.mai 2009 fra: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/kd/tema/videregaende-opplaring/laringsmiljo.html?id=448264>

Kvalem, I. L og Wichstrøm, L. (2007). *Ung i Norge: psykososiale utfordringer*, Oslo: Cappelen akademisk forlag.

Langaard, K. (2006). *Ungdom, psykisk helse og profesjonell hjelp*. Tidsskrift for ungdomsforskning 2006, 6(2):25-40

Larvik Kommune, *Plan for psykisk helsearbeid Larvik kommune 2007 – 2010*. Hentet 14. april 2009 fra:

<http://www.larvik.kommune.no/upload/kou/20072010/psykiskhelse/PlanPsykiskHelsearbeidLarvikKommune.pdf>

Lazarus, R.S. (2006). *Stress og følelser- en ny syntese*. København: Akademisk Forlag

LOV 1995-12-15 nr 74: *Lov om forbud mot kjønnslemlestelse*. Helse og omsorgsdepartementet. Hentet 08. mai 2009 fra: <http://www.lovdata.no/cgi-wift/wiftloksok?base=NL&sys=1&felt=emne&emne=lov+om+kj%F8nnslemlestelse&button=S%F8k&PROS=01>

Myklebust, S og Hovde, S.(2005). *Kartlegging av helsesøstersituasjonen i Norge*, Småskrift nr. 4/2005, Høgskolen i Akershus

Mæland, J. G. (2002). *Forebyggende helse- arbeid i teori og praksis*. Oslo: Tano Aschehoug

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2004). *Helseprofil for barn og ungdom i Akershus – Ungdomsrapport*. Hentet 05. mai 2009 fra: (<http://www.kunnskapssenteret.no/Publikasjoner/1581.cms>).

Nordahl, T. Sørli, M-A, Manger, T & Tveit, A (2003). *Alvorlige atferdsvansker. Effektiv forebygging og mestring i skolen*. Veileder for skolen. Læringscenteret 2003.

NOU 1997: 18 (1997) *Prioritering på ny*. Oslo: Statens forvaltningstjeneste. Hentet 13. April 2009 fra: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/NOUer/1997/NOU-1997-18/4/3/1.html?id=345829>

Olaisen, K. (2007). *Ungdom og utviklingsfremmende samtaler*. Oslo: Nic Waals Institutt, Lovisenberg Diakonale Sykehus

Overland, T. (2007). *Skolen og de utfordrende elevene*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS

Rapaport J. In praise of paradox: A social policy of empowerment over prevention. *American Journal of Community Psychology*, 1981; 9: 1 - 25.

Skre, I., Arnesen, Y., Breivik, C., Johnsen, L.I., Verplanken, B., Wang, C.E., (2007) *Mestring hos ungdom: Validering av en norsk oversettelse av Adolescent Coping Orientation for Problem Experiences*. Institutt for psykologi ved Universitetet i Tromsø.

Hentet 27. April 2009 fra:

http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=9865&a=2

Sosial- og helsedirektoratet (2004). *Kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons og skolehelsetjenesten*. Veileder til forskrift av 3.april 2003 nr. 450, IS-1154. Hentet 13. April 2009 fra:

http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00002/IS-1154_2619a.pdf

St.meld. nr. 20, (2006-2007). *Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller*.

Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet 08. Mai 2009 fra:

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2006-2007/Stmeld-nr-20-2006-2007-/4/2/2.html?id=449571>

Tellenes, G (2008). I Larsen, Ø., Alvik, A., Hagestad, K., Nylenna, M., (red.) *Samfunnsmedisin*. Oslo: Gyldendal Akademiske

Torsteinson, V. W. (2007). I Olaisen, K. *Ungdom & utviklingsfremmende samtaler*. Oslo: Nic Waals Institutt, Lovisenberg Diakonale Sykehus

Undheim, A-M.(2008) *Dårlig lærerkontakt gir nedtur*. Doktoravhandling ved NTNU Trondheim. Hentet 17. mars 2009 fra <http://www.forskning.no/artikler/2008/april/180912/print>

Utdanningsdirektoratet (2006). *Forebyggende innsatser i skolen*. Helsedirektoratet og Utdanningsdirektoratet

Verdens helseorganisasjon (2009). *Depression*. Hentet 14. april 2009 fra: http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/

Wallerstein N: Empowerment and health: The theory and practice of community change. *Community Delevopment Journal* Vol 28, no 3, s 218-227

Walseth, L T og Malterud, (2004).K. Salutogenese og empowerment i allmenntmedisinsk perspektiv, *Tidsskrift for Den norske legeförening (1)* 124:65-6 Hentet 12. mai 2009 fra: http://www.tidsskriftet.no/index.php?vp_SEKS_ID=953695

Wikipedia: *Markedsføring*. Hentet 5. mai 2009 fra : <http://no.wikipedia.org/wiki/Markedsf%C3%B8ring>

Wormnes, B, & Manger, T. (2005). *Motivasjon og mestring. Veier til effektiv bruk av egne ressurser*. Bergen: Fagbokforlaget

Wormnæs, O. (1996) *Vitenskapsfilosofi*. Oslo: Gyldendal

Øia, T (1998). *Generasjonskløften som ble borte: ungdom, innvandrere og kultur*. Oslo: Cappelen Akademiske forlag

Øia, T (2000). *Innvandrerungdom- marginalisering og utvikling av problematferd*. NOVA tapport 3/00

Østlands Posten (06.10.06). *Helsesøstre slår alarm*. Hentet 12. mai 2009 fra:
<http://www.op.no/nyheter/article2334115.ece>

Østlands Posten (14.02.07). *Nå teller politikerne penger*. Hentet 11. mai 2009 fra:
<http://www.op.no/nyheter/article2584003.ece>

Østlands Posten (16.01.09) *Skolelegene er sagt opp*. Hentet 11. mai 2009 fra:
<http://www.op.no/nyheter/article4051624.ece>.

Østlands Posten (26.02.09). *-Vil ha helsesøstere på kjøpesentre*. Hentet 12. mai 2009 fra:
<http://www.op.no/Innenriks/article4154370.ece>

Aagre, W. (2003). *Ungdomskunnskap*, Bergen: Fagbokforlaget

VEDLEGGSLISTE

1. Elevundersøkelsen Target Health, Thor Heyerdahl 2006.
2. Tilråding av behandling av personopplysninger, 25.11.08. Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS (NSD).
3. Endring av forskningsprosjekt, 16.12.08. Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS (NSD).
4. Forespørsel om å delta i en forskningsstudie. Informasjonsskriv til informantene.

Vedlegg nr.1, s.1.

Antall svarpersoner		536											
1. Legg til flervalgsspørsmål		Prosentstaks											
Hviken skoleavdeling går du på?		Antall elever											
Hofsgate		7,50 %		40									
Reipbanegata		9,70 %		52									
Aherfeldtsgate		64,40 %		345									
Gloppe		14,20 %		76									
Møllergata		4,30 %		23									
2. Legg til flervalgsspørsmål		Prosentstaks											
Hvor godt følger du at du er informert om helsesøsterjentes ten på din skole?													
Veldig bra		1,5 %		Hofsgate									
Bra		14,6 %		1 2,49 %		Reipbanegata		0 0,00 %					
Dårlig		45,5 %		9 22,39 %		Aherfeldtsgate		3 0,87 %		Gloppe		Møllergata	
Veldig dårlig		37,7 %		15 37,31 %		Hofsgate		34 9,85 %		3 3,94 %		2 8,68 %	
Ikke besvart		0,7 %		15 37,31 %		Reipbanegata		178 51,57 %		14 18,39 %		15 65,08 %	
						Aherfeldtsgate		128 37,08 %		25 32,85 %		4 17,36 %	
						Gloppe		3 3,94 %				3 13,02 %	
						Møllergata							
4. Legg til flervalgsspørsmål		Prosentstaks											
Har du noen gang benyttet deg av helsesøsterjentes ten på skolen?													
Ja		17,0 %											
Nei		83,0 %											

Vedlegg nr. 1, s.2.

5. Legg til flervalgs spørsmål	Prosent sats										
Har du noen gang hatt bruk for helsesøstertjenesten, men har ikke hatt mulighet grunnet lite informasjon?											
Ja	37.9 %										
Nei	61.8 %										
Ikke besvart	0.4 %										
6. Legg til flervalgs spørsmål	Prosent sats										
Vet du hvordan du skal få kontakt med helsesøster ved din skole?											
Ja	31.2 %										
Nei	68.1 %										
Ikke besvart	0.7 %										
7. Legg til flervalgs spørsmål	Prosent sats										
Hvordan ønsker du å få kontakt med helsesøster? Flere svar kan gis.											

Vedlegg.nr.1,s.3

Oppsøke helsesøster i kontortiden	81,0 %																			
Telefon samtale	18,3 %																			
Sms	28,2 %																			
Its-learnig	63,8 %																			
Ikke besvart	1,3 %																			
8. Legg til flervalgsspørsmål	Prosentstatts																			
Er du bevisst på at Thor Heyerdahl har en egen skolelege og fysioterapeut som du kan benytte deg av?	Ja 10,3 % Nei 89,7 %																			
9. Legg til flervalgsspørsmål	Prosentstatts																			
Hvor godt føler du at du er informert om rådgiver tjenesten på din skole?	Veldig bra 5,0 % Bra 41,8 % Dårlig 40,1 % Veldig dårlig 12,7 % Ikke besvart 0,4 %																			
11. Legg til flervalgsspørsmål	Prosentstatts																			

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Sigrun Hvalvik
Institutt for helsefag
Høgskolen i Telemark
Postboks 203
3901 PORSGRUNN

Vår dato: 25.11.2008

Vår ref: 20229 / 2 / SOJ

Deres dato:

Deres ref:

TILRÅDING AV BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 15.10.2008. All nødvendig informasjon om prosjektet forelå i sin helhet 24.11.2008. Meldingen gjelder prosjektet:

20229 HVORFOR ØNSKER SKOLEUNGDOM MER KONTAKT MED
HELSEØSTER?

1. Hva ønsker skoleungdom å ta opp i møte helsesøster?
2. Kan denne kunnskapen brukes til å forebygge psykososiale problemer hos skoleungdom?

Behandlingsansvarlig
Daglig ansvarlig
Student

Høgskolen i Telemark, ved institusjonens overste leder
Sigrun Hvalvik
Lise Narvesen Nordal

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

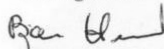
Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven/-helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

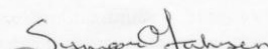
Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.07.2009, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen


Bjørn Henrichsen


Synnøve Økland Jahnsen

Kontaktperson: Synnøve Økland Jahnsen tlf: 55 58 83 34
Vedlegg: Prosjektvurdering
Kopi: Lise Narvesen Nordal, Fjellgaten 3, 3260 LARVIK

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no

TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrr.svarva@svt.ntnu.no

TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@sv.uit.no

Vedlegg.nr.3

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Sigrun Hvalvik
Institutt for helsefag
Høgskolen i Telemark
Postboks 203
3901 PORSGRUNN

Dato: 16.12.2008

Vår ref: 20229 SØJ/LR

Deres dato:

Deres ref:

ENDRING AV FORSKNINGSPROSJEKT

Vi viser til endringsmelding mottatt per telefon 12.12.2008 gjeldende prosjektet

20229 *Hvorfor ønsker skoleungdom mer kontakt med helsesøster?*

Det opplyses om at det er registrert sensitive personopplysninger (jf. pol § 2 pkt. 8 c, 8 d) for tre ungdommer under 18 år (17 år gamle), uten samtykke fra deres foresatte, i forbindelse med gjennomføringen av prosjektet. Det er ikke mulig for forsker å identifisere disse personene i materialet for å slette opplysningene.

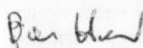
Når det gjelder inkludering av personer under 18 år, bør en på et bredt grunnlag vurdere om den enkelte kan samtykke på egne vegne og hvorvidt de kan antas å ha en tilstrekkelig evne til å sette seg inn i konsekvensene av deltakelse i det aktuelle prosjektet. I dette konkrete prosjektet vil det være unaturlig å i ettertid kreve samtykke fra foreldre ettersom prosjektet er av mindre inngripende og sensitiv karakter. Samtidig kan krav om innhenting av et slikt samtykke oppleves som negativt av den enkelte deltager, da de vil kunne oppleve å bli behandlet som mindre samtykkekompetente enn øvrige elever på eget klassetrinn.

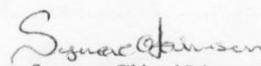
Behandlingen av personopplysninger som i dette tilfelle innhentes fra personer under 18 kan i henhold til personvernombudets vurdering således hjemles i personopplysningsloven § 8 d (å utføre en oppgave av allmenn interesse) og § 9 h (behandlingen er nødvendig for historiske, statistiske eller vitenskapelige formål, og samfunnets interesse i at behandlingen finner sted overstiger klart ulempene den kan medføre for den enkelte).

Dette endrer ikke ved personvernombudets vurdering av at prosjektet i sin helhet er meldepliktig i henhold til personopplysningsforskriften § 7-27, jf. kvittering datert 25.11.2008.

Ta gjerne kontakt dersom noe er uklart.

Vennlig hilsen


Bjørn Henrichsen


Synnøve Økland Jahnsen

Kontaktperson: Synnøve Økland Jahnsen 55 58 83 34
Kopi: Lise Narvesen Nordal

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrr.svarva@svt.ntnu.no
TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@sv.uit.no

Forespørsel om å delta i en forskningsstudie:

Hei.

Jeg heter Lise Narvesen Nordal, og jeg er utdannet psykiatrisk sykepleier. For tiden er jeg mastergradsstudent ved Høgskolen i Telemark. Jeg skal gjøre en studie av;

HVORFOR SKOLEUNGDOM ØNSKER MER KONTAKT MED HELSESØSTER?

Bakgrunnen for studien er en spørreundersøkelse foretatt av elevrådet ved Thor Heyerdahl i 2006. Denne undersøkelsen viste at 81 % av de som var med, ønsket å oppsøke helsesøster i kontortiden.

Skolen har en egen interesse i studien. De ønsker å bruke resultatene til å bedre oppfølgingen av elevene ved skolen. Din besvarelse er derfor viktig og vil komme elevene på skolen til nytte senere. Skolen ønsker også å gjøre en ny undersøkelse om et års tid, for å evaluere arbeidet som gjøres i året som kommer.

For å kunne gjøre denne studien, er jeg avhengig av et samarbeid med deg, derfor blir du forespurt om å delta i denne studien. Deltagelse er frivillig og du kan når som helst trekke deg fra studien, uten å oppgi grunn. Dette vil ikke ha noen konsekvenser for ditt skolearbeid for øvrig.

Studien blir lagt opp som en skriftlig oppgave, hvor jeg ønsker å høre hva du mener er viktig å kunne snakke med helsesøster om, og om dine meninger i forhold til dagens helsesøster tilbud. Du kan skrive så kort eller langt du vil, og oppgaven vil foregå i skoletiden i samarbeid med lærer. Jeg kommer til å gjøre en analyse av alle besvarelsene. De som ikke deltar i studien får annen oppgave av lærer.

Du skal ikke skrive navn på oppgaven, slik at ingen skal kunne vite hvem som skjuler seg bak din besvarelse.

I tillegg ønsker jeg å gjøre fire dybdeintervjuer, hver for seg, for å få en enda større forståelse av problemstillingen jeg skriver om. Du kan sende meg en sms dersom du ønsker å være en av de fire som plukkes ut til et intervju. Jeg vil komme til å be om din tillatelse til å bruke båndopptaker under intervjuet, så jeg ikke skal komme til å glemme noe viktig.

Jeg har taushetsplikt, og alt lydmateriale, samt utskrift av dette, vil oppbevares i låsbart skap hvor kun jeg har tilgang. Alt lydmateriale og skriftlig informasjon vil bli slettet så snart studien er ferdig, og senest juli 09.

Opgaven vil være tilgjengelig for de som er med, når den blir ferdig.

Dersom du har spørsmål kan du snakke med lærer, eller kontakte meg på mobil **41 501 607**.

Med vennlig hilsen

Lise Narvesen Nordal

Mastergradsstudent ved

Høgskolen i Telemark