

Hvordan jobber helsesykepleiere med elevenes livsstil og helse?

En kvalitativ studie av hvordan helsesykepleiere jobber med elevenes livsstil og helse, og hvilke erfaringer de har med bruken av «Liv og røre-modellen» og helsesamtalen i relasjon til elevens livsstil og helse.



Universitetet i Sørøst-Norge campus Porsgrunn
Institutt for helse-, sosial og velferdsfag
Fakultet for helse- og sosialfag
Postboks 235
3603 Kongsberg

<http://www.usn.no>

© 2020 Susann Hetland Tanum

Denne avhandlingen representerer 45 studiepoeng

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	6
Summary	8
Forord	10
1 Innledning	11
1.1 <i>Bakgrunn og valg av tema</i>	11
1.1.1 Liv og røre-modellen og skolehelsetjenesten.....	12
1.1.2 Begrunnelse for valg av tema.....	14
1.2 <i>Problemstilling</i>	15
1.3 <i>Studiens formål</i>	15
1.4 <i>Begrepsavklaringer</i>	15
1.4.1 Barn, unge og ungdom.....	16
1.4.2 Helsesykepleier (helsesøster).....	16
1.4.3 Hva menes med begrepene helse og helsetilstand?.....	16
1.4.4 Psykisk helse.....	17
1.4.5 Livsstil	17
1.4.6 Livskvalitet.....	17
2 Relevant litteratur	19
2.1 <i>Skolehelsetjenesten</i>	19
2.2 <i>Helsesykepleiers rolle i skolehelsetjenesten</i>	20
2.2.1 Helsesamtalen på 8. trinn	20
2.2.2 Hva former og påvirker den enkeltes livsstil og helse?.....	23
2.3 <i>Psykisk helse blant barn og unge</i>	23
2.4 <i>Fysisk aktivitet og psykiske helse</i>	24
3 Tidligere forskning	26
3.1 <i>Søkeprosessen</i>	26
3.2 <i>Dialogen med helsesykepleier gir unge mulighet til å påvirke egen helse</i>	28
3.3 <i>Helsesøsters utfordringer for å fremme elevenes psykiske helse</i>	29
3.4 <i>Hvem går til helsesøster?</i>	30

3.5	<i>Helsesøstres erfaringer og rolle</i>	31
4	Teoretisk rammeverk	33
4.1	<i>Bronfenbrenner – en økologisk utviklingsmodell</i>	33
4.1.1	Mikrosystem.....	34
4.1.2	Mesosystem	36
4.1.3	Eksosystem.....	36
4.1.4	Makrosystem.....	37
4.1.5	Tidssystemer	37
5	Metode	40
5.1	<i>Valg av metode</i>	40
5.1.1	Vitenskapsteoretisk utgangspunkt	41
5.1.2	Semistrukturert intervju	41
5.1.3	Rekruttering av informanter	42
5.1.4	Intervjuguiden	43
5.1.5	Forberedelse til intervjuene.....	45
5.1.6	Gjennomføringen av intervjuene.....	46
5.1.7	Lydopptak.....	48
5.2	<i>Bearbeiding av datamaterialet</i>	49
5.2.1	Transkribering	49
5.2.2	Analyseprosessen	50
5.2.3	Fortolkningsramme.....	53
5.3	<i>Forskningsetiske og vitenskapsteoretiske krav</i>	54
5.3.1	Situering	54
5.3.2	Reliabilitet og validitet	55
5.3.3	Etiske betraktninger.....	56
6	Presentasjon og diskusjon av funn	59
6.1	<i>Begrepsforståelse blant helsesykepleierne</i>	60
6.1.1	Endringer over tid.....	61
6.2	<i>Samarbeidet med skolen og skolehelsetjenesten</i>	64
6.2.1	Undervisning i skolen.....	66
6.2.2	Betydningen av et godt samarbeid.....	67
6.3	<i>«Liv og røre-modellen» som verktøy</i>	71
6.3.1	Implementeringen av “Liv og røre”	72
6.3.2	“Liv og røre-modellen” som et verktøy for å få oversikt over elevenes livsstil og helse.....	75

6.4	<i>Helsesamtalen i 8. klasse</i>	78
6.4.1	Relasjonsbygging ved bruk av helsesamtalen	78
6.4.2	Målet med helsesamtalen.....	82
6.4.3	Tidspress, temaer for samtalen og variasjoner i kjønn	83
6.5	<i>«Liv og røre-modellen» og helsesamtalen satt opp mot hverandre</i>	87
6.5.1	Andre verktøy.....	89
7	Avslutning	91
	Litteraturliste	97
	Tabeller og figurer	102
	Vedlegg 1	103
	Vedlegg 2	107
	Vedlegg 3	108
	Vedlegg 4	110
	Vedlegg 5	116
	Vedlegg 6	120

Sammendrag

Bakgrunn: Denne studien bygger på inspirasjon fra forskningsprosjektet «Liv og røre i Telemark» og egen interesse for helsefremmende- og forebyggende arbeid. Det overordnede målet til «Liv og røre i Telemark» er å bedre levekårene blant barn og unge i Telemark. Modellen som «Liv og røre» bygger på skal bidra til en time daglig fysisk aktivitet, bedre kosthold og et bedre psykososialt miljø inn i skolehverdagen (Westhrin & Høydal, 2019, s.5). Denne studien har sett nærmere på hvordan helsesykepleiere i skolehelsetjenesten jobber med elevens livsstil og helse, samt deres erfaringer med «Liv og røre-modellen» og helsesamtalen i relasjon til elevenes livsstil og helse.

Problemstilling: «Hvordan jobber helsesykepleiere med elevenes livsstil og helse?» er studiens problemstilling. I relasjon til problemstillingen har jeg benyttet meg av to forskningsspørsmål: «Hvordan benyttes helsesamtalen i relasjon til elevens livsstil og helse?» og «Hvordan benyttes «Liv og røre-modellen» i relasjon til elevens livsstil og helse?».

Metode: Studien er gjennomført som en kvalitativ studie. Det ble gjennomførte tre semistrukturerte intervjuer. Informantene til intervjuene er tre helsesykepleiere som alle jobber på ungdomsskolen. Helsesykepleierne er ansatt i tre ulike kommuner i Telemark. Datamateriell er analysert ved bruk av temaanalyse. Formålet med temaanalyse er å gå i dybden på de enkelte temaene, ved at man sammenligner dataene fra hver deltaker og at man videre kan utvikle en dypere forståelse av hvert enkelt tema (Thagaard, 2018. s. 171-172).

Teori: Funnene i denne studien diskuteres og begrunnes i lys av Bronfenbrenner sin utviklingsøkologiske modell. Teorien til Bronfenbrenner er en systemisk modell som vil si at alle leddene er gjensidig avhengig av hverandre. Leddene i modellen formes gjennom gjensidig tilbakemelding og ingen av enkeltdelene i modellen kan derfor forstås uavhengig av hverandre (Gulbrandsen, 2017, s.51). En slik forståelse er brukt til å se på hvordan ulike faktorer påvirker og former hvordan helsesykepleierne jobber med elevenes livsstil og helse, og igjen hvordan man kan forstå og forklare individet og omgivelsene som gjensidige avhengige av hverandre i et vekslende samspill (Gulbrandsen, 2017, s. 53).

Resultater: Studiens funn er presentert under de fem hovedkategoriene: «Begrepsforståelse blant helsesykepleierne», «Samarbeidet med skolen og skolehelsetjenesten», «Liv og røre-modellen som

verktøy», «Helsesamtalen i 8. klasse» og ««Liv og røre-modellen» og helsesamtalen satt opp mot hverandre». Det første funnet i studien har til hensikt å se på hvordan helsesykepleierne definerer sentrale begreper i studiens problemstilling.

Konklusjon: Gjennom funnene blir det tydeliggjort at helsesykepleierne opplever at de har en stor og viktig rolle i arbeidet med elevenes livsstil og helse. Betydning av samarbeidet med skolen, foreldre og andre aktuelle instanser er også et viktig funn. Helsesykepleierne opplever at de er avhengig av miljøet rundt eleven for å kunne oppdage utfordringer eleven har og for at de videre i sitt arbeid skal kunne tilpasse tiltakene som er til det beste for hver enkelt elev. Helsesamtalen beskrives av helsesykepleierne som et godt arbeidsverktøy i relasjon til elevenes livsstil og helse. Helsesamtalen er godt innarbeidet i deres arbeidsrutiner og brukes aktivt som en del av deres arbeid med elevens livsstil og helse. Når det gjelder «Liv og røre-modellen» i relasjon til elevenes livsstil og helse er helsesykepleiernes erfaringer noe begrenset. De opplever modellen som et godt verktøy på papiret, men gir samtidig uttrykk for at de i mindre grad har brukt verktøyene i «Liv og røre-modellen» i relasjon til elevenes livsstil og helse. Tidspress, hvordan implementeringen har vært og videre forankring i et system ser ut til å være sentrale funn i hvorfor helsesykepleierne ikke bruker «Liv og røre-modellen» mer aktivt. Helsesykepleierne gir også uttrykk for at «Liv og røre-modellen» ikke er utfyllende nok til å kunne erstatte helsesamtalen, men at de tror at en kombinasjon av disse to verktøyene ville fungert. Helsesykepleierne tror at dersom de skal få til dette er de avhengig av et godt samarbeid med ledelsen og at ting settes mer inn i et system. Funnene indikerer at hvordan helsesykepleierne jobber med elevenes livsstil og helse ikke kan ses og forstås alene, men må ses som en del av et komplekst samspill av flere innvirkende og avgjørende faktorer.

Summary

Background: This study is based on inspiration from the research project "Liv og røre i Telemark" and own interest in preventative work and promotion work. The overall goal of "Liv og røre i Telemark" is to improve the living conditions among children and young people in Telemark. The model on which "Liv og røre" is based, want to contribute to one hour of daily physical activity, a better diet and a better psychosocial environment in everyday school life (Westhrin & Høydal, 2019, s. 5). This study has taken a closer look on how public health nurses works with the student's lifestyle and health as well as their experience with "Liv og røre-modellen" and the health conversation in relation to the student's lifestyle and health.

Research question: "How does public health nurses work with the student's lifestyle and health?" is this study's research question. I have also used two following questions in relation to the research question: "How is the health conversation used in relation to the student's lifestyle and health?" and "How is the "Liv og røre-modellen" used in relation to the student's lifestyle and health?".

Method: This study was conducted as a qualitative study. Three semi-structured interviews were conducted. The informants for the interviews are three public health nurses who all works at the upper secondary school. The public health nurses are employed in three different municipalities in Telemark. Data material is analysed using thematic analysis. The purpose of such an analysis is to go in depth on the individual topics, by comparing the data from each participant and develop a deeper understanding of each topic (Thagaard, 2018, s.171-172).

Theory: The findings in this study are discussed and justified in light of Bronfenbrenner's developmental ecological model (Gulbrandsen, 2017, s. 51). Bronfenbrenner's theory is a systemic model which means that all the joints are mutually dependent on each other. The links in the model are formed through mutual feedback and none of the individual parts in the model can therefore be understood independently of each other (Gulbrandsen, 2017, s. 51). Such an understanding can be used to look at how different factors affect and shape how health nurses work with students' lifestyle and health, and again how to understand and explain the individual and the environment as mutually dependent on each other in an alternating interaction (Gulbrandsen, 2017, s. 53).

Results: Findings of this study are presented under the five main categories: «Begrepsforståelse blant helsesykepleierne», «Samarbeidet med skolen og skolehelsetjenesten», «Liv og røre-modellen som verktøy», «Helsesamtalen i 8. klasse» og ««Liv og røre-modellen» og helsesamtalen satt opp mot hverandre». The first discovery in the study is intended to look at how the health nurses define key concepts in the research question.

Conclusion: Through various discoveries it is made clear that the public health nurses feel that they have a large and important role in the work with the student's lifestyle and health. The significant collaboration between the school, parents and other authorities is also important factors. The public health nurses experience that they are dependent on the environment around the student in order to be able to discover challenges the student has. For them to be able to further adapt the measures of their work to the best interests of each individual student a collaboration is required. The health conversation is described by the public health nurses as a good tool in relation to the student's lifestyle and health. The health conversation is well incorporated into their work routines and is actively used as part of their work with the student's lifestyle and health. When it comes to the "Liv og røre-modellen" in relation to the student's lifestyle and health, the public health nurses' experiences are more limited. They experience the model as a good tool, yet they have limited experience with the use of the tools implemented in "Liv og røre-modellen" in relation to the student's lifestyle and health. Time pressure, how the implementation has been and further anchoring in a system seem to be key findings in why the public health nurses do not use the "Liv og røre-modellen" more actively. The public health nurses also express that the "Liv og røre-modellen" is not complementary enough to be able to replace the health conversation, but that they believe that a combination of these two tools would work. The public health nurses believe that if they are to achieve this, they are dependent on a good collaboration with the management and that things are put more into a system. The findings indicate that how public health nurses work with student's lifestyles and health cannot be seen and understood alone but must be seen as part of a complex interplay of several influencing and decisive factors.

Forord

Å skrive denne masteroppgaven har vært en krevende, men også lærerik og givende prosess. Det er flere som fortjener en stor takk for sine bidrag i en langvarig prosess som gjennomføringen av denne studien har vært. Jeg vil først og fremst rette en stor takk og takknemlighet til alle informantene som har deltatt i studien. Uten dere ville ikke gjennomføringen av denne studien vært mulig. Takk for at dere tok dere tid i en allerede hektisk hverdag til å dele egne erfaringer, opplevelser og utfordringer dere står ovenfor. Det har vært utrolig lærerikt å få møte dere alle. Dere gjør en helt fantastisk jobb. Jeg tar med meg alle råd og erfaringer dere har delt. Fortsett med den gode jobben dere gjør!

Videre vil jeg rette en stor takk til leder for prosjektgruppen i «Liv og røre». Gjennom hele prosessen har du stilt meg kritiske spørsmål, lagt til rette for innhenting av informanter, gitt gode tilbakemeldinger og god veiledning. Min veileder Ellinor fortjener også en kjempe stor takk. Takk for at du har hatt et kritisk blikk som har utfordret meg og takk for all inspirasjon du har gitt meg med din enorme kunnskap. Tusen takk for fantastisk veiledning fra dere begge. Uten dere ville jeg nok aldri kommet i mål med denne studien.

Helt til slutt vil jeg også rette en enorm takk til min samboer, familie og venner for gode råd, erfaringer fra egne masteroppgaver og tålmodighet gjennom hele prosessen. Takk for at dere har holdt motet mitt oppe og enda ikke har gitt meg opp!

Larvik, November 2020

Susann Hetland Tanum

1 Innledning

1.1 Bakgrunn og valg av tema

Valg av tema for denne studien bygger på egen interesse for forebyggende- og helsefremmende arbeid. Da det dukket opp en mulighet for at jeg samtidig kunne være en del av et prosjekt ved navn «Liv og røre» i Telemark fylkeskommune, valgte jeg å gripe denne sjansen. «Liv og røre» er et pågående prosjekt i Telemark fylkeskommune. Prosjektet er et samarbeidsprosjekt mellom Telemark fylkeskommune og Universitetet i Sørøst-Norge, støttet av sparebankstiftelsen Sparebanken sør (Westhrin & Høydal, 2019, s. 6). Prosjektet bygger på et forprosjekt fra Kragerø kommune som het «Liv og røre i Kragerø». Tilbakemeldinger herfra har blitt brukt i utarbeidelsen av veilederen for «Liv og røre i Telemark» (Bratland-Sanda, 2018, s. 3-4).

Gjennomføringen av «Liv og røre i Telemark» er todelt. Det vil si at Universitet i Sørøst- Norge har ansvaret for forskningsdelen, evalueringen av prosjektet og utarbeidningen av den helhetlige modellen for fysisk aktivitet og kosthold. Telemark fylkeskommune bidrar med koordinering og intervensjon, hvor målet er at programmet skal spres ut til kommunene. Dette skal skje gjennom et forankringsarbeid på alle nivåer. Det vil si at man involverer på alle nivåer, fra elever, til lærere og skoleledelse, til administrasjon og politisk ledelse i hver kommune. Telemark fylkeskommune bidrar inn i dette arbeidet med ressurser, kompetanse og gratis kursing. I forskningsdelen av prosjektet blir det undersøkt om det har skjedd noen endringer i elevens læring, fysiske aktivitet, kosthold og i skolens psykososiale miljø. Det er pågående forskning på feltet (Westhrin & Høydal, 2019, s. 6). Foreløpig er det av Bratland-Sanda (2018) publisert en sluttrapport fra «Liv og røre i Kragerø» og det er publisert en forskningsartikkel som har sett på «endringer i fysisk aktivitet, fysisk form, trivsel og livskvalitet» (Schmidt, Reinboth, Resaland & Bratland-Sanda, 2020) tilknyttet «Liv og røre i Telemark».

Målet med «Liv og røre» er å bidra til bedre læring, trivsel og helse for barn og unge i skolene. Hvor man gjennom økt fysisk aktivitet, sunne og inkluderende måltider og bedret psykososialt miljø har som overordnet mål å bedre levekårene (Westhrin & Høydal, 2019, s. 5). Begrunnelsen for valg av tema i denne oppgaven er knyttet opp mot prosjektet «Liv og røre» og helsesykepleiers rolle inn i prosjektet og videre ut i skolehelsetjenesten.

1.1.1 Liv og røre-modellen og skolehelsetjenesten

«Liv og røre» skal som nevnt bidra til bedre læring, trivsel og helse blant barn og unge i skolen og SFO (Westhrin & Høydal, 2019, s. 5). Modellen bygger på nasjonale anbefalinger om 60 minutters daglig fysisk aktivitet for barn og unge, kostholdsplan som følger helsedirektoratets nasjonale retningslinjer for mat og måltider i skolen og holdningsarbeid som bygger på læreplanen og nasjonal faglig retningslinje for det helsefremmende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom. Målet her å få til et tverrfaglig og systematisk samarbeid og styrke elevens kunnskaper og erfaringer med å forstå sammenhengen mellom fysisk aktivitet, kosthold, læring, helse og trivsel. Det er utarbeidet en egen veileder for «Liv og røre» som gir en oversikt over forankring, informasjon om ulike forsknings- og kunnskapsbaserte verktøy og arbeidsmetoder for å nå målene i «Liv og røre» (Westhrin & Høydal, 2019, s. 5-6).

Det overordnede målet til prosjektet er å bedre levekårene til barn og unge i Telemark fylkeskommune. Prosjektet har gradvis blitt implementert i barneskoler, ungdomsskoler og SFO (Westhrin & Høydal, 2019, s. 5). Det er også et pågående pilotprosjekt i barnehager. Modellen bygger på ulike verktøy som kan gi gode muligheter for gode samtaler om fysisk aktivitet, hvile, kosthold og tannhelse. «Liv og røre-bagen», matpakkebrosjyren og tannhelseundervisning er eksempler på verktøy som anbefales i dette arbeidet (Westhrin & Høydal, 2019, s.7).

«Liv og røre-bagen» (se vedlegg 1) er et verktøy som kan brukes i skolehelsetjenesten i tråd med samarbeidsplanen. På ungdomsskolen er temaet tenkt å være kosthold, sammensetning av matpakke og et bredere livsstilstema. I bagen finner man to sett med innhold. Verktøyet er utarbeidet etter inspirasjon fra Skolelaboratoriet i Bergen. I dette konseptet var bagen opprinnelig en «livsstilskoffert» som inneholdt en rekke ulike elementer som symboliserte ulike livsstiler. I det ene settet av «Liv og røre-bagen» finner man: energidrikk, proteinpulver, mobiltelefon/Ipad, sovemaske, nøkkelhullmerke, kjærlighet på pinne, bil, joggesko, tannpasta og speil. I det andre settet finner man: vannflaske, colaboks, hamburger, grønnsak og frukt. Tanken er at det er flere alternative måter å bruke bagen på og at hver helsesykepleier må finne sin måte å bruke den på. Målet med bruken av bagen er å stimulere til at elevene snakker sammen om livsstilsvalg og at elevene får muligheten til å reflektere seg frem til egne og gode løsninger (Westhrin & Høydal, 2019, s. 62).

Matpakkebrosjyren (se vedlegg 2) er eksempel på et annet verktøy som anbefales i arbeidet med Liv og røre. Brosjyren er utviklet av ernæringsrådgiver i Horten kommune og tenkt som et hjelpemiddel for elvene til hva som definerer en smart matpakke, hva smart mat gjør med deg og eksempler på mindre smart mat og hva denne typen mat gjør med deg. Matpakkebrosjyren er tenkt som et veiledende hjelpemiddel og utgjør ikke noen fasit, men derimot praktiske tips og råd til hvordan matpakka med enkle trekk kan gjøres mer spennende og næringsrik, samt at den er av større betydning enn mange unge kanskje tenker (Westhrin & Høydal, 2019, s. 16).

«Liv og røre-modellen» er forankret inn som en del av skolehelsetjenestens planer i de skolene som er med i prosjektet. Skolene i prosjektet har videre ansvar for å legge til rette for møteplasser hvor modellen brukes. Dette gjelder foreldremøter, i klasserommet eller i grupper hvor skolehelsetjenesten kan delta. Skolehelsetjenesten skal være en samarbeidspartner og en ressurs for lærere, elever og deres foresatte. Målet er at skolehelsetjenesten også skal bidra aktivt til å fremme verdiene i «Liv og røre-modellen», og skape en fellesfølelse og eierskap på skolen i foreldresamarbeidet. I samarbeid med skolen, skolehelsetjenesten og tannhelsetjenesten utarbeides det et årshjul (Westhrin & Høydal, 2019, s. 21).

Målet til «Liv og røre-modellen» er at skolehelsetjenesten med sitt fagperspektiv på kosthold, fysisk aktivitet, fysisk- og psykisk helse skal bidra inn i det tverrfaglige samarbeidet. Foreldremøter og deltakelse i undervisning i gruppe eller klasse anses som egnede arenaer for skolehelsetjenesten å bidra med sin faglige kompetanse. Skolehelsetjenesten plikter å delta i undervisning i den grad skolen ønsker det. Skolehelsetjenesten må ikke undervise, men kan bistå læreren hvor det er behov eller et ønske om det. Undervisningen knyttes opp mot fagplanen og utarbeides i samarbeid med faglærer eller kontaktlærer (Westhrin & Høydal, 2019, s. 32).

Ved skolestart og på 8. trinn er det i helsesykepleier føringer fra nasjonalt hold, lagt opp til at man skal gjennomføre en skolestartundersøkelse og en helsesamtale. Anbefalingene er ikke pålagte, men sterkt anbefalt å gjennomføre (Helsedirektoratet, 2019, s. 1-6). I veilederen til «Liv og røre» vektlegges også disse treffpunktene som viktige arenaer for å spørre elever og foresatte om hvilke erfaringer de har gjort seg gjennom «Liv og røre». Samtidig bør elevene i disse samtalene oppfordres til å ta med seg de gode erfaringene videre inn i hverdagen, oppfordres til å tanke på

hva som er med på å påvirke til en sunnere livsstil og hvordan elevene selv kan bidra til mer fysisk aktivitet og et sunnere kosthold i hverdagen (Westhrin & Høydal, 2019, s. 37).

1.1.2 Begrunnelse for valg av tema

De aller fleste barn og unge i Norge rapporterer at de generelt trives og har god psykisk helse. Undersøkelser gjort vedrørende livskvalitet viser til et flertall som er fornøyd med livene sine. Samtidig er det mange som får diagnostisert psykiske lidelser i løpet av barndom og ungdomstid (Folkehelseinstituttet, 2018). Forekomsten av overvekt blant barn og unge i Europa og i Norge ser også ut til å være økende (Helsedirektoratet, 2010, s. 3). Tall fra barnevekststudien i 2018 viser at andelen 15 år gamle jenter med overvekt eller fedme var om lag 21 %. I 2005/06 var andelen lavere med 16 %. Hos gutter i samme alder ser man derimot en mer stabil kurve med en andel på rundt 13 % med overvekt og fedme i 2018, og andelen gutter med fedme er redusert fra 4 % 2005 til 2 % i 2018 (Folkehelseinstituttet, 2019).

I følge nasjonale faglige retningslinjer er det også sterkt anbefalt at alle barn og unge bør få målt vekt og høyde i skolehelsetjenesten. Målingene skal gjennomføres av helsesykepleier ved skolestartundersøkelsen, 3. trinn og 8. trinn. Hensikten med målingene er å følge utviklingen til det enkelte barnet/ungdommen og til barnebefolkningen generelt. Anbefalingene bygger på verdier om at regelmessige helseundersøkelser gir verdifull informasjon om barn og unges vekt, helse, trivsel, livsstil og ernæringstilstand, og igjen vil bidra til å kunne avdekke avvik eller mistanke om sykdom som krever oppfølging eller henvisning (Helsedirektoratet, 2019, s. 67). Som man forstår er det komplekse og sammensatte arbeidsoppgaver helsesykepleierne møter i sitt daglige arbeid. Primært er det tenkt at helsesykepleier skal jobbe helsefremmende og forebyggende i sitt arbeid (Moen, 2017).

Helsesykepleier har en stor og viktig rolle i det forebyggende og helsefremmende arbeidet i skolen. I en studie gjennomført blant 248 helsesykepleier fra hele Norge opplevde helsesykepleierne at de nå møtte flere ungdommer med psykiske plager enn hva de gjorde for fem år siden.

Helsesykepleierne i studien vektla at de måtte være tilgjengelige for ungdommene og at de brukte mer enn halvparten av tiden sin på å bistå ungdommer med psykiske plager (Moen, 2017).

Jeg er selv utdannet sykepleier og har helt siden jeg i 2012 startet på sykepleierutdanningen vært opptatt av helse, livsstil, fysisk aktivitet og kosthold. Interessen har trolig rot i at jeg selv alltid har vært aktiv, drevet med ulike typer idrett og er oppvokst i troen om at fysisk aktivitet også gjør noe med vår psykiske helse. Tema for egen bacheloroppgave handlet om overvekt og fedme blant barn og unge, hvor jeg så på helsesykepleiers rolle inn mot dette. Så allerede her hadde jeg en egen interesse for helsefremmende og forebyggende arbeid. Begrunnelsen for valg av tema inn i denne masteroppgaven er derfor basert på egen interesse for området, hvor jeg i fremtiden har som mål å utdanne meg videre til helsesykepleier.

1.2 Problemstilling

Følgende problemstilling vil belyses gjennom denne oppgaven:

Hvordan jobber helsesykepleiere med elevens livsstil og helse?

- *Hvordan benyttes helsesamtalen i relasjon til elevens livsstil og helse?*

- *Hvordan benyttes «Liv og røre-modellen» i relasjon til elevens livsstil og helse?*

Problemstillingen har blitt endret en del gjennom prosessen. Det har vært utfordrende å komme frem til en problemstilling som er godt nok beskrivende for hva jeg ønsket å finne ut av. Etter innspill fra flere hold landet jeg til slutt på problemstillingen som er beskrevet over.

1.3 Studiens formål

Denne studiens formål har til hensikt å se nærmere på hvordan helsesykepleier jobber med elevenes livsstil og helse, og hvordan de benytter seg av helsesamtalen og «Liv og røre-modellen» som verktøy i relasjon til elevens livsstil og helse. Helsesykepleiers egen opplevelse og erfaringer blir viktige å få frem, samt hvilken rolle de har i det forebyggende- og helsefremmende arbeidet.

1.4 Begrepsavklaringer

I det følgende er det gjort rede for noen sentrale begreper som brukes i oppgaven.

Begrepsavklaringene er nødvendige for at leseren skal få en innføring i anvendelsen av brukte begreper videre i denne studien.

1.4.1 Barn, unge og ungdom

I denne oppgaven brukes begrepene barn, unge og ungdom om personer i ungdomsskolealder. Det vil si barn og unge fra 13-16 år. Oppgaven vil se nærmere på gjennomføringen av helsesamtalen som foregår på 8. trinn. Det vil da si at man er 13-14 år.

1.4.2 Helsesykepleier (helsesøster)

En helsesykepleier er en sykepleier med videreutdanning i helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid (Utdanningsdirektoratet, 2019). Arbeidet er rettet mot barn, unge og deres familier. Som helsesykepleier har man en viktig rolle hvor man jobber for å fremme barn og unges egne ressurser og styrker. Et samarbeid med barnet selv, foreldrene/familie og andre yrkesgrupper er her sentralt. Vanlige arbeidsoppgaver for en helsesykepleier er vaksinasjoner, råd og veiledning av unge og foreldre, observasjon og kontroller, veilede i spørsmål om seksualitet, samliv, prevensjon og utvikling, hjemmebesøk, samarbeid med skolen, opplysningsvirksomhet og forebyggende helsearbeid. En helsesykepleier skal ha kunnskap om helsetiltak rettet mot den enkelte, mot grupper og samfunnet på generell basis (Utdanningsdirektoratet, 2019). I denne oppgaven brukes helsesykepleier om deres rolle og arbeidsoppgaver i skolehelsetjenesten. I forskningsartiklene som er brukt i denne oppgaven brukes betegnelsen helsesøster og ikke helsesykepleier. Dette fordi det i 2018 ble vedtatt å erstatte tittelen helsesøster med helsesykepleier (Regjeringen, 2018).

1.4.3 Hva menes med begrepene helse og helsetilstand?

Verdens helseorganisasjon har definert helse som «en tilstand av fullstendig fysisk, mentalt og sosialt velvære og ikke bare fravær av sykdom og lyte» (Regjeringen, 2014). Denne definisjonen har fått mye kritikk fordi mange mener at den sykliggjør alle, ved at det for de fleste vil være uoppnåelig og oppnå en tilstand av fullstendig velvære både fysisk, mentalt og sosialt. Kritikerne av WHOS definisjon snakker gjerne om helse som en evne til å leve med krav hverdagen stiller (Braut, 2019a).

Når man snakker om helsetilstand mener man forhold vedrørende helse og sykdom, og helsetilstanden påvirkes gjerne av en rekke faktorer. Forhold som er med på å påvirke

helsetilstanden er for eksempel arvelige forhold, miljømessige forhold, livsstil, helsevesenet, alder, kjønn og hvilke kunnskaper og erfaringer man selv besitter. Når man snakker om helsetilstanden i en befolkning bruker man gjerne begrepet folkehelse (Braut, 2019b).

1.4.4 Psykisk helse

Psykisk helse kan beskrives som en selvbestemt opplevelse av å ha det bra og handler om at man til enhver tid opplever trivsel (Andersen, 2018). Dette er selvsagt forhold ved et menneskeliv som varierer med tid, sted, person og relasjon. Psykisk helse handler også om vårt forhold til oss til selv, vårt forhold til de rundt oss og vårt forhold til det samfunnet vi er en del av. Verdens helseorganisasjon har understreket at spørsmålet om et menneskes psykiske helse også er politisk anliggende. Det vil si at det handler om hvordan samfunnet ivaretar det enkelte menneskets økonomiske, sivilrettslige, sosiale og kulturelle rettigheter. Studier viser til at man kan se en sammenheng mellom psykisk (u)helse som varierer med grad av hvordan man opplever tilhørighet til et fellesskap, grad av sosial ulikhet og hvordan man opplever annerkjennelse fra fellesskapet (Andersen, 2018).

1.4.5 Livsstil

Summen av enkeltpersoners levevaner og atferd definerer begrepet livsstil (Nylenna, 2019). Begrepet brukes om måten en person lever på. Livsstil påvirkes av omgivelsene og er knyttet til personlige preferanser som er mer eller mindre bevisste. Områder som inngår i livsstilsbegrepet er særlig kosthold og fysisk aktivitet, bruken av rusmidler, sosial aktivitet, seksuelliv og døgnrytme. Begrepet livsstil blir brukt for å øke oppmerksomheten rundt sammenhengen mellom levevaner og helse (Nylenna, 2019).

1.4.6 Livskvalitet

Livskvalitet er et stort og omfattende begrep. Begrepet brukes i enkelte sammenhenger om den rent subjektive opplevelsen av tilfredshet, mening og glede. I andre sammenhenger vektlegges den objektive opplevelsen. Det vil si objektive forhold som materielle livsbetingelser, arbeidsforhold og generelle boforhold. I en objektiv sammenheng blir begrepet livskvalitet nærmest ensbetydende

med velferd og levekår (Helsedirektoratet, 2018). I folkehelsemeldingen Mestring og muligheter (2014-2015) vektlegges det at gode mål på livskvalitet omfatter både objektive og subjektive mål (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015).

2 Relevant litteratur

I det følgende presenteres litteratur som er relevant for studiens problemstilling. Hensikten med dette er å gi leseren en utvidet forståelse av sentrale begreper som er i relasjon til studiens problemstilling.

2.1 Skolehelsetjenesten

Skolehelsetjenesten skal ha et styringssystem som sikrer forsvarlig styring av virksomhetens aktiviteter (Helsedirektoratet, 2020, s. 141). Kommunene har det overordnede ansvaret for skolehelsetjenesten. Dette innebærer at kommunene har plikt til å planlegge, gjennomføre og korrigere virksomheten i egen kommune, og bygger på det som er nedtegnet i helse- og omsorgstjenesteloven. Det er gjerne en leder innenfor kommunene som er ansvarlig for at skolehelsetjenesten gjennomføres på en måte som gjør at kravene oppfylles. For at virksomheten skal yte forsvarlige tjenester, er det nødvendig med et styringssystem som blant annet sikrer god og tydelig ansvarsfordeling og oppgavefordeling, at de ansatte innehar riktig og tilstrekkelig kompetanse, sørge for at erfaring fra ansatte og brukere av tjenesten brukes til å forbedre virksomheten og sikre at avvik fra det som regnes som faglig forsvarlighet håndteres, registreres og at tiltak for å forbedre uønskede hendelser iverksettes (Helsedirektoratet, 2020, s. 141-144.). I de nasjonale faglige retningslinjene for skolehelsetjenesten står det nedtegnet følgende:

Skolehelsetjenesten bør ha et systemrettet arbeid med skolen for å bidra til å sikre elevene et godt fysisk og psykososialt miljø. Der det ikke allerede er etablert et samarbeid med skolen, bør skolehelsetjenesten ta initiativ til et slikt samarbeid. Skolehelsetjenesten bør delta i skolens arbeid med å planlegge tiltak på universelt-, gruppe- og individnivå (Helsedirektoratet, 2020, s. 141).

Tilbudet fra skolehelsetjenesten skal omfatte et helsefremmende og forebyggende arbeid for barn og ungdom som fremmer et godt psykososialt miljø, et godt fysisk lærings- og arbeidsmiljø, samt opplysning, bistand og undervisninger i klassene, i grupper eller på foreldremøter i samarbeid med skolen og etter hva skolen ser at de har behov for. Skolehelsetjenesten skal sammen med personale ved skolene, elever og foreldre skape en skole som fremmer et godt læringsmiljø og et godt arbeidsmiljø, med hensyn til helse, trivsel og sikkerhet. Skolehelsetjenesten bør være en viktig

samarbeidspartner for skolen og være til støtte for alle elever, med et helhetlig blikk ved bruk av deres kompetanse innenfor områdene helse, oppvekst og livskvalitet (Helsedirektoratet, 2020, s. 141-149).

2.2 Helsesykepleiers rolle i skolehelsetjenesten

Helsesykepleier har en viktig rolle i skolehelsetjenesten. Deres kunnskaper om sykdomsforebyggende og helsefremmende arbeid er en viktig del av arbeidet som gjøres i skolen. I de nasjonale faglige retningslinjene som kom i 2017 er det nedtegnet en rekke føringer fra statlige nivå som skal forvaltes videre ut i kommunene (Helsedirektoratet, 2020, s. 141). Her legges det til grunn at skolehelsetjenesten bør skaffe seg en oversikt over elevpopulasjonens helsetilstand gjennom kontakt med elevene, foreldre og skolen. Her er det nødvendig med et tett samarbeid mellom skolen og helsesykepleierne for å bruke tilgjengelige kilder og verktøy til innsamling av informasjon. I enkelte tilfeller vil det også være nødvendige å koble på andre instanser enn bare helsesykepleier og skolen for å få tilstrekkelig informasjon. En slik oversikt over elevenes helsetilstand og hvilke faktorer som kan påvirke barn og unges helse bør brukes i videre arbeid med systemrettet tiltak og planer, som igjen har til hensikt å bidra til å fremme trivsel, læring og helse. Et godt systemrettet samarbeid mellom helsesykepleier og skolen er en viktig forutsetning for det helsefremmende arbeidet som gjelder hele eller deler av elevpopulasjonen (Helsedirektoratet, 2020, s. 141-149).

Deltakelse i foreldremøter dersom skolen ønsker det er også en viktig del av skolehelsetjenesten. Her er målet å fremme læring, trivsel og helse for barn og unge. Helsesykepleier kan bidra med økt kunnskap om helsefremmende og forebyggende tematikk, helseinformasjon som kan understøtte skolens virksomhet, informasjon knyttet til særskilte tilfelle eller utfordringer hos hele eller deler av elevpopulasjonen (Helsedirektoratet, 2020, s.149).

2.2.1 Helsesamtalen på 8. trinn

Det er sterkt anbefalt i *nasjonale faglige retningslinjer for helsestasjon og skolehelsetjenesten* at det gjennomføres en helsesamtale på 8. trinn med helsesykepleier og hver enkelt elev (Helsedirektoratet, 2020, s. 196-197). Helsesamtalen bør inngå som et ledd i samarbeidet med skolen. Grunnlaget for videre levevaner utformes gjerne gjennom barne- og ungdomsårene. I

tenårene og ungdomsskolealder får man gjerne mer frihet og et større ansvar for egne helsevalg. Tenårene er også en alder hvor det gjerne er vanskelig å ta opp spørsmål, bekymringer og utfordringer man støter på. Helsesamtalen er derfor et fint møtepunkt for ungdommene til å få mulighetene til å luften disse eventuelle problemstillingene (Helsedirektoratet, 2019, s. 64-65).

«Målet med helsesamtalen er å bidra til å fremme livsmestring og bidra til sunne helsevalg, skaffe oversikt over utfordringer hos den enkelte og i elevpopulasjonen hos skolen, vurdere behovet for oppfølgende samtalen eller videre henvisning og å styrke brukermedvirkning» (Helsedirektoratet, 2019, s. 64).

Før samtalen gjennomføres bør helsesykepleier ha gjort seg kjent med den enkelte ungdommens journal. Samtalen bør ta utgangspunktet i ungdommens behov og ønsker, men samtidig er det flere temaområder som det er anbefalt at man kommer innpå i samtalen (Helsedirektoratet, 2019, s. 64). «Samtaletid er satt til ca. 30 minutter» (Helsedirektoratet, 2019, s. 64). Følgende temaområder er fra Helsedirektoratet (2019, s. 64) sterkt anbefalt at berøres:

- Mestring, trivsel og relasjoner
- Søvn og søvnvaner
- Kosthold og måltidsvaner
- Fysisk aktivitet og stillesitting
- Tannhelse
- Seksualitet og samliv
- Tobakk, alkohol og rusmidler
- Vold, overgrep og omsorgssvikt
- Informasjon om fastlegeordningen og at fastlegen har taushetsplikt

Helsesamtalen har som overordnet mål å gi ungdommen veiledende kunnskap og bekreftelse på hva som fremmer helse. I samtalen bør det fokuseres på normalisering av vanlige utfordringer som ungdommene vil møte i sin hverdag, styrke deres kunnskaper, handlinger og deres evne til å handle. Samtalen kan være et nyttig verktøy for å oppdage utfordringer ungdommen strever med og en gylden anledning for å iverksette tiltak i en tidlig fase. Tiltakene kan være på individ-, gruppe- og/eller systemnivå (Helsedirektoratet, 2019, s. 64-65).

Tilbudet om helsesamtalen ønsker å nå ut til alle elever uavhengig kjønn, etnisitet og sosioøkonomiske forhold (Helsedirektoratet, 2019, s. 64). Samtalen gir direkte dialog rundt den enkelte ungdoms behov og har vist seg å redusere terskelen for å benytte seg av tjenestetilbudet, hvor man ellers måtte ha tatt kontakt med helsesykepleier på egenhånd. Særlig gutter har påpekt at en obligatorisk samtale har gjort det lettere for dem å komme i kontakt med helsesykepleier. Ungdommene har selv (uavhengig av kjønn) påpekt at samtalen er nyttig og verdifull for dem, ved at temaene i samtalen gir dem utvidet kunnskap om sammenhengen mellom fysisk og psykisk helse og levevaner/livsstil (Helsedirektoratet, 2019, s. 64-65).

Helsesamtalen bør bygge på ungdommenes reelle behov for råd og veiledning (Mæland, 2010, s. 116-117). Det er av stor betydning at det skapes en åpen atmosfære som er positiv. Helsesykepleier må vise tillit, åpenhet og empati. Tillit er en nødvendig forutsetning for at ungdommene åpner seg og gir informasjon om egen situasjon, selv om det ikke er nødvendigvis er i tråd med sosiale normer for rett eller galt. Tillit skapes best dersom helsesykepleier viser respekt, slik at ungdommen har en opplevelse av kontroll, ansvar og egenkompetanse. I følge Mæland (2010, s. 117-118) kan helsesykepleier gjennom å stille spørsmål, lytte aktivt og vie ungdommen sin fulle oppmerksomhet lykkes i å «komme bak» de overflatiske problemstillingene og kanskje få tak i de mer underliggende behov og bekymringer (Mæland, 2010, s. 117-118).

2.2.1.1 Taushetsplikten helsesykepleier innehar

Som helsesykepleier er man i følge helsepersonelloven vedlagt taushetsplikt (Helsepersonelloven, 2001). Taushetsplikt innebærer at man verner om informasjon som omfatter pasienten. Formålet med taushetsplikten blant helsepersonell er å sikre befolkningen tillit til helsepersonell og helse- og omsorgstjenesten, slik at personer ikke unnlater å søke hjelp i frykt for at deres informasjon skal spres videre (Helsedirektoratet, 2018b). Når det gjelder barn under 16 år er hovedregelen at barnet selv, uavhengig av alder, har krav på informasjon om sin tilstand og om sin behandling. Videre foreligger det en hovedregel om at foreldre eller andre som har foreldreansvaret skal gis informasjon når pasienten eller brukeren er under 16 år. Dette kalles for en opplysningsplikt for helsepersonell. De som har foreldreansvaret for barnet har rett og plikt til å ta avgjørelser vedrørende barnet når det gjelder personlige forhold, men de skal trekke inn barnet etter hvert som de utvikler seg. Det er imidlertid et andre ledd i reglen som er et unntak fra hovedregelen. Dette unntaket gjelder når barnet er mellom 12-16 år, og det foreligger grunner til at man bør

respektere at de ikke ønsker at foreldrene informeres. Det kan være ulike årsaker til dette som for eksempel mishandlingsaker (Helsedirektoratet, 2018a).

2.2.2 Hva former og påvirker den enkeltes livsstil og helse?

Livsstil kan ikke forstås eller påvirkes uten at man trekker inn sosiokulturelle forhold (Mæland, 2010, s. 32). Den enkeltes levestil er delvis bestemt av den enkelte, men formes i aller høyeste grad gjennom observasjoner, rådende normer, omstendigheter, sosiale medier med mer. I noen grad og situasjoner kan ytre forhold være med på å begrense valg av handlinger. Som eksempel kan man si at kostholdet ikke bare er et resultat av våre individuelle valg, men også avhengig av tilbud og pris. Her spiller da økonomi igjen inn. Omgivelser og økonomiske forhold kan som beskrevet i dette eksempelet forme helserelatert adferd både direkte og indirekte (Mæland, 2010, s. 104-105).

Våre vaner, handlinger og måten vi lever på er av stor betydning for egen helse (Mæland, 2010, s. 103). Vi vet at sunne levevaner gjennomgående vil forlenge livet og at gode helsevaner er forbundet med høyere livskvalitet og bedre funksjonsevne rettet mot flere områder. Problemet med å opprettholde en sunn livsstil kan allikevel komme i en konflikt med et ønske om å leve godt i øyeblikket. Dette kan for eksempel dreie seg om at valgene kommer i konflikt med å bli akseptert blant venner. Handlinger styres av generelle verdier, holdninger og egne oppfatninger (Mæland, 2010, s. 104-105).

Våre handlinger blir oftere enn vi tror styrt ut i fra sosiale, kulturelle eller religiøse normer og regler (Mæland, s. 104-105). Valg av livsstil påvirkes for mange av gruppepress, rollemodeller og søken etter sosial tilhørighet. Pierre Bourdieu snakker om det som kalles for den kulturelle kapital. Bourdieu hevder at det i tillegg til økonomisk kapital også finnes kulturell, sosial og symbolsk kapital. Han mener at disse faktorene bidrar til å bestemme menneskers sosiale posisjon. I følge Bourdieu er ikke matvaner alene et uttrykk for det man synes er godt eller sunt, heller ikke bare et resultat av hva man har råd til, men at maten blir et middel til å uttrykke hvem man er. Matvaner viser hvilken sosial gruppe man tilhører og identifiserer seg med i følge Bourdieu (Mæland, 2010, s. 104-105).

2.3 Psykisk helse blant barn og unge

Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer psykisk helse som «en tilstand av velvære hvor individet kan realisere sine muligheter, kan håndtere normale stresssituasjoner, kan arbeide på en

fruktbar og produktiv måte og har mulighet til å bidra ovenfor andre og i samfunnet» (Verdens helseorganisasjon, sitert i Skogen, Smith, Aarø, Siqveland & Øverland, 2018, s. 23). Psykisk helse innebærer mer enn bare fravær av sykdom og kan sies å være avgjørende for produktivitet, livskvalitet og forholdet til andre mennesker (Skogen et al., 2018, s.23).

Det er viktig å skille mellom begrepene psykiske lidelser og psykiske plager (Norsk helseinformatikk, 2018). Psykiske plager er plager som oppleves belastende, ofte påvirker (men ikke alltid) tanker, følelser, atferd og væremåte og kan ofte medføre redusert livskvalitet og redusert fungering i hverdagen. Psykiske lidelser betegner derimot tilstander hvor bestemte kriterier oppfylles. Psykiske lidelser er i de fleste tilfeller mer belastende enn psykiske plager, påvirker i større grad tanker, følelser, atferd og væremåte, kan ofte redusere livskvalitet og går utover fungering i det daglige. Psykiske lidelser kan kategoriseres inn i tilstander av alvorlig, moderat og svært alvorlige grad (Norsk helseinformatikk, 2018). De vanligste psykiske lidelsene blant barn og unge er depresjon, angstlidelser, tilpasningsforstyrrelser, spiseforstyrrelser, ADHD, autismespekterforstyrrelser, atferdsforstyrrelser, andre utviklingsforstyrrelser og tic-lidelser (Folkehelseinstituttet, 2018).

Undersøkelser gjort av folkehelseinstituttet (2018) blant barn og unge viser at de aller fleste trives og har god psykisk helse, samt oppgir flertallet at de har god livskvalitet og er fornøyde med livene sine. Allikevel behandles rundt 5 prosent av barn og ungdom i alderen 0-17 år årlig i psykisk helsevern. Man ser også en økning i andelen barn og unge som får diagnostisert psykiske lidelser. Blant jenter i alderen 15-17 år har andelen som har fått diagnostisert en psykisk lidelse fra 2011-2016 steget fra 5 prosent til 7 prosent per år. Årsaken til at man ser en slik økning i psykiske lidelser blant særlig tenåringsjenter er i følge Folkehelseinstituttet ikke forsket nok på (Folkehelseinstituttet, 2018).

2.4 Fysisk aktivitet og psykiske helse

For å ta vare på den fysiske helsen og for å bedre den psykiske helsen er det viktig å være i fysisk aktivitet (Helsedirektoratet, 2017). Regelmessig fysisk aktivitet gjør oss mer rustet til å møte utfordringer og krav i hverdagen. Fysisk aktivitet kan gi mange fordeler som å påvirke humøret i positiv retning og å være en kilde til glede, livsutfoldelse og positive mestringsopplevelser. Fysisk aktivitet har vist seg å redusere stress, bedre søvnkvaliteten, minske angst og depresjon og gi bedre

selvbilde og selvtillit. Økt kroppsbevissthet, bedre vektregulering, mer energi og overskudd i hverdagen er også rapporterte gevinster av regelmessig fysisk aktivitet (Helsedirektoratet, 2017).

Moderat til høy intensitet med fysisk aktivitet ser ut til å ha en rekke gunstige helsemessige påvirkninger. Dette innebære eksempelvis påvirkning på midjemål, kolesterol, insulinsensitivitet og blodtrykk. Videre vil dette kunne bidra til å redusere risikoen for at man senere i livet utvikler hjerte- og karsykdommer. Aktiviteter som hopping, løping og styrketrening påvirker skjeletthelsen og har vist seg å være viktig for å oppnå optimal benmasse i løpet av barne- og ungdomsårene (Dalene, Nystad & Ekelund, 2019). En nylig gjennomført studie blant 2084 elever på 9. trinn påpeker at også enkelte kognitive funksjoner påvirkes i positiv forstand av fysisk aktivitet. Studien viser til at man ved å implementere to timer ekstra fysisk aktivitet og kroppsøving ble det funnet flere positive effekter på fysisk aktivitet, utholdenhet, nasjonale prøver i læring og lesing og bedret læringsmiljø (Kolle et al., 2019).

3 Tidligere forskning

I dette kapitlet blir det presentert tidligere forskning som kaster lys på studiens problemstilling. Hvordan søkeprosessen foregikk er også inkludert i dette kapitlet. For å illustrere deler av søkeprosessen er det utformet en tabell. Noe av forskningene som er valgt tatt med er ikke av direkte relevans for hele problemstillingen, men viser allikevel til viktige momenter som er tett knyttet opp til denne studiens hensikt og gjennomgående tema.

3.1 Søkeprosessen

Det er foretatt søk i internasjonale og nasjonale databaser for å finne tidligere forskning som er av relevans for denne studien. Det er gjort søk i ulike databaser og tidsskrifter som vist i tabellen under. Av engelske søkeord ble følgende benyttet:

- School nurse
- Public health nurse
- Children
- Adolcent
- Prevention
- Physical health

Søkeordene ble brukt i ulike kombinasjoner og sammensetninger, men gav få treff på forskning som var av relevans. Trolig skyldes dette at søkeordene er sammensatte, av ulik betydning internasjonalt og kan kritiseres for å ikke være gode nok for hva som var målet å finne av forskning.

Det er også foretatt søk i nasjonale databaser. Her ble følgende søkeord brukt:

- Helsesøster
- Helsesykepleier
- Skolehelsetjenesten
- Livsstil
- Helse
- Rolle

Ulike kombinasjoner og sammensetninger av søkeordene ble også brukt her. Søkeprosessene gav flere treff nasjonalt enn internasjonalt. Det ble også søkt i norske tidsskrift. Dette fordi jeg under prosessen ved å lese meg opp på temaet for oppgaven kom over aktuelle artikler publisert i ulike tidsskrift. Etter å ha ekskludert bort forskning som var eldre enn fem år, satt jeg igjen med åtte forskningsartikler. Av disse åtte artiklene ble fire av dem inkludert i denne studien.

DELER AV SØKEPROSESSEN			
DATABASE	SØKEORD	ANTALL TREFF	INKLUDERT I OPPGAVEN
Svemed+	Helsesøster	n = 33	1
Idunn	Helsesøster og skolehelsetjenesten	n = 21	0
Helsebiblioteket	Helsesøster og skolehelsetjenesten	n = 11	0
PubMed	School nurse and prevention and lifestyle	n = 611	0
	Public health nurse and prevention and mental health	n = 165	0
	School nurse and adolescent and children and prevention and lifestyle	n = 17	0
Oria	Helsesøster og skolehelsetjenesten	n = 56	1
FORSKNING VIA SØK I TIDSSKRIFT			
Nordisk tidsskrift for helseforskning	Helsesøster	n = 4	1
	Helsesykepleier	n = 4	0
Tidsskriftet den norske legeforening	Helsesøster	n = 8	0
Tidsskrift for helsesøstre	Helsesøster Helsesøster og skolehelsetjenesten	n=?	1

Tabell 1- Deler av søkeprosessen.

3.2 Dialogen med helsesykepleier gir unge mulighet til å påvirke egen helse

I studien til Moen (2019) er det brukt et beskrivende design med fokusgruppeintervjuer som metode. Hovedbudskapet og hensikten med denne studien var å beskrive hvordan helsesykepleier identifiserer og videre følger opp ungdommer med psykososiale utfordringer i videregående skole. 13 helsesykepleiere ble gjennom strategisk utvelging spurt om å delta i studien. Deltakerne ble delt inn i tre fokusgrupper av 5, 3 og 3 personer. To av gruppene besto av helsesykepleiere som jobbet i Oslo og den siste gruppen bestod av helsesykepleier som jobbet utenfor Oslo (Moen, 2019).

Tidligere studier viser at dialogen med helsesykepleier gir ungdom mulighet til å påvirke sin egen helse basert på egen situasjon, gjennom en individuell tilnærming. Ungdom som for eksempel utsettes for mobbing rapporterer om at det vanskelig å si i fra til voksne om at slike situasjoner, men at de som klarer å si i fra opplever tillit til og effekt av samtaler med helsesykepleier (Moen, 2019).

I studien til Moen (2019) fremkommer det at helsesykepleier rapporterer at de oftere enn før møter ungdommer med sammensatte psykososiale utfordringer. Helsesykepleierne mente at de hadde en viktig rolle i arbeidet med å identifisere og følge opp utfordringene ungdommen står ovenfor. Gjennom analyseprosessen fremkom det tre kategorier av tilnæringsmåter som helsesykepleiere bruker i sitt møte med ungdommene: identifisering av de små tegn, allianse og relasjon og intervensjon. Kategoriene utgjør til sammen en dialogisk prosess. Gjennom den dialogiske prosessen kan helsesykepleiere få hjelp til å arbeide systematisk med å identifisere bakenforliggende årsaker til ungdommenes helseplager. Observasjon av små tegn, etablering av relasjoner, allianse bygging og igangsetting av intervensjon vil være gode verktøy i deres arbeid. Studien kan videre bidra til å belyse hvilken rolle helsesykepleier besitter i det tverrfaglige teamet ved skolen. De små tegn som fanges opp av helsesykepleier kan bety noe annet i deres fagperspektiv enn hva det for eksempel kan for pedagogisk personell (Moen, 2019).

3.3 Helsesøsters utfordringer for å fremme elevenes psykiske helse

I studien til Larsen, Christiansen & Kvarme (2016) ønsket man å se nærmere på forskningsspørsmålet: «Hvordan opplever helsesøstre samarbeid med skolen for å fremme elevens psykiske helse?». Helsetjenesten er i skolen representert gjennom skolehelsetjenesten. Skolehelsetjenesten har blant annet som formål å fremme psykisk helse og å forebygge sykdom og skader. Folkehelseinstituttet har utpekt skolen som en svært viktig arena for det psykiske helsefremmende arbeidet i Norge (Larsen et al., 2016).

Studien bygger på et kvalitativt design hvor man intervjuet fire helsesøstre. Utvalget til studien var strategisk utvelgelse, hvor det på forhånd var satt noen inkluderingskriterier. Fire helsesøstre ble rekruttert og var interesserte i å delta i studien. Intervjuene ble gjennomført på helsesøstrenes egen arbeidsplass og inneholdt spørsmål relatert til egne erfaringer med samarbeidet mellom lærere, synspunkter på egen rolle og deres tilgjengelighet på skolen (Larsen et al., 2016).

Helsesøstrene møtte på ulike utfordringer i deres møte med skolen. Dette var knyttet til det å finne tilhørighet og plass i skolen på både faglig og sosialt plan. Som helsesøster ble man ofte overlatt litt til seg selv og man måtte bruke tid på å finne sin plass og videre etablere et samarbeid. Hvor lenge helsesøstrene hadde vært i skolen var avgjørende for hvordan de opplevde å finne sin plass. Helsesøstrene vektla å være tilgjengelig for elever og lærere. Tilgjengelighet og videre samarbeid ble ansett som viktige faktorer for å synliggjøre egen kompetanse og egen plass ovenfor de andre i skolen (Larsen et al., 2016).

Sentrale funn i studien viste at helsesøstrene mente at de hadde en viktig oppgave når det kommer til å fremme elevenes psykiske helse. Helsesøstrene opplevde en tydelig sammenheng mellom elevens evne til læring og deres psykiske helse, og anså det derfor som viktig at lærere fikk informasjon om elever som hadde problemer. I slike situasjoner er det en balansegang å ivareta taushetsplikten, samtidig som skolen ønsker å tilrettelegge for elevenes beste. Helsesøstrene anså det derfor som viktig at lærere hadde kunnskap om psykisk helse. Basert på deres erfaringer var lærerne flinke til å iverksette tiltak som dempet stresset for utsatte elever og hjalp dem til å mestre egen skolehverdag. Helsesøstrene erfarte også at rektor hadde stor betydning i forhold til hvordan psykisk helse ble prioritert (Larsen et al., 2016).

3.4 Hvem går til helsesøster?

I studien til Finpå, Kvarme & Misvær (2017, s. 54-77) har man undersøkt sammenhengen mellom ungdoms egenvurderte helse knyttet til fysiske, psykiske og sosiale faktorer, og bruken av skolehelsetjenesten. Datagrunnlaget er hentet fra Ung i Oslo 2015 hvor man spurte 12449 elever ved ungdomsskoletrinnet. Studien er en tversnittstudie basert på spørreskjemaundersøkelsen Ung i Oslo 2015 (Finpå et al., 2017, s. 54-77). Den første helsetjenesten barn og ungdom kan oppsøke er gjerne skolehelsetjenesten. Ungdomstiden er for mange en sårbar tid, hvor man møter utfordringer relatert til fysisk, psykisk og sosial helse. Skolehelsetjenesten gir barn og unge muligheten til å ta kontakt med helsevesenet på eget initiativ og betegnes derfor ofte som en av de viktigste helsetjenestene (Finpå et al., 2017, s. 54-77).

I studien fremkommer det at omtrent halvparten av jentene og 40 prosent av guttene som deltok i undersøkelsen oppgir at de har brukt skolehelsetjenesten i løpet av de siste 12 månedene. Et av hovedfunnene er nettopp dette, at jenter i større grad enn gutter benytter seg av skolehelsetjenesten. Utfordringer knyttet til psykiske helseplager og mobbing gir også større sannsynlighet for bruk av skolehelsetjenesten. Kartleggingen viser at disse faktorene bidrar til at man bruker skolehelsetjenesten tre ganger eller mer i løpet av de siste 12 månedene. Den samlede analysen for begge kjønn viser at det å oppleve daglige fysiske eller psykiske helseplager har sammenheng med bruk av skolehelsetjenesten. Fysiske plager er viktigere årsaker for gutters bruk av skolehelsetjenesten, og konflikt i hjemmet er viktigere årsaker for jenters bruk av skolehelsetjenesten (Finpå et al., 2017, s. 68-71).

Resultatene fra studien viser blant annet at det er viktig at skolehelsetjenesten har tilstrekkelige og nok ressurser til å jobbe for å fremme helse og trivsel for alle, og også viktigheten av å iverksette tiltak for å nå dem som ikke oppsøker helsesøster selv. Samtidig er det viktig at helsesøster har kompetanse nok til å møte ungdommene som har utfordringer knyttet til fysiske eller psykiske helseplager. Når det gjelder mobbing trengs det universelle og selektive tiltak. Her er det nødvendig og viktig at helsesøster inkluderes i skolemiljøet og bidrar sammen med lærere, elever og foreldre for å forebygge mobbing (Finpå, et al., 2017, s. 73).

3.5 Helsesøstres erfaringer og rolle

Denne studien gjort av Nordstrand, Fridlund & Sollesnes (2017, s. 62-69) ble gjort i forbindelse med at det kom nye nasjonale retningslinjer for forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme blant barn og unge. I denne studien ønsket man å se på hvordan implementeringen av disse nye føringer fra nasjonalt hold ble gjort og gjennomført i praksis. Hensikten var å undersøke og beskrive helsesøstres egne erfaringer med implementeringen. Utvalget til studien var 18 helsesøstre, alle kvinner, som jobbet i helsestasjons- eller skolehelsetjenesten i Norge. Helsesøstre ble intervjuet (Nordstrand et al., 2017, s. 62).

Funnene i studien ble inndelt i kategorier hvor man stod igjen med fire ulike kategorier og med det fire ulike tilnæringsmåter til implementeringen av de samme nye nasjonale faglige retningslinjene. Kategoriene var som følger: «Den strukturerte helsesøsteren», «Den kritiske helsesøsteren», «Den pragmatiske helsesøsteren» og «Den resignerte helsesøsteren». Uansett tilnærming var det noen faktorer som var gjennomgående og av betydning for hvordan helsesøstre opplevde implementeringen. Ressurser, faggruppens kompetanse, retningslinjenes mottakelse hos brukerne, enighet/felles forståelse i faggruppen, tverrfaglig samarbeid og forankring i organisasjoner var faktorer som gikk igjen og som for dem alle var av betydning for implementeringsprosessen (Nordstrand et al., 2017, s. 64).

De som ble kategorisert som den strukturerte helsesøsteren var kjent med retningslinjene ved et tidlig tidspunkt. Hun sørget for å videreformidle det slik at resten av helsesøstertjenesten også ble kjent med retningslinjene og startet med implementeringen. Hun stilte kritiske spørsmål til retningslinjene, men forholdt seg lojal til innholdet i retningslinjene. Hun utviklet rutiner og prosedyrer og etablerte et samarbeid med andre faggrupper for å skape et helhetlig tilbud for forebygging, utredning og oppfølging av barn med overvekt (Nordstrand et al., 2017, s. 64).

Den pragmatiske helsesøsteren gjorde seg kjent med retningslinjene og så på implementeringen av retningslinjene som en modningsprosess. Hun var opptatt av at brukerne skulle ha et godt tilbud som de kunne anerkjenne, og da var hun blant annet opptatt av ivaretagelse av barnas foreldre i situasjonen. Hun var trygg på sin egen kompetanse, støttet seg på egne erfaringer og refleksjoner i implementeringsarbeidet. Hun var opptatt av å tilpasse implementeringen av de nye retningslinjene til systemer som fantes fra før av og gjorde det beste ut av det (Nordstrand et al., 2017, s. 65).

Den kritiske helsesøsteren var godt kjent med retningslinjene og så verdiene av innholdet i de nye retningslinjene for brukerne. For at den kritiske helsesøsteren skulle få til implementeringen var hun opptatt av et forutsatt samarbeid med andre faggrupper som også tok sin del av ansvaret for både kartlegging og oppfølging. Her ble blant annet faggruppene fastlege, fysioterapeut, ernæringsfysiolog og helsestasjonslege nevnt. Den kritiske helsesøsteren ønsket implementeringen av de nye retningslinjene og var klar for det, men ikke alene. Hun var opptatt av at det måtte en forankring til på flere nivåer i organisasjonen. Også det med ansvarliggjøring av familiene anså den kritiske helsesøsteren som en forutsetning for å lykkes med implementeringen (Nordstrand et al., 2017, s. 65).

Den resignerte helsesøsteren var kjent med de nye retningslinjene, men jobbet mye alene og følte at retningslinjene i sin form kunne virke arbeidskrevende. Hun stod ovenfor flere enkeltfaktorer som hun opplevde at var utenfor hennes kontroll og påvirkningsevne. Disse utfordrende faktorene dreide seg om infrastruktur, spredte tjenester og en spredt befolkning. Tilbakemeldingene var at det sjeldent var arenaer for felles faglige refleksjoner og samarbeid med andre faggrupper. Den resignerte helsesøsteren hadde mange og varierte oppgaver, noe som gjorde det vanskelig for henne å prioritere. Det fremstod som om implementeringen var en ensom kamp (Nordstrand et al., 2017, s. 66).

Ut i fra funnene i studien fremkom det at utfordringer knyttet til administrative infrastrukturer ser ut til å være en barriere for implementeringen i små samfunn. Implementeringsstrategier som derfor tar høyde for ulik demografi og ulik evne til organisering og videre forankring, ser ut til å være viktig og gir igjen større sannsynlighet for at implementeringen lykkes (Nordstrand et al., 2017, s. 66-69).

4 Teoretisk rammeverk

I dette kapitlet vil jeg ta for meg det teoretiske rammeverket som er brukt for å forsøke å forstå hvordan helsesykepleier jobber med elevenes livsstil og helse, og hva som er av betydning for hvordan elevene utvikler sin livsstil og helse. Jeg har valgt systemteorien til Bronfenbrenner for å analysere funnene i min forskning. Teorien til Bronfenbrenner er en systemteori, en utviklingsøkologisk modell, som ble introdusert i 1979 og presenteres i det følgende. Hensikten er å se på hvordan hans teori med et økologisk og dynamisk perspektiv på menneskers utvikling gjennom livet kan hjelpe oss å forstå hvordan elevenes livsstil og helse formes, og hvordan helsesykepleier påfølgende jobber med disse områdene (Gulbrandsen, 2017, s. 51).

Et samspill mellom mennesker forutsetter at man gjør noe sammen. Mennesker snakker sammen, spiser sammen, jobber sammen. Hvordan man kommuniserer og hva man gjør er av betydning for hvordan samspillet utvikles og videre hvilke betydninger dette igjen har for deltakernes og den enkeltes psykologiske utvikling. I ulike sosiale og kulturelle sammenhenger foregår det samspill mellom mennesker. For å forstå samspill mellom mennesker, er det relevant og utforske de sosiale og kulturelle kontekstene som samspillet er en del av (Gulbrandsen, 2017, s. 52).

4.1 Bronfenbrenner – en økologisk utviklingsmodell

Den utviklingsøkologiske modellen til Bronfenbrenner er en systemisk modell. Det vil si at alle ledd er gjensidig avhengig av hverandre. Så dersom et av leddene setter seg i bevegelse vil dette gi konsekvenser for resten av systemet. Det vil igjen virke tilbake på utgangspunktet og bidra til å endre litt på dette. Leddene i modellen formes gjennom gjensidig tilbakemelding og ingen av enkeltdelene i modellen kan derfor forstås uavhengig av hverandre (Gulbrandsen, 2017, s. 53-54).

Bronfenbrenner har selv definert tre kjennetegn ved sin modell:

Den utviklede personen eller fokuspersonen betraktes ikke bare som en passiv mottaker av påvirkninger fra et konstant miljø. Hun betraktes også som en voksende og dynamisk person som litt etter litt beveger seg inn og endrer de miljøene hun tilhører. Siden miljøene også øver innflytelse, ligger det faglig an til gjensidighet i utveksling mellom utviklende personer og miljøene de lever i. De omgivelsene som betraktes som relevante for menneskets utvikling er ikke begrenset til fokuspersonenes umiddelbare miljøer, men omfatter også forbindelser

mellom disse miljøene samt innflytelse fra mer omfattende omgivelser (Bronfenbrenner, 1979, s. 21).

I Bronfenbrenner sin modell er det grunnstrukturene mikro-, meso-, ekso- og makrosystemene. I den nyeste presentasjonen av hans modell kommer også et tidssystem. Systemene hver seg beskriver hvordan ulike faktorer påvirker og former og igjen hvordan man kan forstå og forklare individet og omgivelsene som gjensidig avhengig av hverandre i et vekslende samspill (Gulbrandsen, 2017, s. 53-54). Kanskje kan Bronfenbrenner sin modell belyse hvordan elevenes livsstil og helse påvirkes i et komplekst samspill og videre hvordan helsesykepleier kan jobbe med- og jobber med elevenes livsstil og helse.

4.1.1 Mikrosystem

Et mikrosystem er et mønster av sosiale roller, mellommenneskelige relasjoner og aktiviteter. Den utviklende personene opplever dette mønsteret i et gitt miljø. Miljøet har bestemte fysiske, symbolske og sosiale trekk. Trekkene ved mønsteret oppmuntrer og tillater, eller begrenser engasjementet. I denne sammenhengen er et miljø et sted og en sosial sammenheng hvor mennesker igjen kan ha direkte kontakt med hverandre (Gulbrandsen, 2017, s. 54-58). Tar vi utgangspunkt i elevene som helsesykepleiere jobber på ungdomsskolen med kan vi si at hjemmet, skolen og arenaer for fritidsaktiviteter er eksempler på miljøer for elevene. Allikevel er det i følge Bronfenbrenner sitt mikrosystem ikke tilstrekkelig med å bare se på et sted, et fysisk miljø alene. Bronfenbrenner er opptatt av hvordan aktiviteter, roller og mellommenneskelige relasjoner sammen utgjør mikrosystemets byggesteiner (Gulbrandsen, 2017, s. 54-58).

I følge Bronfenbrenner dreier aktiviteter seg om det som deltakere i mikrosystemet gjør. Dette kan være aktiviteter de gjør sammen, alene eller at noen ser på hva andre gjør. Underveis i aktiviteten opprettholder de kontakten. Aktivitetene kan være hyppige og rutinemessige. Ser man på elevenes aktiviteter kan man for eksempel se at noen av elevene spiser frokost hver morgen, mens andre aldri spiser frokost. Også aktiviteter som foregår sjeldent kan være rutinemessige. Dette fordi de foregår alltid i et vist mønster når de foregår. Et eksempel her kan være 17. mai hvor dagen for mange av elevene foregår etter det samme mønsteret flere år etter hverandre. Aktivitetene i et bestemt miljø kan også være av tilfeldig karakter eller av periodiske intervaller. Bronfenbrenner vier mest oppmerksomhet til aktivitetstypene han kaller molare aktiviteter. Aktivitetene er i dette

tilfellet pågående og får en drivkraft i seg selv ved at deltakerne i miljøet oppfatter dem som meningsfulle (Gulbrandsen, 2017, s. 54-58). Molare aktiviteter er aktiviteter som går utover en kort og enkeltstående handling eller mening. Når elevene banker på hos helsesykepleier kan dette betraktes som en slik enkel handling. Sammen med andre handlinger som det å ta mot til seg for å oppsøke helsesykepleier, gå inn til helsesykepleier, sette seg ned og kanskje også deler tanker eller følelser med helsesykepleier, blir en moral aktivitet. Aktiviteten vil trolig oppleves meningsfull og summen av enkelthandlingene utgjør den molare aktiviteten «å oppsøke helsesykepleier».

Relasjon er en annen av mikrosystemets byggesteiner (Gulbrandsen, 2017, s. 55-56).

Bronfenbrenner vektlegger at en relasjon oppstår som følge av at en person i et miljø retter oppmerksomhet mot eller deltar i en annens aktiviteter. Ved gjensidig relasjon som vil si at to personer retter oppmerksomhet mot hverandre eller deltar i hverandres aktiviteter oppstår en dyade. En dyade defineres som et system med minimum to personer. Bronfenbrenner fremhever dyader som byggesteiner i mer omfattende mellom menneskelige strukturer. Forholdet mellom den enkelte elev og helsesykepleier, kan for noen elever hvor man opplever en god relasjon til helsesykepleier, fremheves som en dyade. Videre fremhever Bronfenbrenner også dyader som byggesteiner i mer omfattende mellommenneskelige relasjoner, og kaller dette for triader, tetrader også videre (Gulbrandsen, 2017, s. 54-58). Relasjonen mellom elev og helsesykepleier kan utvides med relasjoner mellom flere, som f.eks. elev og helsesykepleier, lærer og foreldrene til eleven. Da har man fire personer som gjensidig retter oppmerksomheten mot hverandre og deltar i hverandres aktiviteter. Slike mer omfattende mellommenneskelige strukturer vil være av stor betydning for deltakernes opplevelser av øyeblikket, samt påvirke pågående utviklingsprosesser (Gulbrandsen, 2017, s. 54-58). Vi kan da si at vi kan betrakte elevens utviklingsmessige bevegelser ut i fra personlige aspekter ved de ulike prosessene eleven deltar i innenfor mikrosystemets dyader, triader osv.

Rolle er den siste av mikrosystemets byggesteiner. «En rolle defineres som et sett av aktiviteter og relasjoner som forventes av en person som innehar en bestemt posisjon i samfunnet og som forventes av andre i forhold til denne prosessen» (Bronfenbrenner, 1979, s. 85). En gjensidighet mellom en rolleindehaver og andre som da forholder seg til personen som inngår i denne rollen understrekes som viktig. Her ligger det både strukturelle og kulturelle forutsetninger som må til for å få til den gjensidige utformingen av rolleparet (Gulbrandsen, 2017, s. 54-58). Her kan vi tenke oss

at vi i vårt samfunn har forutinntatte kulturelle forestillinger om hvordan helsesykepleier er, og at elevene kan føle det lettere å komme til helsesykepleier enn lærerne med ulike problemstillinger. Helsesykepleier stiller kanskje mindre krav og er mer på tilbudssiden, enn hva lærerne er. Noe som kan skyldes at lærerne har dårligere tid og innehar en annen type fagkompetanse. Gjennom dette kan vi kanskje skimte noen mønstre gjennom de ulike rolleposisjonene (Gulbrandsen, 2017, s. 54-58).

4.1.2 Mesosystem

«Et mesosystem omfatter forbindelsene mellom to eller flere miljøer som den utviklende personen deltar aktivt i» (Bronfenbrenner, 1979, s. 25). For elevenes vedkommende innebærer dette for eksempel forbindelser mellom skolen, hjem, fritidsaktiviteter og venner. Den enkleste formen for forbindelse mellom to miljøer er elevens (fokuspersonens) deltagelse i begge. Når eleven begynner på ungdomsskolen og trer inn i mesosystemet, knyttes skolen sammen med hjemmet. Her er det eleven som er bindeleddet mellom skolen og hjemmet. Også etablering av en relasjon med lærer eller helsesykepleier og foreldrene kan være en slik forbindelse mellom to miljøer (Gulbrandsen, 2017, s. 59-60).

Skolestart og overgangen til ungdomsskolen er eksempel på overgangen mellom et miljø og hvordan en person trer inn i et nytt miljø. I følge Bronfenbrenner representerer dette det han kaller for en økologisk overgang ved at en person bytter rolle innenfor et miljø eller trer inn i et nytt miljø. Overganger slik som nevnt foregår gjennom hele livet. En slik etablering og overgang som personen gjør alene er en enkelt direkteforbindelse mellom til mikrosystemer. Dersom foreldrene kobles på etableres det doble eller tredoble direkteforbindelser her, i dette tilfellet mellom miljøet hjemme og miljøet på skolen. Foreldremøter med lærere og skolehelsetjenesten er eksempler på tiltak som kan bidra til å styrke mesosystemer i elevenes tilværelse (Gulbrandsen, 2017, s. 59-60).

4.1.3 Eksosystem

Forbindelser og prosesser som finner sted mellom to eller flere miljøer, hvor faktorer som individet ikke har direkte kontakt med, men som likevel innvirker på individet indirekte, utgjør eksosystemet. Eksempler kan her være media, politikk og familiens sosiale nettverk som naboer, venner og andre slektninger. Disse kan være deltakere i prosesser som ikke omfatter det som i dette tilfelle er

elevene direkte, men som allikevel kan få betydning for mikrosystemet hvor eleven er an aktiv deltaker (Gulbrandsen, 2017, s. 60-62). Politiske beslutninger som innebærer føringer for helsesykepleiere gir nye betingelser for prosesser i elevenes mikrosystemer. Endrede vilkår og arbeidsoppgaver for helsesykepleiere kan kanskje sies å gi endrede utviklingsmuligheter og endrede oppfølgingsmønstre for noen av elevene.

4.1.4 Makrosystem

Makrosystemet er i følge Bronfenbrenner det som ivaretar de overordnede kulturelle aspektene ved den økologiske modellen (Gulbrandsen, 2017, s. 62-64). «Makrosystemet refererer til de overensstemmelser vi finner (eller kunne finne) i form og i innhold i lavere ordenssystemer (mikro-, meso-, ekso-), på kultur- eller subkulturnivå, sammen med ethvert trossystem eller ideologi som skaper grunnlag for slike overensstemmelser» (Bronfenbrenner, 1979, s.26). Makrosystemet spiller primært en stabiliserende rolle som bidrar til å stadfeste og vedlikeholde sosiale mønstre som er velkjente og til å vedlikeholde etablerte væremåter.

Makrosystemet beskriver ofte faktorer som er av mer abstrakt karakter. Faktorene innebærer oftest en felles forståelse av kultur og samfunn, da gjerne blant medlemmer innenfor samme kultur. Eksempler på en slik felles forståelse innenfor en kultur og et samfunn er normer, ideologier og verdier. Ser man på helsesykepleiers rolle i oppfølgingen av elevenes livsstil og helse er helsesykepleierne gjennom politiske reformer og nasjonale retningslinjer underlagt noen gjeldende føringer for hvordan de skal utføre sine arbeidsoppgaver. Lovverket og de nasjonale retningslinjene påvirker derfor elevene i større eller mindre grad. Makrosystemet speiler den kulturelle konteksten og samfunnets rammebetingelser (Gulbrandsen, 2017, s. 62-64).

4.1.5 Tidssystemer

I nyere versjoner av den økologiske modellen til Bronfenbrenner nevnes også et femte system, tidssystemet. Bronfenbrenner snakker om tre tidslinjer for hvordan kan man forstå den enkeltes psykologiske utvikling: en personlig tidslinje, en historisk tidslinje og en generasjonstidslinje (Gulbrandsen, 2017, s.64-66).

En personlig tidslinje handler for Bronfenbrenner om den utviklede personens livsløp, da fra fødsel til død. Tidslinjen viser til hvilke bevegelser personen gjør gjennom sitt eget levde liv.

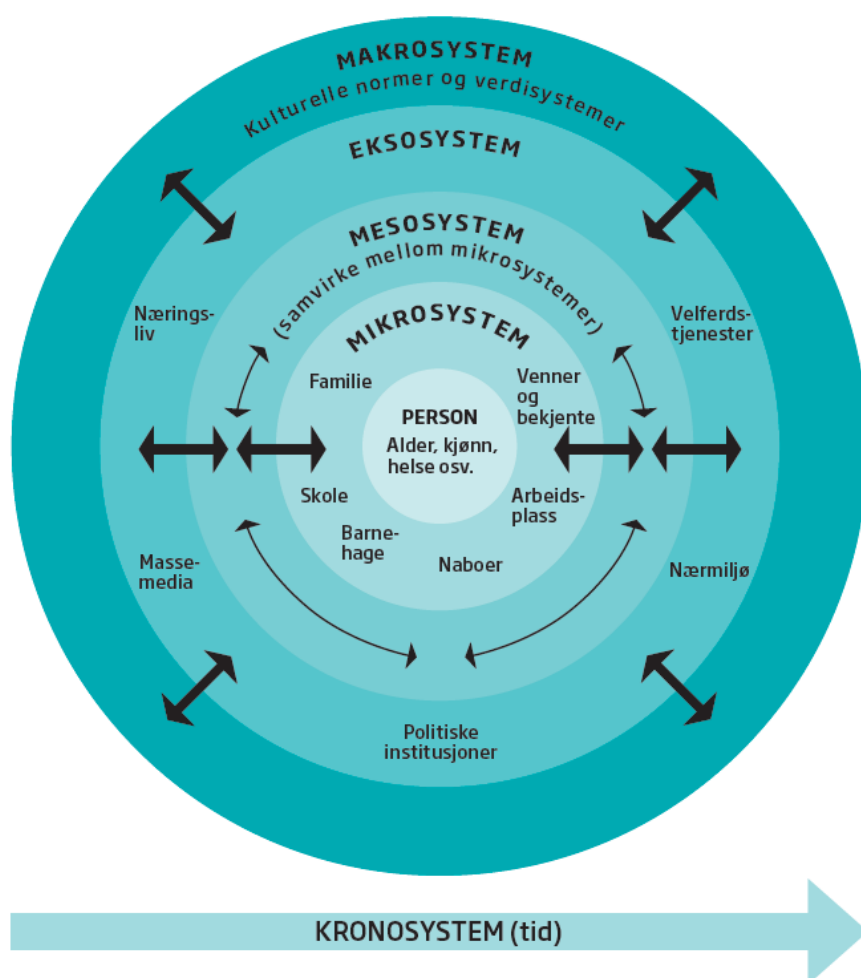
Bronfenbrenner er opptatt av at individet befinner seg i en livslang prosess hvor man aldri blir «ferdig» og hvor man bearbeider seg selv gjennom hele livet. Med bakgrunn i dette er det derfor ikke bare av relevans å utforske hvordan man som et barn utvikler seg i samspillet med den voksne, men også hvordan andre sosiale innspill som eksempelvis barnehagen og senere skolen kan være av utviklingsmessig betydning for den voksne. Men som med resten av Bronfenbrenner sin økologiske modell kan ikke det personlige livsløp ses isolert og alene, men i et komplekst samspill med proksimale prosesser (Gulbrandsen, 2017, s. 64-66).

«Den historiske tidslinjen plasserer personens livsløp inn i sin historiske epoke» (Gulbrandsen, 2017, s. 65). Dette handler om samfunnsmessige forhold som legger særskilte betingelser til grunn som påvirker det enkelte barns oppvekst og videre utvikling. Her kan man for eksempel nevne hvordan kvinners økte deltakelse i yrkeslivet har endret seg betraktelig i nyere tid. En slik historisk epoke har igjen betydning for den enkeltes utvikling og prosessen vil være en del av livsløpet til personen (Gulbrandsen, 2017, s. 64-66).

Til slutt snakker Bronfenbrenner om en generasjonslinje. Her plasseres personen inn i relasjon til generasjoner som har vært forutgående eller er etterfølgende. Det vil si hvordan personen plasseres i slekten fra å være for eksempel barn og barnebarn, til og etterhvert selv kunne bli mor eller far til egne barn, eller til hvilken tidsgenerasjon man er født inn i (Gulbrandsen, 2017, s. 64-66). I dagens samfunn har media ofte brukt omtalelsen «generasjon prestasjon» om ungdom født på 2000-tallet (Madsen, 2018). Når man bruker slike betegnelser refereres det til personer som har fått sine livsløp formet eller fortolket gjennom særdeles aktuelle forhold i samfunnet. Man snakker da gjerne ikke bare om den enkelte personens historiske innplassering og påvirkning av dens livsløp, men gjerne om mer kollektive forhold og erfaringer som sammen bidrar til å forme generasjonens forståelse av seg selv og verden rundt seg (Gulbrandsen, 2017, s. 64-66).

I lys av Bronfenbrenner sin økologiske utviklingsmodell kan man si at elevene sin livsstil og helse formes og utvikles i et komplekst samspill. Her er det flere faktorer som påvirkes gjennom en livslang prosess. Skolen anses som en viktig del av elevenes liv og vil trolig påvirke deres utvikling i større eller mindre grad. Her vil helsesykepleier og arbeidet med forebyggende og helsefremmende

arbeid kanskje være en viktig og avgjørende faktor for hvordan elevenes livsstil og helse påvirkes og formes. Allikevel ser man også at helsesykepleiere igjen vil være avhengig av samfunnet rundt og da vil trolig særlig et godt samarbeid med foresatte og lærere være av avgjørende betydning. Bronfenbrenner fremhever hvordan barnet (eleven) på ethvert tidspunkt møter verden ut fra egne forutsetninger og videre hvordan disse forutsetningene hos det enkelte barnet kan forandres i møte med verden (Gulbrandsen, 2017, s. 66). Illustrasjonen nedenfor viser hvordan man kan forstå sammenhengen mellom Bronfenbrenner sine systemer og individets utviklingsprosess (Helsedirektoratet, 2015).



Figur 1 - Bronfenbrenners utviklingsøkologiske modell (Bronfenbrenner, 2005). Hentet fra Trivsel i skolen, av Helsedirektoratet, juni 2015, s. 14. (https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/trivsel-i-skolen/Trivsel%20i%20skolen.pdf/_/attachment/inline/9e76ad2b)

5 Metode

I denne delen av oppgaven redegjøres det for valg av metode, datainnsamlingsprosessen og hvordan jeg har analysert data som er samlet inn. Vitenskapsteoretisk utgangspunkt trekkes frem og er forsøkt ivaretatt, her sammen med forskningsetiske krav.

5.1 Valg av metode

Man skiller gjerne mellom samfunnsvitenskapen og naturvitenskapen som to hovedretninger innenfor vitenskapelig forskning. Naturvitenskapen søker og forvalter kunnskap om naturen og både levende- og ikke levende naturlige fenomener, mens samfunnsvitenskapen på sin side bygger på systematisk forskning om ulike forhold i samfunnet. Samfunnsvitenskapen handler om mennesker i ulike typer samfunn og om samfunnet som helhet. Samfunnsvitenskapen ønsker å utvikle kunnskaper om det enkelte mennesket, grupper, relasjoner og andre sosiale forhold i samfunnet (Grønmo, 2017, s. 24). Da denne oppgaven er en del av en master som handler om forebyggende arbeid med barn og unge i et samfunnsperspektiv og problemstillingen i oppgaven ønsker å se på hvordan helsesykepleiere jobber med elevens livsstil og helse, ble det naturlig å tenke at en samfunnsvitenskapelig retning ville være hensiktsmessig for å oppnå formålet med denne oppgaven. Samfunnsvitenskapen kan i følge Grønmo (2017, s. 24) bidra til å forstå, forkaste og forandre ulike forhold i samfunnet.

Samfunnsvitenskapen praktiserer både kvalitative og kvantitative metoder. De ulike metodene har ulike bruksområder. Kvalitative og kvantitative metoder kan kombineres ut i fra hva som er formålet. Grønmo (2017, s. 41-47) presiserer at metode velges ut i fra hva som egner seg best for å belyse studiens problemstilling. Sosiologen Vilhelm Aubert har definert metode slik: «En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og å komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder» (Aubert, sitert i Dalland, 2012, s. 11). I denne oppgaven har jeg valgt å bruke kvalitativ metode som tilnærming for å svare på problemstillingen. Kvalitative metoder kan utformes ulikt, men tar sikte på å fange opp meninger og opplevelse som ikke lar seg tallfeste eller måle. Kvalitative metoder søker å gå i dybden av et fenomen, få frem det særegne og forskeren søker å se fenomenet innenfra (Dalland, 2012, s. 112). Bak kvalitativ forskning finner man et menneskesyn som betrakter individet som helhetlig og unikt. Et slikt syn gjelder ikke bare informantene, men også forskeren selv. Mennesker kan ses på som

objekter og subjekter. Objekter i form av å være avhengig av omgivelsene og subjekter i form av å være selvbestemmende og planleggende (Engelstad et al., 2015).

5.1.1 Vitenskapsteoretisk utgangspunkt

Kvalitativ metode bygger på teorier om hermeneutikk (fortolkning) og fenomenologi (menneskelig erfaring). Hermeneutikk viser til fortolkning av mening og fenomenologien viser til betydningen av fordommer og kontekst (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 73). Thornquist (2018, s. 222-226) er en av dem som snakker om kroppen som et hermeneutisk forskningsfelt. Hun trekker frem hvordan vi kan si at kroppen formes og skapes på to vis: gjennom samfunnets verdier og idealer, og gjennom det levde liv. Kroppen bærer med seg mening og spor, som kan sies å være bevisste. Thornquist (2018, s. 222-226) viser til hermeneutikken som egnet til å forstå fenomenet kropp og vektlegger samtidig viktigheten av og også se det i forhold til fenomener som identitet og sosial tilhørighet.

5.1.2 Semistrukturert intervju

Som nevnt tidligere er data til denne oppgaven hentet inn ved bruk av semistrukturerte intervjuer med helsesykepleier som jobber i ungdomsskolen. Metoden er redskapet i undersøkelsen og stiller krav til at forskeren behersker metoden for best mulig resultat (Dalland, 2012, s. 114). I følge Kvale & Brinkmann (2015, s. 156-157) finnes det ingen standardprosedyrer eller regler for utførelsen av et forskningsintervju, men det er enkelte standardtilnærminger og teknikker man bør velge for de forskjellige trinnene av et intervju. I semistrukturerte intervjuer søker man å innhente beskrivelser fra den intervjuedes egne beskrivelser, hvor man søker å fortolke betydningen av fenomenene som beskrives (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 156-157). Med bakgrunn i dette og studiens formål ble derfor semistrukturerte forskningsintervjuer valgt som egnet datainnsamlingsmetode.

Semistrukturerte intervjuer kan delvis sammenlignes med en samtale i dagliglivet, men som er en samtale av mer profesjonell art og med et overordnet formål. Når man snakker om semistrukturerte intervjuer innebærer det verken en åpen samtale eller en lukket spørreskjemasamtale, men intervjuet utføres i overensstemmelse med en utformet intervjuguide. Intervjuguiden inneholder bestemte temaer og forslag til spørsmål (Kvale & Brinkmann, 2015, s.135-155). Før jeg gjennomføre intervjuene ble det i tråd med hva Kvale & Brinkmann (2015, s.

135-155) vektlegger utformet en intervjuguide (se vedlegg 5). Gjennom intervjuet søkte jeg å forstå betydningen av sentrale temaer i intervjupersonens livsverden. Intervjuet gav rom for å være tilstede i samtalen og å skape en nærhet mellom forsker og informant. Jeg fikk muligheten til å stille oppfølgingsspørsmål og å spørre hvorfor informanten opplever og handler som de gjør. Ved å være tilstede under innsamlingen av data fikk jeg en mulighet til å skape en mellommenneskelig relasjon til informantene. Jeg fikk også muligheten til å dele av egne erfaringer og faglig kunnskap for å innhente verdifull informasjon. Ved bruk av kvantitativ metode ville jeg ikke fått de samme mulighetene til å innhente utfyllende informasjon om helsesykepleiernes egne opplevelser og erfaringer (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 191-203).

5.1.3 Rekruttering av informanter

Informantene i denne oppgaven er helsesykepleiere som jobber i ungdomsskolen, og som har erfaring med bruk av helsesamtalen og «Liv og røre-modellen». Utvalget er strategisk. Det vil si at utvelgingen av informanter ikke var tilfeldig, men at den bygger på vurderinger av hvilke enheter som ut i fra teoretiske og analytiske formål er mest relevante og interessante (Grønmo, 2017, s.102-105). Til denne oppgaven ble derfor informanter som jobbet som helsesykepleiere i ungdomsskolen og som hadde erfaringer med «Liv og røre-modellen» spurt om å delta.

Gjennom en nettverkssamling for skolehelsetjenesten i kommuner som deltar i prosjektet «Liv og røre» kom jeg i kontakt med flere aktuelle informanter. På denne samlingen fikk jeg muligheten til å holde et kort foredrag om egen masteroppgave og hva det innebar for informantene å delta. I løpet av denne dagen var det flere som kom bort til meg og meldte sin interesse for å delta. Jeg fikk kontaktinformasjon til de som meldte seg som interessenter og avtalte at jeg videre kunne kontakte dem på mail. Til slutt satt jeg igjen med tre informanter fra nettverkssamlingen som ønsket å delta.

På forhånd hadde jeg sett for meg at jeg ønsket meg fra fire til fem informanter.

Rekrutteringsprosessen fortsatte derfor etter nettverkssamlingen og jeg tok da direkte kontakte med aktuelle helsesykepleiere i Telemark. Jeg fant kontaktinformasjon tilgjengelig på kommunens egne nettsider og tok herfra direkte kontakt med aktuelle helsesykepleiere. Denne prosessen viste seg å være noe mer utfordrende enn hva jeg hadde sett for meg, da det var svært få av de som ble kontaktet som svarte. Etter noe tid satt jeg igjen med to til informanter, hvorav en av dem trakk seg

før intervjuet ble gjennomført og den siste også senere trakk seg da arbeidspresset på jobb var for stort. Oppsummert sett ble det derfor totalt rekruttert tre helsesykepleier som informanter til denne studien. Alle helsesykepleierne jobbet ved ulike ungdomsskoler i ulike kommuner i Telemark fylke.

At rekrutteringsprosessen var vanskeligere enn først antatt kan ha flere årsaker. Det har de siste årene blant annet vært mangel på helsesykepleiere rundt om i kommunene og flere av helsesykepleierne som svarte på mine henvendelser var enten helt nyutdannet eller under utdanning. De oppfylte derfor ikke inkluderingskriteriene med kjennskap til «Liv og røre-modellen». På den andre siden var det også flere som begrunnet det med at de hadde et stort arbeidspress og dermed rett og slett ikke hadde tid til å delta på noe utenom allerede eksisterende arbeidsoppgaver. I tillegg kan jeg som forsker være en av årsaken. Spørsmålet jeg kan stille meg er om jeg var tydelig nok i det jeg formidlet. Var jeg kanskje for passiv? Burde jeg ha vært mer på for å motivere til å delta? Målet var å virke tydelig og hyggelig uten å bli for pågående, men jeg vet samtidig ikke hvordan mine henvendelser ble oppfattet.

5.1.4 Intervjuguiden

En intervjuguide er et manuskript som utarbeides før man gjennomfører intervjuet. Guiden kan inneholde temaer man skal spørre om eller inneholde detaljerte formulerte spørsmål i kronologisk rekkefølge. Ved semistrukturerte intervjuer som er brukt som metode i denne oppgaven inneholdt intervjuguiden en oversikt over emner som skulle dekkes, med forslag til spørsmål som skulle stilles (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 165-170).

Intervjuguiden til denne oppgaven ble utformet med spørsmål delt inn i ulike kategorier (se vedlegg 5). I alt delte jeg intervjuguiden inn i syv kategorier. Intervjuguiden var et forslag til hvordan intervjuet kunne gjennomføres, men med rom for innvendinger eller endringer underveis. Det var lagt opp til å starte intervjuet med å spørre informanten om de kunne beskrive en typisk arbeidshverdag for dem. Hensikten med dette var å få til en myk start på intervjuet slik at informantene skulle kunne snakke løst om det som daglig opptar dem. Videre hadde jeg som nevnt delt spørsmålene inne i kategoriene: Begrepsavklaringer, erfaring med verktøy i «Liv og røre-modellen», helsesamtalen, opplevd samarbeid med skolen og skolehelsetjenesten, betydningen av

samarbeidet med skolen og skolehelsetjenesten, elevens livsstil og helse og helsesamtalen sett opp mot «Liv og røre-modellen». Til slutt var det lagt opp til at informantene kunne komme med innspill eller andre kommentarer de ville få med.

De første spørsmålene i intervjuguiden var informantenes subjektive definisjoner og hva de la i begrepene livsstil og helse. Ved å spørre om dette ønsket jeg å få frem eventuelle nyanser som lå i begrepene, da jeg på forhånd antok at vi alle kanskje har litt ulike oppfatninger av hva som legges i disse begrepene. Videre ønsket jeg å få frem informantenes egne erfaringer med «Liv og røre-modellen» og erfaringer med helsesamtalen. Hensikten var å se nærmere på hvordan disse verktøyene brukes i arbeidet med elevens livsstil og helse. Opplevd samarbeid med skolen og skolehelsetjenesten og betydningen av samarbeidet med skolen og skolehelsetjenesten var også viktige momenter å spørre om. Dette fordi jeg hadde en forutforståelse ut i fra hva jeg hadde lest om i tidligere forskning at et godt samarbeid mellom disse instansene er avgjørende for å følge opp elevens livsstil og helse i best mulig grad. Neste kategori i intervjuguiden var elevens livsstil og helse, hvor jeg var ute etter å se på hvordan helsesykepleierne ville beskrive elevens livsstil og helse i dag og om de kunne påpeke noen merkbar endring på disse områdene de siste årene.

Begrunnelsen for disse spørsmålene er blant annet flere medieoppslag de siste årene relatert til økende psykiske helseplager og en generasjon som er svært opptatt av utseende, helse og trening. Forfatter Ole Jacob Madsen (2018) har for eksempel kalt unge i Norge født på 2000-tallet for generasjon prestasjon og skrevet en bok med nettopp denne tittelen. Siste kategori i intervjuguiden var helsesamtalen sett opp mot «Liv og røre-modellen». Helt til slutt ønsket jeg å runde av intervjuet med mulighet for innspill eller kommentarer fra informantene. Dette for at informanten skulle føle at de fikk sagt alt de ønsket å formidle, samt for å legge til rette for en god avvikling av intervjuet.

Gjennom utformingen av intervjuguiden var det viktig å tenke på hva slags informasjon man ønsker å skaffe til veie gjennom intervjuene. Det er også viktig at man på forhånd farger spørsmålene i minst mulig grad, slik at informantene som i dette tilfelle er helsesykepleiere, står fritt til å svare med egne tanker og meninger (Grønmo, 2017, s. 170-171). Ledende spørsmål og typiske spørreskjema spørsmål hvor helsesykepleierne kunne svare ja/nei prøvde jeg i størst mulig grad å unngå. Dette fordi jeg ønsket mer utfyllende svar og jeg la derfor opp til at spørsmålene var mer åpne med rom for å utdype. I følge Thagaard (2018, s. 97) kan utfordringen med åpne spørsmål

være at de kan oppleves for generelle og dermed vanskelig for helsesykepleierne å knytte egen kunnskap, følelser og erfaringer opp mot. Jeg valgte derfor å formulere flere av spørsmålene knyttet opp mot opplevde egne erfaringer, samtidig som jeg lot flere åpne spørsmål også få være med i intervjuguiden. Her med en forventning om at det kunne være nødvendig med oppfølgende spørsmål til de mer åpne spørsmålene.

Guiden kan sies å være forskerens utgangspunkt og en form for sjekklister for gjennomføringen av intervjuet. Underveis vil det allikevel være nødvendig å vurdere rekkefølgen på temaene i guiden og eventuelt formulere noe spørsmål ut i fra hvordan intervjuet utvikler seg (Grønmo, 2017, s. 170-171). Jeg var bevisst på at intervjuet kunne bli mer uforutsett enn hva jeg hadde sett for meg og at det kunne dukke opp mer relevante spørsmål som jeg ønsket svar på underveis. Jeg var åpen for at nye temaer kunne bringes inn i samtalen og bevisst på at jeg måtte holde en viss styring i samtalen (Grønmo, 2017, s. 170-171).

5.1.5 Forberedelse til intervjuene

Allerede under utformingen av intervjuguiden gjorde jeg meg noen tanker om hvilken kommunikasjonsform som var best egnet for å samle inn data (Grønmo, 2017, s. 170-171). Ved at jeg selv har utdanning som sykepleier og skrev en bacheloroppgave som også så på helsesykepleiers rolle, hadde jeg noe forkunnskap om hva som kjennetegner yrket til informantene jeg skulle intervjuer. Jeg leste meg også opp på forskning som kunne relateres til flere av kategoriene jeg ville vite mer om i intervjuguiden. Samtidig brukte jeg en del tid på å sette meg inn i Nasjonal faglig retningslinje for helsestasjons- og skolehelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2020) og veilederen for «Liv og røre i Telemark» (Westhrin & Høydal, 2019).

For å bli best mulig forberedt til intervjuene gjennomførte jeg et prøveintervju. Prøveintervjuet ble gjennomført fordi jeg fra tidligere ikke har noen erfaringer med å intervjuer og derfor ble anbefalt at det ville være nyttig å trene på gangen i prosessen. Personen jeg prøveintervjuet ble jeg kjent med gjennom prosjektgruppen i «Liv og røre i Telemark». Hun har selv skrevet masteroppgave og jobber nå med en doktorgrad. Hun hadde derfor god kunnskap om gjennomføring av intervjuer som jeg videre håpet å kunne dra nytte av selv. Under prøveintervjuet ble jeg gjort oppmerksom på flere interessante momenter som hadde rom for forbedring. Flere av spørsmålene i intervjuguiden

hadde en ordlyd som gjorde at man enkelt kunne svare ja eller nei, og var mer spørreskjema strukturerte. Flere av spørsmålene var også ansett som lite relevante for oppgavens problemstilling og derfor ikke nødvendig å ta med. Samtidig fikk jeg innspill om spørsmål som kanskje kunne være mer hensiktsmessig å ta med. Etter prøveintervjuet satt jeg igjen med flere gode innspill og rom for forbedring før jeg skulle starte på intervjuene. Flere av spørsmålene ble endret, jeg la til nye spørsmål og jeg omformulerte problemstillingen. Prøveintervjuet var derfor en nyttig prosess som gjorde meg mer bevisst på egen rolle i intervjuet, gav meg gode råd, innspill og føringer for prosessen videre. Jeg følte meg bedre rustet for å gjennomføre intervjuene etter prøveintervjuet.

5.1.6 Gjennomføringen av intervjuene

Før man starter intervjuene må forskeren på forhånd avgjøre hvor stor grad av åpenhet man ønsker å ha ovenfor respondentene. Det anbefales at det i størst mulig grad bør være mest mulig åpenhet og at respondentene gis tilstrekkelig informasjon om hensikten med studien (Grønmo, 2017, s. 170-171). På forhånd var det også krav om at man søkte Norsk senter for forskningsdata (NSD). Dette med begrunnelse i at det skulle innhentes og behandles personopplysninger til denne studien. Søknaden til NSD ble etter noen ukers behandlingstid godkjent (se vedlegg 3) og det var dermed klart for å starte prosessen med å avtale og deretter gjennomføre intervjuene.

Også informert samtykke ble innhentet før oppstart av intervjuprosessen. Hver informant fikk utdelt et informasjonsskriv med utfyllende informasjon om hva prosjektet innebærer, hvor de skrev under at de samtykket til deltakelse og at de til enhver tid har anledning til å trekke seg fra sin deltagelse. Underskrevet samtykke ble oppbevart på et trygt og innelåst sted, slik at det ikke skulle være mulighet for at dokumentet kom på avveie. I følge Thagaard (2018, s. 23) er «prinsippet om informert samtykke basert på respekten for individets råderett over eget liv, og at den enkelte har kontroll med opplysninger om seg selv som deles med andre» (Thagaard, 2018, s. 23).

Alle intervjuene ble avtalt gjennom kommunikasjon på mail. Intervjuene ble lagt opp til at jeg tilpasset meg etter hva som passet best for informantene i og med at jeg visste at de ofte hadde travle arbeidsdager. Jeg valgte derfor å møte informantene i deres kjente miljø og omgivelser slik at det ikke skulle bli noen ekstra belastning for dem med å måtte reise. Intervjuene ble derfor preget av omgivelser med god ro. I alt ble det gjennomført tre intervjuer som hadde en varighet fra

mellom 40-55 minutter per intervju. For å få til en myk start og å skape tillit hos informanten startet jeg med en kort presentasjon av meg selv og mitt prosjekt, noe informantene allerede var kjent med gjennom vårt møte fra nettverkssamlingen tidligere samme år. Videre innledet jeg intervjuene med å spørre informanten om de kunne beskrive en typisk arbeidshverdag for dem. Dette var en god start på samtalen og gav en fin flyt videre inn i intervjuet.

Intervjuguiden som ble utformet før gjennomføringen av intervjuene var grunnlaget for selve intervjuene (se vedlegg 5). En lyttende holdning er viktig å vise som forsker helt fra starten av intervjuet. Dette innebærer at man retter den hele og fulle oppmerksomheten mot intervjupersonen ved å vise engasjement og interesse for hva intervjupersonen forteller (Thagaard, 2018, s. 102). Underveis i intervjuene stilte jeg derfor også noen tilleggsspørsmål som dukket opp som naturlig å finne ut mer om. Dette for å vise min genuine interesse til hva helsesykepleierne fortalte og for å få til en bedre og mer naturlig flyt i samtalen. Thagaard (2018, s. 102) presiserer viktigheten av å etablere en god og tillitsfull atmosfære i intervjusituasjonen og hvordan dette har betydning for om intervjuet blir av god eller dårlig kvalitet. Det er viktig at man minsker den sosiale avstanden mellom forsker og intervjupersonen. Ved at jeg viste interesse ved å spørre mer rundt det helsesykepleierne fortalte, opplevde jeg at samtalen fløt lettere og at man fikk til en mer gjensidig kommunikasjon.

Underveis i intervjuet ble det naturlig at man beveget seg annerledes gjennom intervjuguiden enn slik den var satt opp på forhånd. Det ble mer hensiktsmessig for samtalen og bidro til å bedre flyten. Samtidig var det viktig at jeg var bevisst min rolle som forsker. Dette innebar at jeg ikke avbrøyt det informanten fortalte, selv om det kanskje gikk litt utenfor det jeg i utgangspunktet ønsket å finne ut av. Her presiserer Thagaard (2018, s. 102) viktigheten av å finne balansegangen mellom genuin interesse og den lyttende rollen. Så godt det lar seg gjøre bør man også unngå å la egne verdier tydelig prege intervjuet. Målet er at intervjupersonene ikke påvirkes av forskerens egne erfaringer og oppfatninger, men at det er rom for at intervjupersonene kan fremme sine egne meninger og synspunkter på fenomen man ønsker å finne ut mer om (Thagaard, 2018, s. 102-104)

Under prøveintervjuet snakket vi en del om at det ofte oppstår øyeblikk av stillhet og at det var viktig at man var forberedt på disse øyeblikkene på forhånd. Dette fordi man gjerne av natur opplever slik stillhet som ubehagelig og prøver å fylle inn disse øyeblikkene. Under intervjuene var

jeg derfor bevisst på dette med stillhet. Man bør ikke være redd for disse stundene med stillhet. Stundene med stillhet kan gi rom for refleksjon rundt temaer man alt har snakket om. Stillheten gir samtidig også muligheten til å naturlig gå videre i samtalen hvor man eksempelvis starter med neste tema i intervjuguiden og kan gi intervjupersonen rom for å legge til noe de har fått tenkt mer på (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 167). Under intervjuene opplevde jeg noen slike stunder med stillhet og av disse stundene kom det ofte noen tilføyende tanker og innspill som gav nyttig informasjon. Den fryktede stillheten ble derfor en positiv gjentakende opplevelse gjennom intervjuene.

For å få til en naturlig avslutning på intervjuene avsluttet jeg med å si at jeg hadde fått gode svar og god innsikt med svarene som hadde blitt gitt. Deretter spurte jeg om intervjupersonene hadde andre innspill eller kommentarer de ville legge til før vi avsluttet intervjuet. Dette for å gi intervjupersonene muligheten til å komme med temaer eller tanker de kanskje satt inne med (Dalland, 2012, s.173-174). I alle intervjuene fremkom det noen tanker i denne delen av intervjuet som var viktig for intervjupersonen å få frem. En slik avslutning med åpenhet og rom for egen tolkning virket til å gi en positiv opplevelse for helsesykepleierne som ble intervjuet. Helt tilslutt takket jeg vennlig for deltagelsen og forsøkte å vise min takknemlighet for at de tok seg tiden til intervjuet. Jeg formidlet at det ved spørsmål, tanker eller andre problemstillinger som eventuelt skulle dukke opp bare var å ta kontakt med meg igjen. Jeg har imidlertid ikke fått noen henvendelser eller tatt kontakt med helsesykepleierne etter at intervjuene ble gjennomført.

5.1.7 Lydopptak

Under alle intervjuene ble det benyttet lydopptaker. Intervjupersonene var informert om at intervjuene ble tatt opp og samtykket til bruken av lydopptaker. Før gjennomføringen av intervjuene hadde jeg derimot tenkt på muligheten for at noen av intervjupersonene kunne ha innvendinger mot bruken av lydopptak. Thagaard (2018, s. 111-112) nevner at erfaringer fra intervjuer viser at intervjupersonene viser liten interesse for at opptak foregår, så fremt de har samtykket til det på forhånd. Dette ble også min erfaring. Ingen av helsesykepleierne hadde noen innvendinger mot bruken av lydopptak og lydopptak ble derfor brukt i alle intervjuene.

I følge Thagaard (2018, s. 111-112) gir lydopptak fylldig informasjon om dialogen som foregår mellom forsker og intervjuperson. Opptaket gir oss informasjon om hvordan spørsmålene besvares,

engasjementet til intervjupersonen, om det tas pauser eller om intervjupersonen kanskje nøler med å svare (Thagaard, 2018, s. 111-112).

Ved bruk av lydopptaker kunne jeg enkelt gå gjennom intervjuene gjentatte ganger for å høre hva som nøyaktig ble sagt og om jeg hadde oversett noen viktige momenter. Jeg brukte også lydopptakene mellom intervjuene til å høre på meg selv. Dette for å lære av hvordan jeg fremstod i rollen som forsker. Ved å bruke lydopptakene til å høre hvordan jeg selv fremstod fikk jeg muligheten til å vurdere hva som fungerte bra, og hva som kunne bli bedre til neste intervju. Under intervjuene valgte jeg samtidig å supplere med kortfattede notater for å registrere kroppsspråk og andre reaksjoner som ikke fremkommer i lydopptakene.

5.2 Bearbeiding av datamaterialet

5.2.1 Transkribering

“Å transkribere betyr å transformere, skifte fra en form til en annen” (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 205). Når man transkriberer oversetter man fra talespråk til skriftspråk. Transkribering av et intervju er derfor kort sagt en direkte gjenfortelling av den foregåtte samtalen (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 205). Jeg transkriberte alle intervjuene selv og brukte rundt 8 timer på å transkribere hvert intervju.

Etter at jeg hadde gjennomført intervjuene ble de transkribert. Jeg brukte som nevnt lydopptak under intervjuene. Lydfilene ble brukt aktivt under transkriberingsprosessen. Jeg tok meg god tid til å skrive ned alt som ble sagt og hørte på hva som ble fortalt flere ganger. I følge Thagaard (2018, s. 111-112) er det viktig at man forsøker å rekonstruere intervjusamtalen så godt som mulig når man omgjøre den til en sammenhengende tekst. Man bør forsøke å etterstrebe og også få frem det sosiale samspeillet som foregår under samtalen. Ved bruk av lydopptak får man gjerne fyldig informasjon. Dette gir igjen mulighet til å reflektere rundt intervjuet og viktig informasjon for videre analysearbeid (Thagaard, 2018, s. 111-112). Jeg brukte derfor god tid med transkriberinger for å være sikker på at jeg ikke overså viktige funn og muligheten for å reflektere rundt hva som kom frem. Transkriberingen ble også gjort kort tid etter at intervjuene var gjennomført. Hensikten her var at jo før jeg fikk transkribert, desto mer husket jeg av stemningen og andre momenter som fant sted under intervjuene. Jeg hadde også gjort noen notater under intervjuene. Notatene fra intervjuene var gode hjelpemidler i tolkning av selve tekstmateriale (Dalland, 2012, s. 178).

5.2.2 Analyseprosessen

Allerede under intervjuene og videre inn i transkriberingen hadde jeg gjort meg noen tanker om datamaterialet. I følge Thagaard (2018, s. 151) er vi allerede i gang med analysen mens vi er ute i felten. Vi observerer og reflekterer rundt om vi kan forstå hva intervjupersonene gir uttrykk for gjennom intervjusamtalene. Med bakgrunn i dette er det derfor viktig at vi gjør gode og grundige notater fra intervjuene og transkriberingen, da dette datamaterialet utgjør det største grunnlaget for videre analysearbeid (Thagaard, 2018, s. 151.152).

Gjennom hele denne studien har det som Thagaard (2018, s. 151) snakker om foregått en kontinuerlig prosess hvor man analyserer og tolker data. Det første trinnet i analysen innebærer at man blir kjent med referatene fra intervjuene og danner et inntrykk av hvilke fenomener dataene beskriver. Det neste trinnet handler om å finne den analytiske tilnærmingen som passer best for prosjektet. I denne oppgaven valgte jeg å bruke en temasentrert tilnærming for videre utarbeiding av funn og kategorier. Ved å anvende en temaanalytisk tilnærming ønsket jeg å utforske temaer som kom frem i intervjuene ved å sammenligne data om det samme temaet på tvers av intervjuene. En slik tilnærming baseres på at dataene kodes på en helhetlig måte og man sammenligner videre på tvers av dataene (Thagaard, 2018, s. 153-154).

Prosessen med å utarbeide funn og kategorier foregikk i flere trinn. Man må være forberedt på å lese gjennom teksten mange ganger for å bli fortrolige med innholdet og videre kunne danne et helhetsinntrykk av hvilke fenomener teksten kan gi en forståelse av. Ved å lese gjennom teksten mange ganger kan man trolig finne gjentakende poenger, sitater som viser til gode poenger, få frem kategorier som er gjentakende, systematisere sitater under kategorier og utarbeide en sammenhengende tekst. Videre etter at man har kategorisert og kodet teksten, bør man lese gjennom flere ganger på nytt. Ny gjennomlesning kan bidra til at man oppdager sider ved dataene som man ikke allerede har fanget opp (Thagaard, 2018, s. 152). Dette var også min erfaring gjennom analysearbeidet, hvor jeg så viktigheten av å lese gjennom teksten en rekke ganger. For hver gang jeg leste gjennom teksten oppdaget jeg noen nye viktige sitater og poenger som jeg tidligere hadde oversett. Jeg tok meg derfor god tid i gjennomlesningen av materialet.

5.2.2.1 Temaanalyse

Ved bruk av temaanalyse rettes oppmerksomheten mot temaer som er representert i prosjektet. Data analyseres ut i fra hvert tema fra alle deltakerne. Her er formålet med analysen å gå i dybden på de enkelte temaene, ved at man sammenligner dataene fra hver deltaker slik at man kan utvikle en dypere forståelse av hvert enkelt tema (Thagaard, 2018, s. 171-172). Som Thagaard (2018, s. 171-172) beskriver tolker vi gjerne dataene ut i fra vårt eget faglige ståsted. Ved at jeg har bakgrunn som sykepleier bidro nok min fagbakgrunn til å delvis styre hvordan jeg tolket og oppfattet det innsamlede datamaterialet. En slik forforståelse kan gi grunnlag for at man danner et annet perspektiv på materiale enn det deltakerne har (Thagaard, 2018, s. 171-172). Selv om jeg etterstrebet å se datamaterialet med nye øye kan jeg ikke utelukke at min forforståelse påvirket hvordan innsamlet datamaterie ble tolket. Også gjeldene normer og ulike oppfatninger i samfunnet vil kunne påvirke funnene.

Som neste steg i analyseprosessen skrev jeg ut alle de transkriberte intervjuene slik at jeg hadde dem i papirformat (Dalland, 2012, s. 179) Videre i analyseprosessen valgte jeg å starte med tankekart som hjelpemiddel. Her valgte jeg å følge temaene i intervjuguiden, hvor jeg la til temaer jeg så gikk igjen i flere av intervjuene. Tankekartene ble fylt med temaer. Under hvert tema la jeg til stikkord, sitater og viktige poenger som kom frem under intervjuene. Dette gjorde at jeg fikk en god oversikt over hovedpoengene og beskrivelser som alle helsesykepleierne uttrykte. Jeg valgte å lage et tankekart for hvert intervju. Grunnen til at jeg valgte å lage et tankekart for hvert intervju er fordi man ved bruk av temaanalyser ønsker å sammenligne på tvers av dataene, slik at man kan gå i dybden på de enkelte temaene. For at man skal kunne sammenligne innenfor hvert tema er man avhengig av at data kodes og klassifiseres på lik måte (Thagaard, 2018, s. 171-172). Tankekartene gjorde det lettere å sammenligne dataene på tvers av hverandre, da funne var kodet og klassifisert på lik måte.

Videre leste jeg på nytt gjennom intervjuene en rekke ganger og startet prosessen med å se etter funn som gikk igjen på tvers av intervjuene. Tankekartene var som nevnt en viktig del av denne prosessen. Jeg oppdaget også i denne neste fasen flere sitater og gjennomgående temaer som jeg ikke før hadde fått frem. Jeg markerte sitater, poenger, temaer og andre utsagn som enten var motstridene, eller skilte seg ut på en eller annen måte. Ved å se nærmere på notater gjort under intervjuene, tankekartene og det jeg hadde markert gjennom ny gjennomlesning av det

transkriberte materialet, startet prosessen med å utarbeide kategorier for funnene jeg hadde gjort. Under markeringen av funn jeg anså som viktig og når jeg lagde tankekart, valgte jeg å bruke ulike fargekoder. Fargekodene symboliserte at funnen «tilhørte» samme kategori. Jeg lagde på dette tidspunktet fem hovedkategorier, hvor jeg inn under hver kategori igjen hadde flere underkategorier. Kategoriene var som følger: «Begrepsforståelse blant helsesykepleierne», «Samarbeidet med skolen og skolehelsetjenesten», «Liv og røre-modellen som verktøy», «Helsesamtalen i 8. klasse» og ««Liv og røre-modellen» og helsesamtalen satt opp mot hverandre». Ved at jeg hadde valgt å lage et tankekart for hvert intervju og videre markere hvem som hadde sagt hva, gav det meg muligheten for å finne likheter, forskjeller og å gjøre sammenligninger. Thagaard (2018, s. 171-172) presiserer at inndeling av kategorier kan være et felles utgangspunkt for analyser som rettes mot å forstå et fenomen i sammenheng, slik som jeg ønsker i denne oppgaven. Videre er det viktig at temaene som analyseres inneholder utfyllende beskrivelser fra alle deltakerne. Dette var derfor hensikten med et tankekart for hvert intervju og videre markere med tall for hvem som hadde sagt hva. En slik fylldig beskrivelse fra alle deltakerne innenfor hvert tema gir grunnlag for at man videre kan analysere de variasjonene som dataene representerer innenfor hvert tema (Thagaard, 2018, s. 171-172).

5.2.2.2 Endelige kategorier

Utover i analyseprosessen landet jeg som nevnt på 5 hovedkategorier. Under hver kategori lagde jeg igjen noen underkategorier. Neste trinn i analysen ble så å få frem helsesykepleiernes erfaringer og beskrivelser knyttet til de ulike kategoriene. Målet var å presentere dette på en mest mulig systematisk måte, som igjen gjenfortalte det helsesykepleierne hadde fortalt meg. Jeg valgte å presentere ulike sitater fra helsesykepleiere gjennom alle kategoriene. Dette for å vise til direkte formuleringer og erfaringer helsesykepleierne kom med. Videre ønsket jeg å formulere det hele i en mest mulig sammenhengende tekst hvor hensikten var å få frem helheten i intervjuene som var gjort (Thagaard, 2018, s. 171-172). I følge Dalland (2012, s. 183) handler det om å kunne veksle mellom å se helheten og delene for å lettere kunne se motsetninger og sammenhenger. Dette var også det jeg forsøkte å få til gjennom min analyseprosess.

Intervjuene ble som sagt gjort av tre helsesykepleiere som alle jobber ved ulike skoler. Dette ble ikke direkte skilt mellom i presentasjonen av funnene i denne studien og alle tre informantene

omtalt kun som helsesykepleier. Det er ikke gjort noe klart skille mellom hvem som er hvem når det gjennom teksten presenteres ulike sitater fra dem.

Alle funnene er presentert inn under et eget kapittel. Her presenteres funnene fortløpende, hvor det diskuteres underveis. For og bygge opp under funnene presenteres også både forskning og teori. Hensikten med dette var å bygge opp under funnene som er gjort i studien og deres relevans. Det er ikke bare positive sider ved bruk av denne temabaserte fremgangsmåten. Bruk av temabaserte analyser kan blant annet kritiseres fordi den tar mindre tekster ut av kontekst og ved at den er temabasert bidrar til at det setter noen begrensninger for hva som inkluderes. Thagaard (2018, s. 179-180) beskriver at en av konsekvensen av at vi løsriver oss fra den helheten teksten opprinnelig ble presentert i, kan gjøre at deltakernes egen forståelse vil få en mindre fremtredende plass. Temaene i analysen preges gjerne av forskerens egen forståelse av gitte situasjoner man studerer (Thagaard, 2018, s. 179-180). Noe av denne kritikken som Thagaard (2018, s. 179-180) vektlegger vil også være aktuell for analysen jeg har gjort gjennom denne studien. Utarbeidelsen av kategorier og det å finne frem til hvilke sitater som i best mulig grad kunne belyse problemstillingen, gjør at man må ta noen valg og gjøre noen avveininger. Med andre ord baserer nettopp kategoriene jeg har valgt seg på funn som jeg anser som mest relevant for å få bygge opp under denne studiens problemstilling. Trolig ville en annen forsker med sitt utgangspunkt valgt seg ut andre sitater og andre kategorier. Dette fordi vi som Thagaard (2018, s. 208-209) presiserer har ulik forforståelse og ulike erfaringer med oss inn i analysearbeidet. Allikevel betyr ikke dette at funnene i denne studien ikke er av relevans, men viser oss at det finnes flere måter å se funnene som er gjort på (Thagaard, 2018, s. 208-209).

5.2.3 Fortolkningsramme

Når man tolker en teksts mening omfatter dette gjerne mange forskjellige tilnærminger (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 238). I denne oppgaven er analysearbeidet jeg har gjort styrt ut i fra en hermeneutisk-fenomenologisk tilnærming. En slik tilnærming legger vekt på fortolkning og forståelse av hvilke meninger som kan knyttes til de ulike handlingene. Tilnærmingene tar utgangspunkt i aktørens egen forståelse av sine handlinger (Grønmo, 2017, s. 95-96). Det vil dermed si at helsesykepleierens egne beskrivelser løftes frem, hvor hensikten er å få frem hvordan de selv opplever bruken av helsesamtalen og «Liv og røre-modellen» som verktøy for å få en

oversikt over elevens livsstil og helse. Samtidig vil helsesykepleiernes erfaringer ikke bare baseres på den spesifikke forståelsen som etableres under selve studien, men også bygge på den mer generelle forforståelsen jeg som forsker har forut for studien. En slik forforståelse omfatter blant annet egne erfaringer, teoretiske referanserammer og hva tidligere forskning bygger på. Dette kan bety at min forforståelse er med på å påvirke hva jeg tolker og hva jeg leter etter. Samtidig kan ikke resultatene av hva som fremkommer i innsamlingen av datamaterialet forstås uavhengig av den større helheten de inngår i. Fortolkningen av datamateriale foregår derfor på flere nivåer (Grønmo, 2017, s. 95).

5.3 Forskningsetiske og vitenskapsteoretiske krav

Innsamling av data er en stor og krevende prosess. Prosessen innebærer å «produsere frem» de data man trenger for å belyse en bestemt problemstilling. Man kan også si at data konstrueres på grunnlag av den relevante informasjonen som kan fremskaffes fra ulike kilder. Dette vil si at datamateriale i alle tilfeller kan oppfattes som et produkt, og kan være av varierende kvalitet. En forutsetning for å komme frem til analyseresultater som er holdbare og fruktbare, er at datamateriale er av tilfredsstillende kvalitet. Innenfor samfunnsvitenskapelige studier er det to overordnede kriterier for vurdering av kvaliteten på datamateriale: reliabilitet og validitet (Grønmo, 2017, s. 240-242). Jeg vil derfor videre presentere og drøfte kravene om reliabilitet og validitet i lys av det innhentede datamaterialet og analysearbeidet. I første delen av kapitlet har jeg også valgt å presentere min egen bakgrunn og mitt utgangspunkt. Dette for å forsøke å plassere min egen forståelse av fenomenet som er undersøkt. Til slutt i kapitlet presenteres etiske betraktninger.

5.3.1 Situering

Objektivitet er et vitenskapsteoretisk krav som ofte nevnes. Her påpekes viktigheten av objektivitet hos forskeren. Dette handler om at man som forsker forsøker å opptre nøytralt. Videre forsøker man å beskrive fenomenet slik det er, uten at det formes direkte ut i fra egen forforståelse og kunnskap. Objektivitet knyttes også til forskningens reproduserbarhet, som vil si at forskningen på et senere tidspunkt også skal kunne etterprøves av andre forskere (Grimen, 2004, s. 192-194).

Før gjennomføringen av intervjuene prøvde jeg å være bevisst min rolle som forsker, hvor jeg forsøkte å legge mine egne forutnelser og erfaringer delvis til side. Dette fordi jeg ønsket å få

intervjupersonenes egne meninger frem. Allerede under utformingen av intervjuguiden merket jeg at mine kunnskaper og erfaringer preget hvordan jeg formulerte spørsmålene. Jeg er selv utdannet sykepleier og har opparbeidet meg erfaring og kunnskap om barn og unges utvikling og helse gjennom yrket. Samtidig har jeg også personlige erfaringer fra egen ungdomstid, barndom og andre arenaer i livet. En nærhet til feltet er viktig ved kvalitative studier, men samtidig er det nødvendig å være bevisst sin rolle som forsker slik at dataene ikke formes utelukkende ut i fra egen forforståelse og tolkning (Thagaard, 2018, s. 104-109). Jeg fikk derfor god veiledning og råd fra andre med annen fagbakgrunn. Dette var svært nyttig og gjorde at jeg trolig fikk til en bedre intervjuguide enn hva jeg ville klart helt på egenhånd. Innspillene gjorde at jeg omformulerte flere av spørsmålene, samt tok med spørsmål jeg selv ikke hadde tenkt på.

Videre inn i intervjuene var jeg bekymret for at min fagbakgrunn og egne erfaringer skulle påvirke og lede helsesykepleiernes svar i den retningen jeg hadde sett for meg på forhånd. Inn i intervjuene var jeg derimot bevisst på egen rolle og jeg følte selv at jeg var lyttende til det helsesykepleierne fortalte. Samtidig klarte jeg ikke å holde meg helt nøytral, men svarte bekreftende som f.eks. «ja», «ikke sant», «ja det var et godt poeng». Her brakte jeg egne erfaringer inn i intervjuene når jeg svarte bekreftende på det helsesykepleierne sa (Neuman & Neuman, 2012, s. 12). Thagaard (2018, s. 102) presiserer at det å være bekreftende i svarene intervjupersonene gir kan bidra til å skape tillit mellom forsker og intervjuperson. Samtidig kan forskeren være med på å påvirke svarene som intervjupersonene gir ved å stimulere til at de uttaler seg på en bestemt måte (Grønmo, 2017, s.159-160). Jeg kan derfor ikke se bort i fra at mine bekreftende uttalelser påvirket hvordan helsesykepleierne svarte på spørsmålene. Allikevel opplevdes det som positivt under intervjuene at jeg gav bekreftende utsagn på det helsesykepleierne svarte og fortalte. Jeg opplevde at det gav en bedre flyt i samtalen, at man på denne måten skapte en bedre relasjon gjennom samtalen og at helsesykepleierne åpnet seg og delte mer av seg selv (Neuman & Neuman, 2012, s. 12-13).

5.3.2 Reliabilitet og validitet

Grønmo (2017, s. 239) snakker om at det finnes en systematisk fremgangsmåte for å vurdere kvaliteten på data i samfunnsvitenskapelige studier. Man snakker da om de to kriteriene reliabilitet og validitet (Grønmo, 2017, s. 240-258). Reliabilitet handler om datamaterialets pålitelighet. Det vil si at dersom en annen forsker anvender den samme metoden også vil kunne komme frem til de

samme resultatene (Thagaard, 2018, s. 187-188). Allikevel er det ikke alltid slik at det i praksis lar seg gjennomføre å gjenta slike innsamlinger av data om de samme fenomenene. Dette for eksempel fordi flere samfunnsmessige fenomener er i stadig endring eller fordi utspørring av informanter kan være påvirket av hva som er foretatt av datainnsamling fra tidligere (Grønmo, 2017, s. 259-260).

Relabiliteten avhenger også av hvordan man utformer undersøkelsesopplegget og hvordan man samler inn data. Høy reliabilitet forutsetter derfor dels at datainnsamlingen blir grundig og systematisk gjennomført, og dels at undersøkelsesopplegget er utformet på en klar og entydig måte (Grønmo, 2017, s. 248-249). Denne studien er utført som en kvalitativ studie. Innsamlingen av data er gjort i en interaksjon mellom helsesykepleierne og meg som forsker. Innsamling av data er i den forstand basert på en kontakt mellom meg som forsker og helsesykepleierne som deltakere i felten. Ut i fra dette kan det tenkes at det er vanskelig for en annen forsker å få de samme funnene som er gjort i denne studien. Samtidig er det gjennom metode- og analysedelen forsøkt gitt en detaljert beskrivelse av forskningsstrategi og analysemetoder, slik at en annen utenforstående skal kunne vurdere forskningsprosessens ulike trinn (Thagaard, 2018, s. 200). Jeg har tidligere valgt å beskrive min egen forforståelse og eget faglig ståsted, og hvordan disse faktorene igjen kunne påvirke spørsmålene jeg stilte og svarene helsesykepleierne gav. Tidligere har jeg også lagt frem utformingen av intervjuguiden og hvordan jeg gjennomførte et pilotintervju. Hensikten med dette er som Thagaard (2018, s. 199-201) presisere at leseren da skal kunne vurdere forskningsprosessen ulike trinn og dermed kunne se hvilke faktorer som har påvirket resultatene.

5.3.3 Ethiske betraktninger

Før jeg kunne starte forskningsprosessen var det flere etiske normer og regler jeg måtte sette meg inn i. Som forsker er det min oppgave å tilegne meg kunnskap innenfor disse områdene (Thagaard, 2018, s. 20). Etter å ha lest meg opp på hvilke instanser jeg var pliktig til å søke om godkjenning av for forskningsprosjektet kom jeg frem til at Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste (NSD) var instansen jeg måtte søke om godkjenning fra. I og med at forskningsprosjektet er en del av «Liv og røre i Telemark» og hadde søkt NSD tidligere, trodde jeg at det derfor ikke var nødvendig å søke for mitt prosjekt. Det viste seg derimot at søknaden ikke omfattet målgruppen for mine intervjuer. Mitt prosjekt trengte derfor en ny og egen søknad. Søknad ble sendt til NSD og godkjent 23.01.20 (se

vedlegg 3). Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) var også en av instansene jeg på forhånd trodde at jeg måtte sende inn en søknad til om forskningsprosjektet. Det viste seg at dette ikke var nødvendig allikevel. I og med at jeg ikke skulle gjennomføre et prosjekt som skulle fremskaffe ny kunnskap om sykdom, helse eller medisiner, eller trengte dispensasjon fra loven om taushetsplikt var det ikke nødvendig å søke REK (REK, 2015).

Etter at jeg hadde klarlagt hvilke instanser som formelt måtte søkes, valgte jeg å sette meg dypere inn i helsepersonelloven (Helsepersonelloven, 2001) og forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teknologi (NESH, 2016). «Helsepersonelloven sitt formål er å bidra til sikkerhet for pasienten og kvalitet i helse- og omsorgstjeneste samt tillit til helsepersonell og helse- og omsorgstjenesten (Helsepersonelloven, 2001, §§1-3)». Begrunnelsen for at jeg anså det som viktig å vite mer om denne loven var fordi jeg skulle intervju helsepsykepleiere og trengte å vite mer om hvilke lover de forholder seg til. Dette for å eksempelvis få en bredere oversikt over hvilke områder jeg kunne gå inn på og hvilke områder jeg ikke kunne gå inn på i intervjuene.

De forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teknologi har som formål å gi forskere og forskersamfunnet utvidet kunnskap om anerkjente normer og verdier innenfor det forskningsetiske. I retningslinjene finner man veiledende og rådgivende føring som har til hensikt å bidra til at man utvikler forskningsetisk skjønn, reflekterer over egen rolle og andre involvertes roller, avklarerer etiske dilemmaer og kanskje viktigst av alt, at man utfører vitenskapelig god praksis (NESH, 2016). For meg var det derfor svært viktig at jeg var bevisst hva rollen som forsker innebar og at jeg hadde satt meg godt inn i disse både disse retningslinjene (NESH, 2016) og Helsepersonelloven (2001) på forhånd.

Før jeg kunne starte prosessen med intervjuene var det viktig at jeg hadde utformet et informasjonsskriv og et samtykkeskjema på forhånd (se vedlegg 4). Skjemaene ble lest sammen med hver enkelt informant, slik at det ikke skulle være noen tvil rundt hva informantene takket ja til å delta i. Alle informantene hadde også deltatt på et samlingsbasert nettverk i forbindelse med Liv og røre, hvor jeg holdt et kort foredrag om oppgavens formål, hva jeg ønsket å få ut av intervjuene og hvem jeg ønsket meg som informanter. Under denne samlingen var jeg så heldig å få møte tre helsepsykepleiere som meldte seg til å delta i studien min. I informasjonsskrivet som informantene fikk utdelt ble det informert om bruken av lydopptak og at man utover det ikke skulle innhente

noen personopplysninger som gjorde det mulig å gjenkjenne informantene. Det ble selvsagt informert om studiens formål, bruken av metode og hvilke plikter begge parter innehar. Det ble også tydelig trukket frem at informantene har sin fulle rett til å trekke seg til enhver tid, uten at det er nødvendig at det oppgis noen skjellig grunn til at man velger å trekke seg fra deltagelsen i studien (NESH, 2016).

Thagaard (2018, s. 26-27) poengterer at et viktig etisk prinsipp også er at deltakelse i et forskningsprosjekt ikke kan bidra til å skade deltakerne. Det var derfor viktig at jeg som forsker var bevisst min rolle og at jeg vedlikeholdt tilliten til informantene gjennom hele intervjuet. En slik tillit handler om å vise at man har respekt for intervjupersonenes integritet, at man viser hensyn til hvilke vurderinger som gjøres av intervjupersonene og at man motiverer gjennom intervjuet (Thagaard, 2018, s. 89-90). Konfidensialitet er også et viktig begrep å bemerke seg og som jeg gjorde meg kjent med hva innebar før gjennomføringen av intervjuene (Kvale & Brinkmann, 2015, s.106). Konfidensialitet ovenfor intervjupersonene er en viktig del av det å skape tillit. Dette fordi konfidensialitet innebærer at privat data som kan identifisere deltakerne, ikke avsløres. På den andre siden er det viktig at man gjør seg opp noen tanker om nettopp konfidensialitet. Anonymitet vil bidra til å beskytte intervjupersonene, men kan samtidig bidra til at man fratar dem sin stemme og at de ved å gi forskeren verdifull informasjon videre ønsker å krediteres for det (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 106-107). Jeg spurte derfor informantene åpent om hva de ønsket og forsøkte på denne måten å skape tillit. Under samtalen før intervjuet startet kom det frem at alle informantene ønsket konfidensialitet og at de var innforstått med- og enige i at informasjonen de delte i løpet av intervjuet ikke ville kunne spores tilbake til dem.

6 Presentasjon og diskusjon av funn

I dette kapitlet presenteres funn som er gjort gjennom studien. Funnene belyses opp mot oppgavens problemstilling «*Hvordan jobber helsesykepleiere med elevens livsstil og helse? Hvordan benyttes helsesamtalen i relasjon til elevens livsstil og helse? Og hvordan benyttes Liv og røre-modellen i relasjon til elevens livsstil og helse?*». Funnene er også knyttet opp mot det teoretiske rammeverket som er presentert tidligere i oppgaven. Gjennom intervjuene kom det frem flere fellestrekk ved svarene til helsesykepleierne, samtidig som de også viser til noen ulike erfaringer. Jeg har valgt å ta med både det som er felles, men også noe av det som er ulikt. Begrunnelsen for dette er at diskusjon rundt både fellestrekk og ulikheter i funnene kan bidra til å få en bredere forståelse av årsaken til hvorfor helsesykepleierne opplever det på lik eller ulik måte.

Jeg har valgt å dele funnene inn i fem ulike kategorier som representerer sentrale temaer i oppgavens problemstilling. Innenfor hver kategori har jeg igjen delt funnene inn i noen underkategorier. Hensikten med inndelingen av kategorier er å strukturere funnene og gi en enklere presentasjon av funnene som er gjort i intervjuene (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 230-231). Kategoriseringen gjør det også mulig å undersøke forskjeller i helsesykepleiernes opplevelser og oppfatning av hvordan de jobber med elevens livsstil og helse, hvordan de benytter helsesamtalen i relasjon til elevens livsstil og helse og hvordan de benytter «Liv og røre-modellen» i relasjon til elevens livsstil og helse (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 230-231).

Thagaard (2018, s. 153-155) nevner viktigheten av at betegnelsene vi bruker på kategoriene er av betydning for at man skulle kunne forankre kategoriene empirisk og at det er viktig at man bruker benevnelse som sammenfaller med kategoriene som deltakerne i studien har brukt. Inndelingen av kategorier anses som et analytisk hjelpemiddel, samtidig som det også gir noen begrensninger. Med begrensninger mener Thagaard (2018, s. 154-155) at man ved å klassifisere dataene fremhever tendenser, men på den andre siden lukker for andre perspektiver. Her mener Silverman (2013, sitert i Thagaard, 2018, s. 155) at vi også bør rette fokus mot data som ikke nødvendigvis passer inn under noen av de valgte kategoriene. Dette for at slike funn kan bidra til å nyansere analysen i videre fase og at man på denne måten ikke blir farget kun av de perspektivene som kategoriene fremhever. Jeg har med bakgrunn i dette forsøkt å vektlegge det Silverman (2013, siter i Thagaard, 2018, s. 155) poengterer, for å også kunne bruke denne delen av analysen til å se på likheter og forskjeller.

Fortolkningsrammen for intervjuene bærer preg av et hermeneutisk fortolkningsprinsipp og et fenomenologisk fortolkningsprinsipp. Et slikt vitenskapsteoretisk utgangspunkt bærer preg av tolkningen av mening og betydningen av kontekst og fordommer (Kvale & Brinkmann, 2015). Med utgangspunkt i en uklar forståelse av helheten i det transkriberte materiale fra intervjuene, fortolkes teksten i forskjellige deler. Delene i denne forståelsen settes på ny i relasjon til helheten. En slik fortolkning kalles gjerne for den hermeneutiske spiral. Innenfor hermeneutikken anses dette som en måte som åpner opp for en dypere forståelse av meningen bak det innhentede materialet (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 236-237). Disse prinsippene for fortolkning er brukt under analyseringen av intervjuene både før, under og etter.

I det følgende presenteres altså funnene som er gjort i denne studien inndelt i ulike kategorier. Jeg har valgt å presentere funnene forløpende, hvor jeg underveis både drøfter og diskuterer det som kommer frem. Bronfenbrenners (1979) utviklingsøkologiske modell er i diskusjonsdelen som tidligere nevnt benyttet. Hensikten er å belyse hvordan temaene i oppgavens problemstilling henger sammen i et komplekst samspill av flere innvirkende faktorer.

6.1 Begrepsforståelse blant helsesykepleierne

Her blir det redegjort for hva helsesykepleierne legger i begrepene livsstil og helse, og om de har sett noen endringer innenfor disse områdene blant elevene i løpet av de senere årene. Hensikten er å få en bredere forståelse og et større innblikk i temaene som er en del av oppgavens problemstilling. I «Liv og røre-modellen» og helsesamtalen er sentrale begreper livsstil og helse. Min undring lå derfor i hvilken forståelse som ligger i begrepene. Begge begrepene er gjennomgående i både helsesamtalen og «Liv og røre-modellen».

Begrepene livsstil og helse er vide og kan for mange kanskje tolkes ulikt. For å få en bredere forståelse av begrepene og for å få et inntrykk av hva helsesykepleierne legger i begrepene, valgte jeg derfor å spørre hver av de tre helsesykepleierne hva de la i hvert av begrepene. Alle helsesykepleierne nevner at livsstil og helse er noe som henger sammen, og at de dermed ikke kan ses fra hverandre. En av helsesykepleierne uttalte dette på spørsmål om hva hun legger i begrepet livsstil og hva hun legger i begrepet helse:

I begrepet livsstil legger jeg de valgene vi tar for å leve det livet vi gjør. Det handler jo om alt fra hva vi spiser til hvor mye aktivitet vi er i. Hvordan vi prioriterer. Sove godt. Balanse mellom det vi holder på med. Det vi spiser, det vi drikker, søvn og hvile. Ja det er vell kanskje balanse som er det ordet jeg tenker aller først på. I begrepet helse tenker jeg jo kanskje der vi skiller mellom friskt og sykt. Om vi har med oss noen skader eller sykdommer som da begrenser livstilen vår ut i fra helsetilstand. Helse og livsstil henger jo sammen. Når vi snakker om helse, snakker vi jo om livsstil og motsatt igjen.

En annen av helsesykepleierne sier følgende:

Ja hva legger jeg i begrepet livsstil. Det er vell hvordan man har det som menneske og om man velger en sunn type livsstil eller en usunn type livsstil. Litt hvordan man lever og hvordan man velger å leve som menneske da. Eller velger og ikke velger kanskje. Helse sier jo noe om man er frisk eller ikke tenker jeg da. Det er det jeg tenker på sånn umiddelbart hvertfall.

Fra begge sitatene ser man at helsesykepleierne har en relativ lik oppfatning av begrepene livsstil og helse. Livsstil handler for dem om hvilke valg man tar i livet og hvordan valgene påvirker livstilen. Når det gjelder begrepet helse fremkommer det at dette også defineres relativt likt av helsesykepleierne. Her snakker de om at man skiller mellom friskt og sykt. Det påpekes at begrepene er sammensatte og at de må ses i lys av hverandre. Også Nylenna (2019) bruker begrepet livsstil om måten en person lever livet sitt på. Hun snakker om at begrepet blir brukt for å øke oppmerksomheten rundt sammenhengen mellom levevaner og helse (Nylenna, 2019), noe som jo samsvarer med det helsesykepleierne uttrykker i sine svar.

6.1.1 Endringer over tid

Etter å ha fått klarlagt hva som legges i begrepene livsstil og helse, ønsket jeg å se nærmere på om disse områdene hadde endret seg på noen måte de siste årene. Hensikten var å se på om helsesykepleierne hadde gjort seg opp noen tanker om markante endringer i elevenes livsstil og helse og om eventuelle endringer har påvirket hvordan de i det daglige jobber med elevens livsstil og helse. I følge Folkehelseinstituttet (2018) rapporterer de aller fleste barn og unge i Norge at de

generelt trives og har god psykisk helse. Undersøkelser gjort vedrørende livskvalitet viser til et flertall som er fornøyde med livene sine. Samtidig er det mange som får diagnostisert psykiske lidelser i løpet av barndom og ungdomstid (Folkehelseinstituttet, 2018). Med bakgrunn i denne informasjon fra Folkehelseinstituttet (2018) ble jeg også nysgjerrig på å finne ut om det var en opplevelse helsesykepleierne delte og hvordan disse faktorene igjen kanskje former og påvirker den enkeltes elevs livsstil og helse.

Helsesykepleierne synes alle det var et stort og komplisert spørsmål å svare på om de kunne påpeke noen konkrete endringer i elevens livsstil og helse de siste årene, allikevel er det flere funn som kan peke mot at de er av lik oppfatning på flere områder. Alle helsesykepleierne påpeker at elevene er opptatt av kosthold, sunne verdier, å holde seg aktive, det å ha en fin kropp og at flere og flere snakker mye om å prestere på flere arenaer. To av helsesykepleierne svarer dette på spørsmål om hvordan de vil karakterisere elevenes livsstil og helse i dag:

(...) men hvis jeg tenker på livsstil i forhold til f.eks. kosthold så synes jeg mange er sunne. Jeg opplever ikke at de har et usunt kosthold, det er få jeg prater med som har det. Veldig mange som er opptatt av å spise sunt. Det er jo kanskje noen få som drikker mye energidrikk og brus, men er det fåtallet etter min mening. Jeg synes kanskje de er blitt enda mer opptatt av sunt kosthold i dag ja. Spesielt det med drikke vaner. Da tenker jeg på det og ikke drikke brus. Det var en mye større problemstilling tidligere enn hva det er nå. De fleste drikker vann sier de.

(...) men samtidig så opplever jeg ungdommer som tar ansvar for egen helse, som tar kontakt med meg hvis det er noe og som er opptatt av å være aktive. De er opptatt av hva de spiser, på en sunn fin måte.

Selv om alle helsesykepleierne påpeker at flertallet av elevene virker til å ha god psykisk og fysisk helse, hvor de er opptatt av sunne verdier og fysisk aktivitet i hverdagen, fremkommer det også noen problemområder som de har sett en økende tendens av. Søvn, økende telefonbruk og betydning av sosioøkonomiske forhold trekkes frem som viktige momenter i relasjon til elevens livsstil og helse. Disse funnene gjorde at jeg umiddelbart relaterte til Bronfenbrenner (1979) sin utviklingsøkologiske modell. I følge Bronfenbrenner er alle ledd gjensidig avhengig av hverandre.

Dersom et av leddene setter seg i bevegelse vil det videre gi konsekvenser for resten av systemet (Gulbrandsen, 2017, s. 53-54). En av helsesykepleierne trekker frem det med sosioøkonomisk status som noe hun var veldig opptatt av og uttalte følgende:

(...) Også er jeg opptatt av det med sosioøkonomisk status. Det er jo også noe man ser da. Det der at fattigdom, eller ikke direkte fattigdom da, men lite penger. Det er kanskje der man må sette inn støtet og bryte den sirkelen som er der. At man ser ofte at det er der det kommer igjen i undersøkelser at de har dårligere psykisk helse, gjør mindre lekser, ja flere ting som påvirkes av sosioøkonomiske forhold. Så forebygging av barnefattigdom tror jeg er et kjempe viktig tiltak for å få en bedring.

Som Bronfenbrenner (1979) vektlegger kan ikke den utviklede personen eller fokuspersonen betraktes som en passiv mottaker av påvirkninger fra et konstant miljø. Miljøene eleven er en del av gir innflytelse og gir en gjensidig utveksling mellom den utviklende personene og miljøene de er en del av og lever i (Bronfenbrenner, 1979). Slike miljøer er for eleven for eksempel skolen, hjemmeforhold og venner. Selv om kun en av helsesykepleierne nevner sosioøkonomiske forhold, snakker de som Bronfenbrenner alle om ulike forhold som påvirker den enkeltes livsstil og helse. Søvnproblematikk er et av områdene som særlig går igjen. Elevene beskriver ofte i samtale at de strever med innsovning, hvor flere snur døgnet rundt særlig i helgene. For mange av elevene tror helsesykepleierne at det også handler om at de det er noe de strever med eller det med at mange gjør lite på fritiden sammenlignet med hva de gjorde for noen år tilbake. En av helsesykepleierne sier at hun tror årsakene til dårlig søvnkvalitet kan handle om flere forhold, men det at mange gjør mindre på fritiden og at de bare er hjemme etter endt skoledag påvirker negativt. Hun beskriver det slik:

(...) Ja tenker jeg har sammenheng med søvnproblematikken. At det og ikke treffe venner eller å være sosiale utenfor skoletiden. Oppleve mestring, styrke vennskap eller gjøre noe du trives med. Manglende påfyll av god energi. Kjenne på det at man mestrer noe. Det tror jeg veldig mange hadde hatt stor nytte av.

Studien til Moen (2017) bekrefter også mye av det som fremkommer i intervjuene med helsesykepleierne. Her snakkes det om at helsesykepleier møter flere unge med sammensatte

psykososiale utfordringer, noe som jo også fremkommer i intervjuene jeg har gjort til denne oppgaven. Det pekes ikke på en konkret ting som alene går igjen, men gjerne flere og sammensatte årsaker som ikke kan ses fra hverandre i følge helsesykepleierne. Det leder oss igjen inn på teorien til Bronfenbrenner (1979). Samlet sett kan man ut i fra hvordan helsesykepleierne beskriver elevens livsstil og helse trekke slutninger om at det er sammensatte faktorer som beskriver både elevenes livsstil og helse og endringer innenfor disse områdene over tid. Ingen av helsesykepleierne peker alene på en ting som årsak. De beskriver flere faktorer som er med på å påvirke det større bildet. På den ene siden snakker flere av helsesykepleierne om at dårlig søvnkvalitet er et gjennomgående fenomen som de har bemerket seg, mens de samtidig sier at det kan være flere ulike årsaker til redusert søvnkvalitet. Søvn er gjerne bare en del av et større totalbilde påvirket av mange ledd. Bronfenbrenner (1979) deler også denne oppfatningen i sin teori. Han vektlegger at man i kartleggingen av risiko- og beskyttelsesfaktorer i barnet liv må se utover individet og at man da må se på forhold i familien og andre forhold rundt eleven som har betydning for hvordan de utvikler seg. Dette for at man for å forstå elevens utvikling, væremåte og utfordringer må se eleven i en helhetlig sammenheng hvor det er viktig å ta hensyn til de ulike forholdene og systemene som direkte eller indirekte påvirker elevens utviklingsprosess. Her er foreldrene og kjernefamilien en særlig viktig del av elevenes nærmeste system hvor man videre må se på hvordan disse forholdene sammen påvirker elevens utviklingsprosess. En slik kompleks utviklingsprosess handler i følge Bronfenbrenner om at man må se individet i lys av flere sammensatte systemer og nivåer. Bronfenbrenner sin teori er nettopp en systemteori hvor han er opptatt av hvordan hvert nivå er med på å påvirke den enkelte. Eleven med venner og familie kan sies å være på mikronivå. Det vil si relasjoner som er nærmest eleven og som eleven deltar aktivt i. Men det er ikke bare på mikronivå eleven formes. Gjennom et komplekst og gjensidig samspill påvirkes eleven videre på et mesonivå. På et mesonivå ser man et gjensidig samspill mellom påvirkende faktorer som skolen, hjemmet, venner og fritidsaktiviteter (Gulbrandsen, 2017, s. 59-60). Det er med andre ikke mulig å peke på en faktor som alene påvirker elevens livsstil og helse.

6.2 Samarbeidet med skolen og skolehelsetjenesten

Alle helsesykepleierne jeg intervjuet jobbet deler av sin stilling i skolehelsetjenesten og det var også deres rolle her jeg ønsket å dykke nærmere inn i. Hvordan opplever egentlig helsesykepleierne at samarbeidet mellom skolen og skolehelsetjenesten fungerer? Har de gjort seg noen tanker om samarbeidet har noen innvirkning på elevenes livsstil og helse? Begge disse spørsmålene vil bli

besvart i det følgende.

Tidligere forskning gjort av Larsen, Christiansen & Kvarme (2016) viser til at helsesøstrene i deres studie møtte på ulike utfordringer i deres møte med skolen. Utfordringene var her knyttet til det å finne tilhørighet og plass i skolen, både på det faglige plan, men også på det sosiale plan. En av helsesykepleierne beskriver hennes opplevelse av samarbeidet med skolen og skolehelsetjenesten slik: «Opplever samarbeidet som bra, men med forbedringspotensialet. Det kreves at skolehelsetjenesten tar litt albuer og roper i fra og sier i fra at vi vil være med.» En annen av helsesykepleierne beskriver samarbeidet med skolen slik:

(...) Det er veldig individuelt fra trinn til trinn. For på noen trinn snakker jeg med mange elever, mens ingen på andre trinn. Og det tror jeg ikke handler om at det går så bra på trinnet. Det handler nok mer om samarbeidet opp mot kontaktlærer. Jeg tror nok kanskje det bare også skjer litt av tilfeldighet, eller også hvordan de som lærere jobber. Noen bare ordner opp i alt selv, men andre trekker mer tverrfaglig samarbeid inn.

Sitatet fra helsesykepleieren over leder oss igjen inne på dette med relasjoner og roller. Helsesykepleierne har sin rolle, mens lærerne har deres rolle. Dette gjelder både ovenfor hverandre, men også ovenfor eleven. Det ser ut til at relasjoner til kontaktlærer er av betydning for helsesykepleiernes videre kontakt med elevene. Relasjoner og roller settes opp mot hverandre og virker til å være noe personavhengig. Bronfenbrenner (Gulbrandsen, 2017, s. 54-59) vektlegger at en relasjon oppstår når en person i et miljø retter oppmerksomheten mot eller deltar i en annens aktivitet. Det kan sies å være tilfelle her. For å få til en gjensidig relasjon er man avhengig av helsesykepleierne og lærerne deltar i hverandres aktiviteter og forstår seg på hverandres roller. Dersom man får til en slik gjensidig relasjon oppstår det som Bronfenbrenner kalles for en dyade. Bronfenbrenner definerer en dyade som et system med minimum to personer. En dyade i dette tilfelle vil derfor være en relasjon mellom helsesykepleier og lærer. Dyader fremheves av Bronfenbrenner som byggesteiner i mer omfattende mellommenneskelige relasjoner. Det vil si at relasjonen som er skapt mellom helsesykepleier og lærer er viktig for at man i neste fase kan involvere eleven. Da har man tre eller flere personer som retter sin gjensidige oppmerksomhet mot hverandre. Slike mellommenneskelige relasjoner vil være av stor betydning for deltakernes opplevelse av øyeblikket og hvordan den pågående utviklingsprosessen påvirkes (Gulbrandsen,

2017, s. 56-58).

Alle helsesykepleierne forteller at det er avsatt enten ulike temadager eller tverrfaglige møter en gang i løpet av måneden. På temadagene tas det opp temaer man gjerne har lagt en plan for at man skal igjennom i løpet av året. Når det gjelder tverrfaglige samarbeidsmøter beskriver samtlige av helsesykepleierne at det er et samlingspunkt de prøver å få til minimum en gang i måneden. På de tverrfaglige møtene involveres flere instanser og man tar opp enkeltsaker som er vanskelige, og hvor det gjerne trengs involvering fra flere faggrupper for å legge opp en best mulig plan for håndtering av den gitte situasjonen. I følge nasjonale faglige retningslinjer for skolehelsetjenesten bør skolehelsetjenesten nettopp ha et slikt systemrettet arbeid med skolen (Helsedirektoratet, 2020, s. 141). Dette for å bidra til å sikre elevene et godt fysisk og psykososialt miljø. Dersom det ikke allerede er etablert et samarbeide med skolen, bør skolehelsetjenesten ta initiativ til et slikt samarbeid (Helsedirektoratet, 2020, s. 141). Dette er også noe helsesykepleierne beskriver at de har gjort som for eksempele i uttalelsen over hvor man snakker om at man må ha litt spisse albuer og si i fra at man gjerne vil være med. Et slikt initiativ er trolig nøkkelen til et samarbeid på tvers av ulike instanser. Det krever at man kanskje tar litt plass og sier i fra slik som en av helsesykepleierne også uttaler.

6.2.1 Undervisning i skolen

Helsesykepleiernes opplevelse av å få være delaktige i elevens hverdag og ta del i prosessen med helsefremmende og forebyggende arbeid virker å være betydningsfullt for flere av partene. Det gagnar i det lange løp både elevene og lærerne at flere ulike faggrupper involveres i og rundt elevene. Samtidig viser forskning gjort av Larsen et al. (2016) at man som helsesykepleier ofte ble overlatt til seg og at de ofte måtte bruke litt tid til å finne sin plass. Helsesykepleierne i denne studien vektla det å være tilgjengelig for elever og lærere som viktig for at man skulle få til et best mulig samarbeid og for å kunne synliggjøre egen kompetanse og egen plass (Larsen et al., 2016). Det å kunne bidra inn i undervisningen var et tema som gjentok seg i intervjuene jeg gjennomførte. Involvering i undervisning var for helsesykepleierne en fin måte å kunne bidra med sin kompetanse, samtidig som de fikk muligheten til å komme mer inn i klassemiljøet hvor de både fikk muligheten til å bli bedre kjent med elevene, men også en inngangsport for et samarbeid med lærerne. To av helsesykepleierne beskriver sine ulike opplevelser av det å bli involvert direkte eller indirekte i

undervisningen på denne måten:

Jeg synes nok ikke jeg blir så mye brukt i undervisningen egentlig. Det er seksualundervisningen hovedsakelig. Den er så innarbeidet både for meg og lærerne at den vet vi kommer i 9. klasse. Også skulle jeg nok ønske at jeg kunne deltatt mer inn i undervisningen og generelt vært litt mer deltagende ja, men her føler jeg at tiden kan bli litt spist opp av enkeltsamtaler (...).

(...) Forrige året var jeg mer inne i klassene og bistod i forskjellig grad. I fjord hadde jeg enda litt bedre tid så da var jeg inne i en klasse som hadde KRLE. De skulle diskutere om abort og etikk relatert til det. Og da var jeg mer inne i klassene ja. Også i forhold til utdanningsvalg og det å f.eks. skulle bli helsesykepleier snakket jeg om da, eller sykepleier da. Så da hadde jeg nok mer tid til det (...).

Selv om det ser ut til at helsesykepleierne har ulik oppfatning av i hvilken grad de benyttes i undervisninger, er de enige om at det med mangel på tid også er en annen viktig del av det totale bildet. De har et ønske om å delta mer aktivt i undervisningen, men ser samtidig at tiden ikke strekker til. Med bakgrunn i helsesykepleiernes opplevelser kan man konkludere med at det ikke alene er hvordan de blir involvert i undervisningen eller om de blir involvert i undervisningen som avgjør deres deltakelse, men faktisk det faktumet at tiden de har til rådighet ikke alltid strekker til i en travel arbeidshverdag.

6.2.2 Betydningen av et godt samarbeid

Betydningen av hvordan et godt eller mindre godt samarbeid mellom skolen og skolehelsetjenesten påvirker hvordan helsesykepleier jobber med elevens livsstil og helse, er et viktig og interessant funn for å underbygge oppgavens problemstilling. Studiens helsesykepleiere beskriver at et godt samarbeid mellom skolen og skolehelsetjenesten er viktig i det helsefremmende og forebyggende arbeidet som gjøres. Under intervjuene spurte jeg blant annet om hva de tror et godt samarbeid mellom skolen og skolehelsetjenesten har å si for elevens livsstil, generelle helse, livskvalitet og skoletrivsel. Her vektlegger som sagt helsesykepleierne at et godt samarbeid er viktig. To av

helsesykepleierne gav følgende eksempel som svar på spørsmålet over:

Jeg tror det er veldig viktig. Jeg tror det er viktig at de har flere de kan spille på. Flere de kan snakke med. Og at de vet at ting blir fulgt opp, at de stoler på at vi er der for deres eget beste. Det har jeg opplevd i saker hvor det har vært suksess da, at vi har fått til en endring som er til elevens beste. At jeg har blitt godt kjent med de har jo gjort at det f.eks. har kommet frem ting om et klassemiljø. Så da har jeg spurt om jeg får lov til å ta det videre med lærere og ledelse anonymt. Så da har jeg gjort det. Og i dette tilfellet endte det med at vi hadde en jentegruppe i den klassen, fordi det var et dårlig klassemiljø. Også ble det egentlig litt bedring etter det (...).

Ja det tror jeg har kjempe mye å si. Jeg tror også det har litt å si at skolehelsetjenesten er stabil. At det er samme, og ikke bytte av helsesykepleier hele tiden (...) Man merker jo det da, eller min erfaring er i hvertfall det at jo mer man er på skolen, jo mer blir det å gjøre på en måte. At de blir kjent med den som er der da, når man er der. Og da tror jeg at om vi klarer å samarbeide og utfylle hverandre der så tror jeg at det er kjempe bra. En ting er jo å avdekke ting ikke sant, men en annen ting er jo det å kunne være tilgjengelig med åpen dør også.

Dette leder oss inn på det Bronfenbrenner kaller for tidssystemet (Gulbrandsen, 2017, s. 64-66). Tidssystemet består av tre deler. Den historiske tidslinjen er det jeg referer til her og handler om samfunnsmessige forhold som legger særskilte betingelser til grunn. Slike betingelser handler i dette tilfelle om hvordan disse samfunnsmessige betingelsene påvirker den enkelte elevens oppfølging og videre utvikling. Som helsesykepleieren over uttaler er stabilitet og kontinuitet to viktige begreper, sammen med tilgjengelighet og åpenhet. For at de som helsesykepleiere skal få til en best mulig oppfølging trengs det stabile rammer over tid (Gulbrandsen, 2017, s. 64-66).

Også tidligere forskning støtter opp under det som helsesykepleierne i denne studien uttrykker. Funn i studien til Larsen et al. (2016) viste at helsesykepleierne mente at de hadde en viktig oppgave når det kom til det å fremme elevens evne til læring og deres psykiske helse. Dette med begrunnelse i at de opplevde en tydelig sammenheng mellom elevenes evne til læring og deres psykiske helse. De anså det derfor som viktig at lærerne fikk informasjon om elever som hadde

problemer og at lærerne hadde kunnskap om psykisk helse. Basert på erfaringer de hadde gjort seg var lærerne flinke til å iverksette tiltak som dempet stresset for utsatte elever og hjalp dem til å mestre egen skolehverdag. Helsesykepleierne fra denne studien erfarte også at rektor hadde stor betydning i forhold til hvordan psykisk helse ble prioritert (Larsen et al., 2016).

Ut i fra sitatene over kan man tolke det som at et godt samarbeid med både elever og lærer er av betydning for hvordan helsesykepleier jobber med elevens livsstil og helse. Helsesykepleierne er avhengige av tilbakemeldinger fra lærerne og elevene selv for å kunne avdekke ulike forhold som de kan bistå rundt med sin kunnskap. Disse funnene kan også underbygges i det som kom frem i studien til Finpå et al. (2017, s. 55-77). Her kom det frem at det er svært essensielt at skolehelsetjenesten har tilstrekkelige og nok ressurser til å jobbe for å fremme helse og trivsel for alle, og også viktigheten rundt dette med å iverksette tiltak for å nå dem som ikke oppsøker helsesøster selv. Samtidig påpekes det i denne forskningen viktigheten av at helsesøster også har kompetanse nok til å møte ungdommene som har utfordringer knyttet til fysiske eller psykiske helseplager. Særlig når det gjelder mobbing trengs det universelle og selektive tiltak, hvor det er nødvendig og viktig at helsesøster inkluderes i skolemiljøet og bidrar sammen med lærere, elever og foreldre for å forebygge mobbing (Finpå et al., 2017, s. 55-77). Som en av helsesykepleierne over beskriver har et slikt godt samarbeid ført til at man fikk muligheten til å hjelpe en klasse som hadde det som var beskrevet som et dårlig klassemiljø. Funnene i denne studien støtter derfor opp under det som kommer frem i studien til Finpå et al. (2017, s. 55-77). Uten involvering av helsesykepleier kan man kanskje tenke at det hadde vært vanskelig å bryte med en oppstått ond sirkel. Her ser man tydelig et godt eksempel på hvordan et samarbeid på tvers av faggrupper kan fungere i praksis og hvordan det ut i fra deres erfaringer også gav ønskede resultater. Den tredje helsesykepleieren svarer følgende på spørsmålet som beskrives under første avsnitt:

Jeg tror det er viktig at vi kan samarbeide godt sammen. Men jeg tror ikke at dersom vi gjør det så løser alle problemene seg på en måte. Men jeg tror absolutt det er positivt å få til et godt samarbeid med skolen. Og det ser man jo med de lærerne som tar kontakt, at man har et godt samarbeid med dem, og det gjør jo igjen at de kan ta en telefon til meg eller sende en mail om hvordan det er med han eller hun og med spørsmål om jeg kan ta en samtale med den det gjelder. Det er jo absolutt positivt for eleven tenker jeg.

Slik helsesykepleieren over beskriver sin opplevelse fremkommer det at et godt samarbeid alene ikke er med på å løse alle problemene, samtidig som hun påpeker at et godt samarbeid er viktig og positivt for eleven. Et slikt samarbeid kan igjen sies å være avhengig av hvilke roller og relasjoner helsesykepleierne og lærerne har både ovenfor hverandre, men også ovenfor elevene. Rolle er en av mikrosystemets byggesteiner (Bronfenbrenner, 1979). Rolle handler om et sett av aktiviteter og relasjoner som er forventet av person som innehar en bestemt posisjon i samfunnet. Her kommer rollen helsesykepleierne og lærerne har inn. Bronfenbrenner (1979) vektlegger viktigheten av en gjensidighet mellom rolleinnhaver og andre som forholder seg til personen som inngår i denne rollen. For at man skal kunne få til et best mulig samarbeid rundt eleven er det viktig at man er bevisst sin egen rolle og respekterer den andre sin rolle. Som lærer innehar man en annen fagkompetanse enn hva man har som helsesykepleier. Allikevel er det viktig å bruke hverandres roller, relasjoner og kompetanse for å få til å få et best mulig samarbeid rundt eleven. Strukturelle og kulturelle forutsetninger må til for å få til en slik gjensidig utforming av et rollepar (Gulbrandsen, 2017, s. 54-58).

I følge helsedirektoratets nasjonale faglige retningslinje for helsestasjon og skolehelsetjenesten (2020) er det beskrevet at skolehelsetjenesten sammen med personale ved skolen, elever og foreldre skal skape en skole som fremmer et godt læringsmiljø og et godt arbeidsmiljø, som har til hensikt å fremme helse, trivsel og sikkerhet (Helsedirektoratet, 2020, s. 143-144). Det kan jo tenkes at det helsesykepleier beskriver i sitatet ovenfor er en tanke om at det ikke bare er nok at lærer, elever og helsesykepleier involveres i «problemløsninger», men at man kanskje tenker at det foregår et komplekst samspill hvor miljø, familie og andre faktorer er av betydning. I og med at helsesykepleier ikke går nærmere inn på hva hun konkret tenker på når hun sier at alle problemene ikke løses selv om man samarbeider godt med skolen, blir det mer en tolkning av hva som ligger bak uttalelsen. En mulig forståelsesramme for tolkningen av helsesykepleierens svar er Bronfenbrenners utviklingsøkologiske modell (Bronfenbrenner, 1979). Bronfenbrenner snakker i sin modell om grunnstrukturene mikro-, meso-, ekso- og makrosystemene. I følge Bronfenbrenner kan de ulike systemene beskrive hvordan ulike faktorer påvirker og former den enkelte, og igjen hvordan man kan forklare og forstå hvordan individet, eleven, og omgivelsene er gjensidig avhengig av hverandre i et vekslende samspill (Gulbrandsen, 2017, s. 51-72). Ut i fra hva helsesykepleierne uttrykker kan det tolkes som at beslutninger som tas på et høyere nivå (makro, ekso) er med på å

påvirke, samtidig som beslutninger som også tas på et lavere nivå (mikro) er med på å påvirke i samme grad. Det hele foregår i komplekst samspill som foregår både i skolen og utenfor skolen. Bak det hele ligger det en større påvirkningskraft enn bare helsesykepleier, lærer og eleven (Gulbrandsen, 2017, s. 51-72). En slik påvirkning på et høyere nivå kan for eksempel sies å være det politiske rammeverket som både skolen og skolehelsetjenesten er underlagt.

6.3 «Liv og røre-modellen» som verktøy

Som beskrevet tidligere i oppgaven er det overordnede målet til «Liv og røre-modellen» å bedre levekårene blant barn og unge i Telemark. Den helhetlige og helsefremmende modellen har som mål å bidra til en time daglig fysisk aktivitet, bedre kosthold og et bedre psykososialt miljø i grunnskolene. Holdningsarbeidet i modellen bygger på læreplanen og nasjonal faglig retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom. Hensikten er å arbeide tverrfaglig og systematisk for å styrke elevenes kunnskap og erfaring med sammenhengene mellom fysisk aktivitet, sunt kosthold og læring, helse og trivsel (Westhrin & Høydal, 2019, s. 5).

I intervjuene ønsket jeg å se nærmere på hvordan helsesykepleierne benytter seg av «Liv og røre-modellen» i praksis og hvordan de opplever dette verktøyet i sin arbeidshverdag. Jeg ønsket også å se nærmere på hvordan de opplevde implementeringen av modellen og hvilke tanker de hadde gjort seg rundt denne prosessen. Implementeringsfasen og bruken av «Liv og røre-modellen» leder oss inn på Bronfenbrenner (1979) sin systemteori. En implementeringsfase består av flere nivåer, roller og relasjoner som må samkjøres for å kunne lykkes. Mikronivået i Bronfenbrenner sin systemteori består av et mønster av sosiale roller, mellommenneskelige relasjoner og aktiviteter som gjensidig påvirker. Dette kan også sies å være en del av implementeringsfasen. Videre påvirkes og formes implementeringen av hva som vedtas på et høyere nivå, eksonivå. På eksonivå er det forbindelser og prosesser mellom to eller flere miljøer som finner sted. Her er det faktorer som individet ikke har direkte kontakt med som innvirker på individet. En slik innvirkning er i dette tilfelle «Liv og røre-modellen». «Liv og røre-modellen» innebærer nye føringer for helsesykepleierne og dette vil igjen gi nye betingelser for prosesser i elevenes mikrosystem (Gulbrandsen, 2017, s. 54-58). Det var med bakgrunn i dette spennende å se nærmere på om bruken av «Liv og røre-modellen» gav helsesykepleierne endrede vilkår og arbeidsmulighet, og om i hvilken grad dette eventuelt påvirket elevene.

Helsesykepleierne ble under intervjuene spurt om hvor godt de kjente til «Liv og røre-modellen». Her kom det frem at de alle kjente til modellen, men at de følte at de fortsatt var i en oppstartsfase. De var kjent med verktøyene som finnes i modellen og hadde brukt noe av det aktivt i sin arbeidshverdag, men samtidig følte de at de ikke var flinke nok til å bruke verktøyene som finnes modellen. En av helsesykepleierne beskriver det slik:

Nå må jeg først bare si at vi er i oppstartsfasen her i kommunen. Så vi har liksom ikke fått startet ordentlig med det føler jeg. Da kanskje spesielt på ungdomsskolen faktisk. Jeg kjenner jo til verktøyene og sånn, men det kan jeg nok i større grad få brukt da. Noen av de filmene har jeg jo brukt på mellomtrinnet og også brukt bagen litt her. Disse elevene begynner jo å nærme seg ungdomsskolen hvertfall. Eh og ja det har jeg tenkt har vært bra da. Men det er absolutt nyttig å ha noen konkrete ting å bruke på en måte.

Flere av dem nevner også det med at de har brukt verktøyene i modellene i barneskolen, men at de har følt at det kanskje har vært vanskeligere å tilpasse verktøyene til ungdomsskolen. Det fremkommer også blant dem alle at verktøyene i modellen ligner mye på det de har å forholde seg til fra før av. En av helsesykepleierne sier: «Så ser jeg jo på det årshjulet for Liv og røre at mye av de oppgavene som er satt inn der som eksempel det gjør jo skolehelsetjenesten allerede i fra før av». Helsesykepleierne synes allikevel å være positive til innholdet i modellen og gir uttrykk for at de ønsker å bruke verktøyene mer aktivt i sin hverdag.

6.3.1 Implementeringen av «Liv og røre»

I 2017 ble det gjort en studie av Nordstrand et al. som hadde som hensikt å se på implementeringen av de nye nasjonale retningslinjene for forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme blant barn og unge. I studien ønsket man å undersøke og beskrive helsesøstrenes egne erfaringer med implementeringen (Nordstrand et al., 2017, s. 62-69). Funnene i studien til Nordstrand et al. (2017, s. 62-69) er interessante og kan på flere måter bygge opp under funnene som også ble gjort i studien til denne oppgaven.

I intervjuene til denne studien ble helsesykepleierne spurt om hvordan de opplevde implementeringen av «Liv og røre» på sin arbeidsplass. Her kom det frem at de alle opplevde at man var tente i startfasen av implementeringen og at man i starten snakket mye om «Liv og røre» i

gangene på skolen. De opplevde at det første halve året med implementeringen var veldig positivt og at det virket som alle synes det var spennende og interessant med noe nytt. En av helsesykepleierne beskriver det slik:

Når vi starta opp med dette for ja det er vell 1,5 år siden det. Da synes jeg vi alle var veldig tente. Lærere og skolehelsetjenesten. Og man så at det var mye Liv og røre i gangene hos lærerne. Det var mye stafetter og terninger, og ja my aktivitet både ute og inne. (...)

Selve implementeringen og den første fasen i denne prosessen gir alle helsesykepleierne inntrykk av at fungerte godt. Problemene oppstod derimot etterhvert hvor de beskriver at ting etter et halvt års tid falt litt ut igjen og en av helsesykepleierne uttalte følgende: (...) «Så holdt det på kanskje et halvt år, frem til jul var det vell, men etter det så dabba det litt av da. Man ser nå bare mindre og mindre av det». Helsesykepleierne uttrykker at de tror noe av årsaken til at det er slik er fordi at man er avhengig av at noen drar ting videre og at ting ikke har blitt satt ordentlig inn i et system. Ordet ildsjeler blir nevnt av dem alle og virker til å være en avgjørende faktor for at ting blir dratt videre slik de ser det. Når de blir spurt om de tenker at det mangler et system for hvordan «Liv og røre» skal brukes videre etter at første del av implementeringen er gjennomført, svarer en av helsesykepleierne slik:

Litt begge deler. Vi har jo en prosjektgruppe, men den må det vell dra seg mot et år siden vi har hatt noen samling. Så jeg tror det ligger litt der i den gruppa at det nok går litt trått. Også handler det jo om oss selv også. Vi kunne jo helt klart fått det til hvis vi virkelig gikk inn for det. Jeg kan være med på å ta en del av skylden der altså..

Selv om det på den ene siden fremkommer at helsesykepleierne mener at det mangler et overordnet system for hvordan man videre skal drifte "Liv og røre", nevner de andre også slik som helsesykepleieren i sitatet over, at de selv også har et ansvar og at de kunne vist mer interesse rundt det å videreføre «Liv og røre» som en del av deres arbeidshverdag. En annen viktig faktor to av helsesykepleierne trekker frem er det med en felles forståelse for hva de ulike faggruppene kan bidra med inn mot «Liv og røre». De har begge opplevd at flere av lærerne ikke forstår helt deres rolle i «Liv og røre» og hva de kan bidra med. En av helsesykepleierne beskriver sin opplevelse på denne måten:

(...) Men jeg har jo prøvd å prate litt med lærerne og ressurspersonene som har det og men da i forhold til i forhold til ungdomsskolen har det jo vært litt sånn som sånn. Eller jeg opplever vell litt at vi jobber på forskjellige måter og områder, fordi vi har forskjellige faggrupper da. Så lærerne ser kanskje ikke helt hva min rolle skal være i det hele.

I studien til Nordstrand et al. (2017, s. 62-69) går noen av de samme funnene igjen som presentert over. Felles for både denne studien og studien til Nordstrand et al. (2017, s. 62-69) er at det pekes på ressurser, enighet/felles forståelse i faggruppen, tverrfaglig samarbeid og forankring på et høyere nivå i organisasjonen som avgjørende og viktige faktorer for at implementeringen skal være vellykket. Slik det fremkommer i helsesykepleiernes opplevelse av implementeringen av «Liv og røre» er man avhengig av noen ildsjeler og at det videre forankres i et satt og gitt system. Første delen av implementeringen oppleves som enkel i og med at flertallet synes det er spennende med noe nytt, men det er videre bruk av modellen og å få satt ting i system som virker som utfordrende. Samtidig nevner helsesykepleierne at de selv også kunne gjort mer for og både bruke og holde «Liv og røre» aktivt som en del av arbeidshverdagen.

Som nevnt over snakker helsesykepleierne i denne studien og helsesykepleierne i studien til Nordstrand et al. (2017, s. 62-69) om viktigheten av rollefordeling og hva som skjer på nivåene over det de selv er en del av. De peker på viktigheten av ildsjeler og relasjoner man har til hverandres faglige kompetanse slik at man kan få til et best mulig tverrfaglig samarbeid. Samtidig er de også opptatt av dette som bestemmes fra ledelsen og de nasjonale føringer som gjelder deres arbeidsoppgaver. Igjen leder dette oss inn på Bronfenbrenner (1979) sin systemteori.

Helsesykepleierne tildeles oppgaver som bestemmes i rekkene over dem, men opplever at det ikke nødvendigvis er nok til å få til en vellykket implementeringsprosess. De gir uttrykk for at en vellykket implementeringsprosess er avhengig av gode relasjoner til blant annet lærerne som de skal jobbe tett med, en tydelig fordeling av roller og forankring på et høyere nivå enn hvor de befinner seg. Slik sett handler det i det større bilde om hvordan implementeringen påvirkes og formes av en rekke innvirkende forhold fra flere hold. Ifølge Bronfenbrenner (Gulbrandsen, 2017, s. 51-72) foregår det hele i et komplekst samspill på flere nivåer. Ulike faktorer påvirker og former omgivelsene og individet som er en del av omgivelsene (Gulbrandsen, 2017, s. 51-72). Slik kan det også sies å være

for helsesykepleierne som er en del av en implementeringsprosess hvor flere forhold påvirker om implementeringsprosessen kan sies å være vellykket.

6.3.2 “Liv og røre-modellen” som et verktøy for å få oversikt over elevenes livsstil og helse

Liv og røre-modellen er forankret inn som en del av skolehelsetjenestens planer i de skolene som er med i prosjektet. Skolene i prosjektet har videre ansvar for å legge til rette for møteplasser hvor modellen brukes. Dette gjelder foreldremøter, i klasserommet eller i grupper hvor skolehelsetjenesten kan delta. Skolehelsetjenesten skal være en samarbeidspartner og en ressurs for lærere, elever og deres foresatte. Målet er at skolehelsetjenesten også skal bidra aktivt til å fremme verdiene i Liv og røre-modellen, og skape en fellesfølelse og eierskap på skolen i foreldresamarbeidet. I samarbeid med skolen, skolehelsetjenesten og tannhelsetjenesten utarbeides det et årshjul (Westhrin & Høydal, 2019, s. 21).

Ved skolestart og på 8. trinn er det i helsesykepleier føringer fra nasjonalt hold, lagt opp til at man skal gjennomføre en skolestartundersøkelse og en helsesamtale. Anbefalingene er ikke pålagte, men sterkt anbefalt å gjennomføre (Helsedirektoratet, 2019, s. 1-6). I veilederen til «Liv og røre» vektlegges også disse treffpunktene som viktige arenaer for å spørre elever og foresatte om hvilke erfaringer de har gjort seg gjennom «Liv og røre». Samtidig bør elevene i disse samtalene oppfordres til å ta med seg de gode erfaringene videre inn i hverdagen, oppfordres til å tanke på hva som er med på å påvirke til en sunnere livsstil og hvordan elevene selv kan bidra til mer fysisk aktivitet og et sunnere kosthold i hverdagen. I «Liv og røre-modellen» er det utarbeidet flere verktøy som skal brukes i arbeidet med å styrke elevenes kunnskap og erfaring med sammenhengene mellom fysisk aktivitet, sunt kosthold og læring, helse og trivsel. Verktøyene som er anbefalt å bruke i ungdomsskolen er filmsnutt om «Liv og røre», skolemateksperimentfilm utviklet av helsedirektoratet, matpakkebrosjyrer (Vedlegg 2), Liv og røre-bagen (Vedlegg 1) og tannhelseundervisning (Westhrin & Høydal, 2019, s. 29).

I intervjuene med helsesykepleierne var erfaringer med verktøyene i «Liv og røre-modellen» og bruken av verktøyene i egen arbeidshverdag noe jeg forsøkte å få en bredere oversikt over. Dette fordi jeg ønsket å se nærmere på om verktøyene brukes, hvordan de brukes og hvilken nytteverdi

helsesykepleierne opplever at verktøyene i modellen har. Som nevnt tidligere er det fra nasjonalt hold anbefalt at det gjennomføres en helsesamtale og en skolestartundersøkelse ved oppstart i 8. trinn. Også veilederen til «Liv og røre» vektlegges disse treffpunktene som viktige arenaer. Da disse møteplassene er fellestrekk ved både helsedirektoratets nasjonale veileder (Helsedirektoratet, 2020) og veilederen til «Liv og røre» (Westhrin & Høydal, 2019) ble det naturlig å forsøke å gå nærmere inn på disse områdene også i intervjuene.

Helsesykepleierne ble spurt om hvilke erfaringer de hadde med verktøyene i «Liv og røre» og hvordan de brukte dem i sin arbeidshverdag. Her kom det frem at deres erfaringer var relativt like. To av helsesykepleierne svarer følgende på spørsmålet om hvilke erfaringer de har med verktøyene i «Liv og røre» ved ungdomsskolen de jobber ved:

Jeg har ikke brukt noe særlig verktøy fra Liv og røre-modellen enda. Jeg har ikke brukt Liv og røre-bagen. Men jeg vet at hun som har tannhelse, hun har brukt "bagen" for elevene. Jeg er usikker på om hun som var helsesykepleier før meg kanskje har brukt noe av det (...). Jeg vet at det er der, men jeg har ikke hatt tid til å sette meg ordentlig inn i det enda.

(...) Vi har jo den bagen og vi er godt kjent med den. Vi kjenner også til brosjyren for matpakke. Vi har et nettsted hvor vi kan finne informasjon. Men jeg bruker ikke modellen i undervingen, det har jeg ikke gjort. Men det burde jeg absolutt gjøre. Så det blir mer i forhold til Liv og røre at jeg tar det nok mer med inn i de individuelle samtalene i 8. klasse. Men det er ikke sånn at jeg f.eks. har med bagen inn der heller da. Men jeg har det hvertfall i bakhodet (...).

Slik det fremkommer fra svarene til helsesykepleierne har de begrenset med erfaring fra bruken av verktøyene i «Liv og røre» inn i sin arbeidshverdag. To av dem kjenner godt til innholdet i modellen, mens en av dem vet at verktøyene er der, men har ikke benyttet seg direkte av dem. Samtidig poengterer de alle at verktøyene i modellene viker som gode hjelpemidler, men at det er tiden som ofte setter begrensningen for hva de får til å gjennomføre. En av helsesykepleierne sier dette på spørsmål om hun opplever verktøyene i «Liv og røre modellen» som gode hjelpemidler: «Ja det tenker jeg at det er. Og jeg tenker jo at det absolutt er mulig å gjennomføre på ungdomsskolen

også». En annen av helsesykepleierne sier:

Ja jeg tenker jo at det er godt forebyggende verktøy som jeg kan bruke og som legger til rette for at man bare skal ta det i bruk. Men jeg opplever nok at Liv og røre er lite implementert på ungdomsskolen. Det er få som prater om det. Eller nesten ingen. Så man føler seg nok ganske alene i det. Jeg vet at lærerne også gjør det på veldig ulike måter og at de kanskje mangler noen som drar det for dem.

Som man ser ut i fra svaret til helsesykepleieren over er implementeringen også igjen en faktor som går igjen. Alle helsesykepleierne poengterer i større eller mindre grad hvor mye implementeringen er av betydning for hvordan verktøyene i «Liv og røre» er kjent for dem, hvordan de skal forankres videre inn i et gitt system og hvilken nytteverdi de opplever at verktøyene i «Liv og røre» har. Som nevnt i tidligere presentere funn er det med nøkkelpersoner, forankring på et høyere nivå enn hva helsesykepleierne rår over og et system for videreføring av implementeringen faktorer som går igjen i hvordan helsesykepleierne sin oppleves av «Liv og røre» er og har vært.

Helsesykepleierne er alle relativt samstemte i hvordan de beskriver sin kjennskap til verktøyene i «Liv og røre» og i hvilken grad de benytter seg av dem. Det var derfor relativt åpenbart å tro at deres erfaringer med bruken av «Liv og røre-modellen» som et verktøy for å få en oversikt over elevenes livsstil og helse var begrenset. Denne antagelsen ble gjennom intervjuene bekreftet og helsesykepleierne hadde relativt like erfaringer på område. En av helsesykepleierne svarer kort: «Nei, jeg har jo som nevnt ikke brukt det. Så nei, lite erfaring blir det jo da». En annen av helsesykepleierne gir en lengre beskrivelse:

(...) Så ser jeg jo det at på det årshjulet til «Liv og røre» da, at mye av de oppgavene som er satt inn der som eksempel det gjør jo skolehelsetjenesten allerede fra før av. Ikke sant, det er jo ikke veldig mye nytt i modellen. (...) Så den oversikten tror jeg nok veldig mange av oss som jobber i skolehelsetjenesten har egentlig litt fra før av. Hvertfall gjennom de faste oppgavene som skal gjennomføres da (...).

Det at verktøyene og målene i «Liv og røre» ligner på hva som fra før av inngår i deres føringer og planer kan ut i fra sitatet over oppfattes som at de føler at modellen ikke kan bidra til så mye nytt.

Dette oppleves også å være den gjennomgående tendens blant studiens helsesykepleiere. Slik det fremkommer ønsker alle helsesykepleierne gjerne å bruke «Liv og røre» mer aktivt, men føler på den andre siden at det kommer litt i tillegg til alt annet de har å gjøre. De uttrykker også at det ligner på hva de allerede gjør og hva de bruker av verktøy fra før av. Disse funnene var interessante. Bronfenbrenner er opptatt av hvordan individet befinner seg i en livslang prosess (Gulbrandsen, 2017, s. 51-54). Man blir i følge Bronfenbrenner aldri «ferdig» og man bearbeider seg selv gjennom hele livet. Men som med resten av Bronfenbrenner sin økologiske modell kan ikke det personlige livsløp ses isolert og alene, men i et komplekst samspill med proksimale prosesser (Gulbrandsen, 2017, s. 51-54). Med bakgrunn i dette gjorde det meg mer interesserte i å dykke dypere inn i hvilke andre verktøy de eventuelt hadde gode erfaringer med for å få en oversikt over elevens livsstil og helse. Det gjorde meg også interessert i å få finne ut av hvordan de eventuelt benyttet seg av disse verktøyene og om det var andre momenter som var av betydning for hvordan de som helsesykepleiere jobber med elevenes livsstil og helse.

6.4 Helsesamtalen i 8. klasse

I nasjonale faglige retningslinjer for helsestasjon og skolehelsetjenesten er det sterkt anbefalt at det på 8. trinn gjennomføres en individuell samtale med hver enkelt elev og helsesykepleier. Samtalen kalles for helsesamtalen og målet med samtalen er at man som helsesykepleier skal skaffe seg en oversikt over utfordringer hos den enkelte elev og elevpopulasjonen hos skolen, bidra til å fremme livsmestring, bidra til sunne helsevalg, styrke brukermedvirkning og vurdere om det er behov for videre oppfølging eller videre henvisning (Helsedirektoratet, 2019, s. 63-65). Jeg ønsket gjennom intervjuene å se nærmere på hvordan helsesykepleier opplever helsesamtalen og hvilke erfaringer de har gjort seg med helsesamtalen som et verktøy i relasjon til elevens livsstil og helse.

6.4.1 Relasjonsbygging ved bruk av helsesamtalen

Alle helsesykepleierne jeg intervjuet var godt kjent med helsesamtalen. Under intervjuene forteller de at helsesamtalen oppleves som et svært nyttig verktøy og gir dem god oversikt elevenes livsstil og helse. Helsesamtalen foregår individuelt på helsesykepleiers kontor og elevene hentes ut fra undervisningen. To av helsesykepleierne beskriver om de opplever helsesamtalen som et godt arbeidsverktøy på denne måten:

Absolutt. Det som ofte skjer i helsesamtalen når man blir kjent med elevene er jo at det dukker opp ting som de kanskje vil prate mer om. Og da setter vi opp til en ny time senere til det, kanskje om noen uker (...).

Jo, de 8. klassesamtalene de liker jeg veldig godt. Det varierer jo litt hvor åpne elevene er. (...) De som er åpne de får man jo en veldig god oversikt over i denne samtalen da. For man setter jo av litt god tid til dem og er inne på mye da. Alt fra psykisk helse, fysisk helse, fysisk aktivitet. Så ja jeg synes vi kan få en god oversikt der da, men som sagt det gjelder ikke for alle.

Som man kan tolke ut i fra svarene over ser det ut til at helsesamtalen i de fleste tilfeller gir en opplevelse av at man blir kjent med elevene og at man da får god oversikt over flere viktige områder. Dette gjelder både livsstil og helse, og psykisk helse som fysisk helse. En annen av helsesykepleierne sier dette:

Ja jeg synes det, at man får en god oversikt over elevene ved at samtalene gjennomføres når de begynner på ungdomsskolen, så blir man jo kjent med dem da. Og her hvor det er litt små forhold, da vet du jo at du skal følge dem gjennom hele ungdomsskolen. Så det blir jo en form for relasjonsbygging. Så da håper jeg jo at det er lettere å komme tilbake til meg igjen da. Etter at vi har prata litt og blitt litt kjent.

Ut i fra hvilke erfaringer helsesykepleierne opplever å ha ser det ut til at helsesamtalen gir dem muligheten til å bli bedre kjent med elevene. Helsesamtalene åpner også opp for at man komme inn på en rekke områder og temaer. Helsesamtalen bør i følge Mæland (2010, s. 116) bygge på ungdommenes reelle behov for råd og veiledning. For at man skal lykkes i å komme inn på elevene er det av stor betydning at det skapes en åpen og positiv atmosfære, hvor helsesykepleier viser tillit, åpenhet og empati. En forutsetning for at elevene åpner seg er tillit til helsesykepleier og dette skapes best dersom helsesykepleier viser respekt slik at elevene selv opplever en følelse av kontroll, ansvar og egenkompetanse (Mæland, 2010, s. 116-117). Disse forholdene er også det helsesykepleierne i denne studien beskriver. Som beskrevet i sitatet over er helsesykepleieren opptatt av å bli kjent med eleven og vektlegger det med relasjonsbygging. De gir uttrykk for at de

føler at helsesamtalene er en god inngang til å bli bedre kjent med elevene, hvor elevene selv er med på å styre samtalene. De opplever at flertallet av elevene føler trygghet og tillit til dem.

I studien til Moen (2019) fremkommer det at helsesykepleier rapporterer at de oftere enn før møter ungdommer med sammensatte psykososiale utfordringer. Helsesykepleierne mente at de hadde en viktig rolle i arbeidet med å identifisere og følge opp utfordringene ungdommen står ovenfor. Gjennom analyseprosessen fremkom det tre kategorier av tilnæringsmåter som helsesykepleiere bruker i sitt møte med ungdommene: identifisering av de små tegn, allianse og relasjon og intervensjon. Kategoriene utgjør til sammen en dialogisk prosess (Moen, 2019). Disse funnene kan også relateres til funnene som er gjort blant helsesykepleierne i denne studien, hvor det kan tenkes at den dialogiske prosessen man snakker om i studien til Moen (2019) kan sammenlignes med møte mellom eleven og helsesykepleier under helsesamtalene. Gjennom den dialogiske prosessen kan helsesykepleiere få hjelp til å arbeide systematisk med å identifisere bakenforliggende årsaker til ungdommens helseplager. Observasjon av små tegn, etablering av relasjoner, allianse bygging og igangsetting av intervensjon vil være gode verktøy i deres arbeid. De små tegn som fanges opp av helsesykepleier kan bety noe annet i deres fagperspektiv enn hva det for eksempel kan for pedagogisk personell (Moen, 2019). Nettopp disse funnene i studien til Moen (2019) bygger opp under de erfaringene helsesykepleierne i denne studien også har gjort seg. Slik det er presentert over opplever helsesykepleierne at de gjennom helsesamtalen får en oversikt over elevens livsstil og helse, hvor de gjennom relasjonsbygging og tillit skaper en åpne dialog med elevene. Opparbeiding av et slikt gjensidig tillitsforhold bidrar til å at elevene i større grad åpner seg opp. Helsesykepleierne tydeliggjør at en slik prosess gjør at de får muligheten til å oppdage små tegn elevene gir, som kanskje trenger videre samtale oppfølging eller involvering av flere instanser.

Dette med taushetsplikten er også noe alle helsesykepleierne i studien opptatt av at er av betydning. For helsesykepleierne innebærer det at man har noen juridiske føringer og et lovverk å forholde seg til. Taushetsplikt innebærer at man verner om informasjon som omfatter pasienten hvor formålet er å sikre befolkningen tillit til helsepersonell og helse- og omsorgstjenesten, slik at personer ikke unnlater å søke hjelp i frykt for at deres informasjon skal spres videre (Helsedirektoratet, 2018b). Når det gjelder barn under 16 år er hovedregelen at barnet selv uavhengig av alder har krav på informasjon om sin tilstand og om behandlingen. Videre foreligger

det en hovedregel om at foreldre eller andre som har foreldreansvaret skal gis informasjon når pasienten eller brukeren er under 16 år. Dette kalles for en opplysningsplikt for helsepersonell. De som har foreldreansvaret for barnet har rett og plikt til å ta avgjørelser på vegne av barnet når det gjelder personlige forhold, men de skal trekke inn barnet etter hvert som de utvikler seg. Det er imidlertid et andre ledd i reglen som er et unntak fra hovedregelen. Dette unntaket gjelder når barnet er mellom 12-16 år, og det foreligger grunner til at man bør respektere at de ikke ønsker at foreldrene informeres (Helsedirektoratet, 2018a). Helsesykepleierne i denne studien er klare på sin rolle og hvordan de innehar taushetsplikten. De opplever at flere av elevene kommer til dem fordi de vet at helsesykepleier har taushetsplikt og at terskelen for å dele informasjon for elevene blir lavere ut i fra deres erfaring. Taushetsplikten bidrar i følge dem til at relasjonsbyggingen blir lettere og oppleves som bedre. Dette fordi de elevene ved at de kan åpne seg, uten at foreldrene eller andre får vite hva de forteller de helsesykepleier. På spørsmål om hva de gjør dersom elevene under samtale deler informasjon som de mener at andre instanser bør involveres i, svarer helsesykepleierne at de starter med å snakke med eleven det gjelder. De forklarer sine tanker og meninger rundt problemstillingen og forsøker sammen med eleven å komme frem til en videre plan. Deres erfaringer er at elevene i de aller fleste tilfeller går med på at informasjonen deles videre slik at de kan få best mulig hjelp. En av helsesykepleierne sier følgende:

(...) Men som oftest er de jo gamle nok til at vi kan spørre dem om vi kan ringe hjem eller ta det videre med kontaktlærer. Mange er positive til det, men det er selvfølgelig noen som ikke er det. Tenker jeg at det er nyttig å dra inn andre så bruker jeg ofte litt tid på å bygge opp en relasjon for å prøve å jobbe mot det. Og som regel synes jeg at det fungerer. Det sier i hvertfall det. Så ja, da er jo relasjonsbygging viktig.

Relasjonsbygging ser ut til å være en viktig og kanskje avgjørende faktor for at elevene åpner seg og virkelig forteller det de har på hjertet til helsesykepleier. Både relasjonsbygging og tillit et to begreper som går hånd i hånd når helsesykepleierne beskriver sin rolle ovenfor elevene. Også Bronfenbrenner vektlegger i sin teori relasjonsbygging som et viktig ledd (Gulbrandsen, 2017, s. 54-58). Relasjon er en annen av mikrosystemets byggesteiner. Bronfenbrenner vektlegger at en relasjon oppstår som følge av at en person i et miljø retter oppmerksomhet mot eller deltar i en annens aktiviteter. Ved gjensidig relasjon som vil si at to personer retter oppmerksomhet mot hverandre eller deltar i hverandres aktiviteter oppstår en dyade. En dyade defineres som et system

med minimum to personer (Gulbrandsen, 2017, s. 55-58). Et slikt system er møtet mellom helsesykepleier og eleven. Eleven deler sine tanker med helsesykepleier, mens helsesykepleier lytter og forsøker å forstå. Motsatt deler helsesykepleier sine tanker og råd, mens eleven lytter og bearbeider det som blir sagt. Bronfenbrenner fremhever dyader som byggesteiner i en mer omfattende mellom menneskelige struktur. Forholdet mellom den enkelte elev og helsesykepleier, kan for noen elever hvor man opplever en god relasjon til helsesykepleier, fremheves som en dyade. Videre fremhever Bronfenbrenner også dyader som byggesteiner i mer omfattende mellommenneskelige relasjoner, og kaller dette for triader, tetramer også videre (Gulbrandsen, 2017, s. 56). Relasjonen mellom elev og helsesykepleier kan videre utvides med relasjoner mellom flere, som f.eks. elev og helsesykepleier, lærer og foreldrene til eleven. Dette forutsetter en god relasjonsbygging hvor eleven går med på at flere instanser involveres for hjelpen videre. Ved å involvere flere parter vil man oppnå at man gjensidig retter oppmerksomheten mot hverandre og deltar i hverandres aktiviteter. Slike mer omfattende mellommenneskelige strukturer vil være av stor betydning for deltakernes opplevelser av øyeblikket, samt påvirke pågående utviklingsprosesser (Gulbrandsen, 2017, s. 57). Vi kan da si at vi kan betrakte elevens utviklingsmessige bevegelser ut i fra personlige aspekter ved de ulike prosessene eleven deltar i innenfor sine mikrosystemers dyader, triader osv.

6.4.2 Målet med helsesamtalen

Helsesamtalen har som overordnet mål å gi ungdommen veiledende kunnskap og bekreftelse på hva som fremmer helse. I samtalen bør det fokuseres på normalisering av vanlige utfordringer som ungdommene vil møte i sin hverdag, styrke deres kunnskaper, handlinger og deres evne til å handle. Samtalen kan være et nyttig verktøy for å oppdage utfordringer ungdommen strever med og en gyllen anledning for å iverksette tiltak i en tidlig fase. Tiltakene kan være på individ-, gruppe- og/eller systemnivå (Helsedirektoratet, 2019, s. 6). Som det fremkommer i funnene over opplever helsesykepleierne at helsesamtalen er et godt verktøy for å få en oversikt over elevens livsstil og helse. De opplever nettopp dette at man gjennom samtalen kan bygge opp relasjoner til elevene som videre gjør det lettere og oppdage utfordringer elevene strever med. Også Mæland (2010, s. 116-118) snakker som nevnt før om dette med tillit som en viktig og avgjørende faktor for at elevene åpner seg til helsesykepleier. Mæland (2010, s. 116-118) presiserer at tillit er en nødvendig forutsetning for ungdommene åpner seg og gir informasjon om egen situasjon, selv om det ikke er

nødvendigvis er i tråd med sosiale normer for rett eller galt. Tillit skapes best dersom helsesykepleier viser respekt, slik at elevene har en opplevelse av egen kontroll, ansvar og egenkompetanse. Gjennom å stille spørsmål, lytte aktivt og vie ungdommen sin fulle oppmerksomhet kan helsesykepleier lykkes i å «komme bak» de overflatiske problemstillingene og kanskje få tak i de mer underliggende behov og bekymringer (Mæland, 2010, s. 116-117). Dette er også slik helsesykepleierne i denne studien opplever det. De beskriver relasjonsbygging som en viktig del av jobben for å skape et tillitsforhold som videre gjør at elevene åpner seg opp om ulike utfordringer de står ovenfor.

6.4.3 Tidspress, temaer for samtalen og variasjoner i kjønn

På forhånd er det fra nasjonale føringer også satt noen temaer det er ønskelig at man skal i gjennom. Temaene her er relativt mange og omfatter mye. Temaene som nevnes i de nasjonale faglige retningslinjene er: mestring, trivsel og relasjoner, søvn og søvnvaner, kosthold og måltidsvaner, fysisk aktivitet og stillesitting, tannhelse, seksualitet og samliv, tobakk, alkohol og rusmidler, vold, overgrep og omsorgssvikt og informasjon om fastlegeordningen og at fastlegen har taushetsplikt (Helsedirektoratet, 2019, s. 64). Som man ser er det svært komplekse temaer og mye det er anbefalt at man skal i gjennom i løpet av helsesamtalen. Erfaringen til helsesykepleierne i denne studien var at det var omtrent umulig å komme gjennom alt dette. Alle helsesykepleierne hadde derfor på forhånd utdelt et skjema hvor elevene selv skulle fylle det ut og ta det med til samtalen. Ved skolen som en av helsesykepleierne jobbet ved var rutinene noe annerledes hvor det på forhånd var lagt opp til at man hadde undervisning i klassen hvor man snakket generelt rundt helse og at elevene i etterkant fikk utdelt en helsesirkel med ulike temaer hvor de selv skulle vurdere sin egen helse. Når det gjaldt de ulike skjemaene som var utdelt på forhånd delte de alle lik erfaring rundt at dette opplevdes som et godt hjelpemiddel inn mot helsesamtalen. De opplevde da at elevene kom mer forberedt og at det gjorde at flyten i samtalen ble bedre, samtidig som det åpnet opp for at de elevene som ikke alltid var like åpne, åpnet seg opp i større grad.

Målet til alle helsesykepleierne i studien var at alle 8. klassinger skal få tilbudet om helsesamtalen. I nasjonal faglig retningslinje for helsestasjon- og skolehelsetjenesten står det beskrevet at tilbudet om helsesamtalen har som mål å nå ut til alle elever, uavhengig av kjønn, etnisitet og sosioøkonomiske forhold (Helsedirektoratet, 2019, s. 1-6). Allikevel opplevde helsesykepleierne at

det ikke alltid slik at det lar seg gjøre at alle fikk gjennomført helsesamtalen. To av helsesykepleierne fortalte at alle fikk tilbudet om samtalen, og at de stort sett rakk å gjennomføre alle, men at det kunne være noen unntak der de ikke klarte å få det til. Begge disse helsesykepleierne jobbet ved mindre skoler og gav uttrykk for at de trodde det ville være vanskeligere å komme i mål dersom man jobbet ved en større skole med flere elever. Nettopp dette var utfordringer den tredje helsesykepleieren beskrev. Hun forklarer det slik:

(...) For min egen del hvis jeg kan gå tilbake til det kullet som er i år med 8. klassinger. Her er det jo ca. 100 elever som jeg da skal snakke med hver og en. Og det vet jeg ikke om jeg rekker. Jeg har jo en del elever utenom det også som jeg jo følger opp da (...).

Utfordringer som beskrives i forbindelse med hvorfor det ikke lar seg gjøre at alle får tilbudet om samtalen handler i bunn og grunn om at tiden ikke alltid strekker til. Det er gjennomgående at de alle også nevner dette med tiden. I retningslinjene er samtaletid satt til 30 minutter (Helsedirektoratet, 2020, s. 203), men i de fleste tilfeller opplever helsesykepleierne at de trenger mer tid enn dette. De føler at det er mange og omfattende områder de skal innom og at det derfor ofte gjør det vanskelig å gjennomføre på 30 minutter. Helsesykepleieren som jobber ved en større skole enn de to andre, beskriver som i sitatet ovenfor at hun i tillegg til alle enkelt samtalene har andre elever som trenger oppfølging. Hun har fra tidligere år erfaring med at hun ikke rekker gjennom alle samtalene og at hun da er tvunget til å melde avvik slik at det kan signaliseres videre opp i rekkene at arbeidsmengden er for stor. Hun forteller også at hun velger å gå inn i klassene og gi elevene informasjon om at hun ikke vil få anledning til å rekke gjennom alle helsesamtalene, og gir dem sitt nummer slik at de kan kontakte henne dersom de har behov for det. Hun opplever at det er leit at det er slik og skulle gjerne ønske at hun hadde nok tid til alle. En annen av helsesykepleierne forteller om sin erfaring rundt det med tiden som er avsatt til helsesamtalen:

Min erfaring er nok at jeg må sette av mer tid enn det, gjerne 45 minutter. Noen har lite å si, mens andre trenger mer tid. Det er nesten så du hører det med en gang. (...). Det som ofte skjer i helsesamtalen da er jo at du blir mer kjent med elevene og da dukker det opp ting de kanskje vil prate mer om. Og da setter vi opp en ny time senere til det, kanskje om noen uker. Men igjen, det spiser jo av tiden til andre. Så det er en evig prioritering da hvordan man skal få tid til å prate med alle, samtidig som man ikke vil slippe de man ser har behov

for å kanskje snakke mer om det med søvn, eller det stresset med mamma og pappa. Det er mange ting som dukker opp under samtalene.

Som det fremkommer i sitatet over er det variasjoner i hvor mye tid hver enkelt elev trenger og gjerne også hvor mye de har å fortelle. Helsesykepleierne gir inntrykk av at det er forskjeller fra elev til elev og nevner også det med forskjeller når det gjelder kjønn. De har bemerket seg at flertallet som tar kontakt med dem er jenter. En av helsesykepleierne sier:

(...) At det er oftere jenter som kommer til meg. Absolutt flere jenter enn gutter. (...) Jeg har jo av og til gutter også altså, men når jeg tenker over det så er det nok blitt et skille der ja. Men absolutt flere jenter ja, det er flest jenter som tar kontakt med meg selv og som synes det er greit å komme.

Akkurat hvorfor det er slik at det er flere jenter som tar kontakt med dem enn det er gutter har ingen av dem et helt klart svar på. En av helsesykepleierne har en mannlig kollega som er miljøterapeut og hennes erfaring er at guttene oppsøker han for råd, veiledning og samtale. Hun tror at det kanskje kan være lettere for guttene å snakke med en voksen mannlig person og at særlig i ungdomsskolealder kan være litt flaut å skulle oppsøke helsesykepleier. I studien gjort av Finpå et al. (2017, s. 63-67) så man også forskjeller i kjønn når det gjaldt å oppsøke helsesykepleier. I studien kom det frem at halvparten av jentene og 40 prosent av guttene som deltok i undersøkelsen hadde oppsøkt skolehelsetjenesten de siste 12 månedene. Det kom også frem at gutter oppsøker skolehelsetjenesten oftest for fysiske plager, mens konflikt i hjemmet var gjennomgående årsak til at jentene oppsøkte skolehelsetjenesten (Finpå et al., 2017, s. 68-71). Det konkluderes ikke i denne studien heller med noen eksakt årsak til at det er slike forskjeller når det gjelder kjønn. Kanskje dreier dette seg om at samfunnet fortsatt bærer preg av et «kjønnsrollesystem» hvor guttene skal fremstå som «sterkere» enn jentene.

Ut i fra erfaringene helsesykepleierne i denne studien har gjort seg tar enkeltsamtalene med hver elev mye av tiden i deres arbeidshverdag. De deler alle erfaringer hvor samtalene gir dem gode muligheter for å oppdage ting enkelt elever strever med, gjennom relasjonsbygging og tillit som opparbeides ved bruk av enkeltsamtaler. Samtidig kunne helsesykepleierne ønske at de fikk større muligheter til å samle elevene i grupper og bistå inn i undervisning både i klassen, men også i

samlede grupper hvor man så et behov. Alle tre helsesykepleierne beskriver sine tanker og erfaringer slik:

Jeg husker når det med enkeltsamtaler ble innført, da jobba jeg i en annen kommune og da var jo diskusjonen litt sånn at om at har vi ikke gått litt bort i fra individuelle samtaler. At man liksom skal ha mer gruppesamtaler eller klasseundervisning da. Og man tenker jo det at det favner flere da, enn å ha disse individuelle samtalene. Men da var vell litt tilbakemeldinga i den kommunen da at elevene selv ønska å ha individuelle samtaler (...).

(...) Grupper tenker jo jeg at ofte kunne vært nyttig da. I stedet for å sitte en og en hele tiden. At man favner jo flere i en gruppe. Det går mye i psykisk helse på ungdomsskolen og jeg tror nok at mange strever med de samme tingene. Og at man da kunne samlet de litt mer da. Det kan funke, men det trenger nødvendigvis ikke å funke heller. Noen må jo helt klart ha egen oppfølging også.

(...) Også har jeg et ønske for neste skole år da, at skolehelsetjenesten organiseres litt annerledes så man frigjør mer tid til å ha mer undervisning, mer grupper og jobber for å nå flere da. Enda mere forebyggende arbeid sånn som det, enn å bare sitte på kontoret å ha individuelle samtaler. Så jeg har et ønske og et mål om å få til det. Fordi jeg tror at individuelle samtaler ikke nødvendigvis alltid hjelper. Jeg tror mer på effekten av å sitte sammen med jevnaldrende og få til en drøfting sammen, at den kan være vell så bra.

Slik det fremkommer i sitatene over ønsker helsesykepleier å samle elever i grupper og til mer felles undervisning om temaer de ser går igjen, samtidig som de i noen tilfeller også vil bruke enkeltsamtaler som arbeidsverktøy. Det ser ut til at kombinasjon av de to arbeidsformene er det de ønsker seg aller mest og tror at vil gi best resultat. Her spiller igjen tiden inn som en faktor som virker til å være avgjørende for hva de får til. Som nevnt i tidligere funn er også samarbeidet med skolen, foreldrene og andre instanser av stor og viktig betydning. Man kan ikke se disse funnene fra hverandre, men heller som del av et komplekst samspill med flere innvirkende faktorer (Bronfenbrenner, 1979). For å kunne jobbe med og forstå hvordan elevenes livsstil og helse påvirkes, må man se på alle nivåene som eleven er en del av. I følge Bronfenbrenner dreier dette seg om hva som skjer på mikro-, makro-, ekso- og mesonivå. Bronfenbrenner er opptatt av alle ledd

i disse nivåene er gjensidige avhengig av hverandre og at dersom det skjer noe i et av disse leddene, vil det gi konsekvenser for resten av systemet (Gulbrandsen, 2017, s. 51-58). En slik tilnærming vil kanskje i dette tilfelle også bidra i helsesykepleiernes arbeid med elevens livsstil og helse.

Helsesykepleierne kan bruke sin rolle til å betrakte elevens omgivelser som er relevante for deres utvikling. Videre kan de iverksette tiltak tilpasset den enkelte elev og deres omgivelser. På den andre siden er det viktig å påpeke at helsesykepleierne opplever at tiden og systemet ikke alltid legger til rette for det de opplever som det beste for eleven. Dette handler igjen om hva som bestemmes på eksonivå av ledelsen og hvilke nasjonale faglige retningslinjer (Helsedirektoratet, 2020) som er gjeldende for helsesykepleierne i skolehelsetjenesten.

6.5 «Liv og røre-modellen» og helsesamtalen satt opp mot hverandre

I tidligere funn har jeg sett nærmere på helsesykepleiernes erfaringer med bruken av «Liv og røre-modellen» og helsesamtalen som verktøy i relasjon til elevens livsstil og helse. Videre ønsket jeg også å se nærmere på hva helsesykepleierne tenkte om å sette «Liv og røre-modellen» og helsesamtalen sett opp mot hverandre. Er deres opplevelse at de to verktøyene er komplementære eller opplever de at de ikke er det? Jeg ønsket også å se nærmere på om de mente at verktøyene utfyller hverandre og om de ville valgt den ene fremover den andre.

Slik det fremkommer i svarene til helsesykepleierne uttaler de alle at de ikke kunne tenke seg å bytte ut «Liv og røre-modellen» med helsesamtalen, men at de gjerne kunne tenke seg å bruke verktøyene mer aktivt sammen. De opplever at begge verktøyene inneholder mye av de samme områdene og at de har mye av de samme målene, og at det derfor ville være mest hensiktsmessige å bruke verktøyene samlet. En av helsesykepleierne sier følgende:

Jeg tenker jo at jeg aller helst ville brukt «Liv og røre-modellen» i tillegg til helsesamtalen jeg. Eh ja jo, fordi helsesamtalen rommer jo veldig mye. Man får med flere aspekter ved bruk av helsesamtalen enn det man gjøre ved bruk av «Liv og røre-modellen da».

En annen av helsesykepleierne beskriver sine tanker slik:

Jeg tror jo at det er litt samme sak. Mye av det som er i «Liv og røre» har vi jo jobbet med i skolehelsetjenesten fra før av. Men det er mer at man får satt det i et system. Også tror jeg

at jeg for min del kan bruke verktøyene i «Liv og røre» mer aktivt fremover, da f.eks. i de helsesamtalene i 8. klasse da. Og med den her matbagen og evt. bruke de filmene inn i klasseundervisningen. Det kan man gjøre. Men jeg tenker at dette henger sammen. At det er de samme temaene vil snakke om. Bare det at det som sagt blir satt mer i et system. At det implementeres på en måte..

Begge helsesykepleierne deler de samme tankene. Det ser ut til at de ikke ønsker å erstatte helsesamtalen med «Liv og røre-modellen», men at de gjerne kunne tenke seg å bruke verktøyene mer samlet. Med andre ord ser de ut til at helsesamtalen er deres første valg dersom de skulle sette verktøyene opp mot hverandre. Slik det oppfattes er ikke «Liv og røre-modellen» alene utfyllende eller omfattende nok til å ta over for helsesamtalene. Et sitat fra den tredje helsesykepleieren støtter også oppunder de samme tankene som helsesykepleierne over beskriver:

Altså det optimale ser jeg jo for meg at ville vært å kjøre på med begge deler. Man prioriterer jo disse helsesamtalene fremfor «Liv og røre» med undervisning, bagen og den biten der. Og det har vi jo snakket litt om, at i travle tider så prioriterer man vekk noe også fortsetter man å ha de helsesamtalene individuelt. Men så klart, det absolutt optimale tenker jeg nok helt klart ville være og kjørt på med begge deler.

For meg viser sitatene over at helsesykepleierne er åpne for å bruke «Liv og røre-modellen» sammen med helsesamtalen i arbeidet med elevenes livsstil og helse. De uttrykker at verktøyene i «Liv og røre-modellen» ikke alene er utfyllende nok til at de ville valgt denne modellen ovenfor helsesamtalen og de momentene som inngår i den, men de ser allikevel ut til å ha et ønske om å bruke verktøyene sammen. Igjen dukker også dette med implementeringen av verktøyene i «Liv og røre» og at ting må settes mer i system opp. Funn gjort i studien til Nordstrand et al. (2017) viser til at utfordringer knyttet til administrative infrastrukturer ser ut til å være en barriere for implementeringen i små samfunn. Dette ser også ut til å være tilfelle i denne studien. Helsesykepleierne uttrykker at det mangler et system for «Liv og røre-modellen» og at dette også er noe av årsaken til at det ikke anses som et godt nok verktøy for dem, blant annet fordi de ikke kjenner verktøyene godt nok.

Helsesykepleierne beskriver også at de er presset på tid og at nye ting derfor ofte kan bli for mye

for dem i en ellers travel hverdag. En av helsesykepleierne sier i sitatet over at hun må prioritere vekk noe. For henne blir det da naturlig å prioritere vekk «Liv og røre-modellen». Det kan tolkes som at hun i dette tilfelle blir «tvunget» til å velge mellom helsesamtalene og «Liv og røre-modellen». Igjen leder dette oss inn på Bronfenbrenner og hva som skjer på eksonivå (Gulbrandsen, 2017, s. 60-62). På eksonivå finner man skoleledelsen, som igjen er underlagt lokale- og nasjonale føringer. Disse føringene vil bidra til å skape begrensinger eller muligheter for helsesykepleierne som sammen med elevene befinner seg på mikronivå. Igjen snakker man om dette som foregår i et komplekst samspill av flere innvirkende faktorer. Det hele foregår i et gjensidig samspill, hvor det ene påvirker det andre (Gulbrandsen, 2017, s. 60-62). Til tross for at helsesykepleierne gir uttrykk for at de opplever å måtte velge mellom «Liv og røre-modellen» og helsesamtalene er de samtidig positive til å få til å bruke verktøyene i større grad sammen. For å få til dette ser det ut til at man er avhengig av at ting settes i system og at man får til et godt samarbeid på tvers av de ulike rollene man innehar.

6.5.1 Andre verktøy

Gjennom intervjuene nevner helsesykepleierne også noen andre verktøy de bruker i deres arbeid med elevenes livsstil og helse. Psykologisk førstehjelp er et verktøy som går igjen blant alle tre helsesykepleierne. Psykologisk førstehjelp er utviklet av Solfrid Raknes (2010) som er psykologspesialist. I det hun kaller førstehjelpsskrinet finner man verktøy man kan bruke når tankene er vanskelige følelsene sterke. Hensikten med verktøyene er å hjelpe barn og ungdom til å identifisere, sortere og sette ord på tanker og følelser som kan oppleves vanskelig eller utfordrende (Raknes, 2010). En av helsesykepleierne forklarer hva psykologisk førstehjelp går ut på og hvordan hun bruker det:

Jeg bruker psykologisk førstehjelp (...). Psykologisk førstehjelp går ut på røde og grønne tanker. Litt sånn kognitivt tankemønster. Hvis du har en situasjon som er vanskelig så kan man høre med eleven om hva gjør det med kroppen din, hva skjer i kroppen din, hvilke følelser får du? Også kanskje sette ord på i hvilken grad kjenner du den følelsen fra 0-10 f. eks. Ja liksom hva skjer. (...) Også blir det jo å sortere hva som er røde tanker da, hva som gjør meg engstelig og redd eller ja forverrer situasjonen for deg der og da. Eller motsatt da, hvilke grønne tanker som dukker opp og som kan være til hjelp også når man har det vanskelig. (...) Et kjempe bra

verktøy!

Helsesykepleierne nevner at de i noen tilfeller kan oppleve at elevene synes at psykologisk førstehjelp kan være litt barnslig, men at de på den andre siden stort synes at det fungerer som et godt hjelpemiddel. Dette med generell samtaleteknikk og erfaringer de har gjort seg gjennom sin arbeidskarriere er det de alle gir uttrykk for at deres arbeid i bunn og grunn bygger på. Videre bruker de ulike verktøy inn i samtalene for å skape relasjoner og bygge tillit i kommunikasjon med elevene. Andre verktøy de nevner her er diverse spill og «fuelbox-kort». De beskriver at bruken av disse verktøyene ofte handler om å lette litt på stemning i samtalen slik at det blir mer lystbetont og forhåpentligvis gjør at elevene i større grad åpner seg. Som nevnt tidligere er relasjonsbygging og roller noe også Bronfenbrenner er svært opptatt av (Gulbrandsen, 2017, s. 54-58). For eksempel poengterer Bronfenbrenner at en relasjon oppstår som følge av at en person retter oppmerksomheten mot eller deltar i en annens aktiviteter. I møte mellom helsesykepleier og eleven er helsesykepleiernes ønske at det videre oppstår en gjensidig relasjon hvor eleven og helsesykepleier retter sin oppmerksomhet mot hverandre og deltar aktivt i hverandres aktiviteter (Gulbrandsen, 2017, s. 54-58). Bruken av lystbetonte hjelpemidler virker til å være av positiv betydning for relasjonsbygging mellom elev og helsesykepleier.

7 Avslutning

Formålet med denne studien har vært å frembringe kunnskap om hvordan helsesykepleier jobber med elevenes livsstil og helse. Problemstillingen studien bygger på er følgende:

Hvordan jobber helsesykepleier med elevens livsstil og helse?

- Hvordan benyttes helsesamtalen i relasjon til elevens livsstil og helse?
- Hvordan benyttes Liv og røre-modellen i relasjon til elevens livsstil og helse?

Gjennom semistrukturerte intervjuer med til sammen tre helsesykepleiere er informasjonen for å besvare problemstillingen innhentet. Alle helsesykepleierne jobbet ved skoler hvor «Liv og røre» var implementert og hadde jobbet som helsesykepleiere i minimum et år. Studien bygger på et kvalitativt design som har til hensikt å frembringe dypere kunnskap om fenomenet man studerer (Thagaard, 2018, s. 11-12). Det er underveis i oppgaven gitt detaljerte beskrivelser om hvordan informasjon er innhentet, hvordan informasjonen er bearbeidet og hvilke undersøkelsesmetoder og analysemetoder som er valgt brukt for å belyse funnene i studien. Alle funnene er valgt delt inn i ulike kategorier. Hensikten med denne inndelingen var å systematisere funnene slik at det ble enda mer oversiktlig for leseren. Jeg landet som nevnt tidligere på totalt fem hovedkategorier. I det følgende vil jeg gi en oppsummering av de mest sentrale funnene i studien.

«Begrepsforståelse blant helsesykepleierne» en av de fem hovedkategoriene. Dette funnet dreier seg om helsesykepleiers subjektive forståelse av begrepene livsstil og helse og om de erfarer at disse områdene har endret seg noe gjennom den siste tiden. Her blir det redegjort for hva helsesykepleierne legger i begrepene livsstil og helse, og om de har sett noen endringer innenfor disse områdene blant elevene i løpet av de senere årene. Hensikten er å få en bredere forståelse og et større innblikk i temaene som er en del av oppgavens problemstilling. Begrepene livsstil og helse er vide og kan for mange kanskje tolkes ulikt. Alle helsesykepleierne nevner at livsstil og helse er noe som henger sammen, og at de dermed ikke kan ses fra hverandre. Livsstil handler for dem om de valgene vi tar for å leve det livet vi gjør, mens når det gjelder begrepet helse snakker de om å skille mellom friskt og sykt. Helsesykepleierne synes det var vanskelig å skille begrepene livsstil og helse fra hverandre og hadde en oppfatning av begrepene måtte ses i lys av hverandre for å forstå dem best mulig. I følge Nylenna (2019) brukes begrepet livsstil nettopp om hvordan man som person velger å leve sitt liv. Videre snakker hun om at begrepet livsstil blir brukt for å øke

oppmerksomheten rundt sammenhengen mellom levevaner og helse (Nylenna, 2019). Dette kan jo også sies å være noe som samsvarer med helsesykepleiernes i denne studiens subjektive beskrivelse av de samme begrepene.

Etter å ha fått klarlagt hva som legges i begrepene livsstil og helse, ønsket jeg å se nærmere på om disse områdene hadde endret seg på noen måte de siste årene. Hensikten var å se på om helsesykepleierne hadde gjort seg opp noen tanker om markante endringer i elevenes livsstil og helse og om eventuelle endringer har påvirket hvordan de i det daglige jobber med elevens livsstil og helse. I følge Folkehelseinstituttet (2018) rapporterer de aller fleste barn og unge i Norge at de generelt trives og har god psykisk helse. Undersøkelser gjort vedrørende livskvalitet viser til et flertall som er fornøyde med livene sine. Samtidig er det mange som får diagnostisert psykiske lidelser i løpet av barndom og ungdomstid (Folkehelseinstituttet, 2018). Med bakgrunn i denne informasjon fra Folkehelseinstituttet (2018) ble jeg også nysgjerrig på å finne ut om det var en opplevelse helsesykepleierne delte.

Helsesykepleierne synes alle det var et stort og komplisert spørsmål å svare på om de kunne påpeke noen konkrete endringer i elevens livsstil og helse de siste årene. Alle helsesykepleierne påpeker at elevene er opptatt av kosthold, sunne verdier, å holde seg aktive, det å ha en fin kropp og at flere og flere snakker mye om å prestere på flere arenaer. Selv om alle helsesykepleierne påpeker at flertallet av elevene virker til å ha god psykisk og fysisk helse, hvor de er opptatt av sunne verdier og fysisk aktivitet i hverdagen, fremkommer det også noen problemområder som de har sett en økende tendens av. Søvn, økende telefonbruk og betydning av sosioøkonomiske forhold trekkes frem som viktige momenter i relasjon til elevens livsstil og helse. Disse funnene gjorde at jeg umiddelbart relaterte til Bronfenbrenner (1979) sin utviklingsøkologiske modell. I følge Bronfenbrenner er alle ledd gjensidig avhengig av hverandre. Dersom et av leddene setter seg i bevegelse vil det videre gi konsekvenser for resten av systemet (Gulbrandsen, 2017, s. 51-54). Selv om kun en av helsesykepleierne nevner sosioøkonomiske forhold, snakker de som Bronfenbrenner alle om ulike forhold som sammen påvirker den enkeltes livsstil og helse. Også i studien til Moen (2019) opplever helsesykepleierne at de møter flere unge med sammensatte psykososiale utfordringer. Det pekes ikke på en konkret ting som alene går igjen, men gjerne flere og sammensatte årsaker som ikke kan ses fra hverandre (Moen, 2019). Det er interessant at det kan trekkes likheter mellom funnene i min studie og studien til Moen (2019).

«Samarbeidet med skolen og skolehelsetjenesten» er den andre kategorien. Funnet indikerer at et godt samarbeid mellom skolehelsetjenesten og skolen er av stor betydning for hvordan helsesykepleier jobber med elevens livsstil og helse. For å få til et godt samarbeid er det flere faktorer som påvirker. Det ser ut til at dette med relasjoner til kontaktlærer er av stor betydning for helsesykepleierens videre kontakt med elevene. Relasjoner og roller settes opp mot hverandre og virker til å være noe personavhengig. Bronfenbrenner (Gulbrandsen, 2017, s. 54-58) vektlegger at en relasjon oppstår når en person i et miljø retter oppmerksomheten mot eller deltar i en annens aktivitet. I følge nasjonale faglige retningslinjer for skolehelsetjenesten bør skolehelsetjenesten nettopp ha et slikt systemrettet arbeid med skolen (Helsedirektoratet, 2020, s. 1-4). En av helsesykepleierne i denne studien forteller om hvordan et godt samarbeid med en av lærerne gjorde at hun ble involvert i en klasse med et dårlig klassemiljø. Sammen klarte de å snu det dårlige miljøet i klassen til et bedre klassemiljø. Funn i studien til Finpå et al. (2017, s. 54-77) underbygger også noen av funnene som er gjort i min studie. Her kom det blant annet frem at det er viktig at skolehelsetjenesten har tilstrekkelige og nok ressurser til å jobbe for å fremme helse og trivsel for alle, og at det også er viktig å iverksette tiltak for å nå dem som ikke oppsøker helsesøster selv. Samtidig nevner helsesykepleierne i min studie at et godt samarbeid alene ikke er med på å løse alt. Dette funnet er selvsagt interessant. Funnet er også med på å underbygge forståelsen av at helsesykepleiers arbeid med elevens livsstil og helse foregår i et komplekst samspill hvor flere innvirkende faktorer er av betydning.

«Liv og røre-modellen som verktøy» er den tredje kategorien av funn. Dette funnet indikerer hvilke erfaringer helsesykepleierne har med bruken av «Liv og røre-modellen» i relasjon til elevens livsstil og helse. Funnet viser oss også hvordan helsesykepleierne har opplevd implementeringsprosessen rundt «Liv og røre». Helsesykepleierne opplever at verktøyene som inngår i «Liv og røre-modellen» har vært noe vanskeligere å tilpasse til bruk i ungdomsskolen. Det fremkommer også at verktøyene i modellen ligner mye av det de allerede beskriver at de har å forholde seg til fra før. Helsesykepleierne forteller også at de har begrenset med erfaring fra bruken av verktøyene i «Liv og røre» inn i sin arbeidshverdag. Videre i funnene er implementeringsfasen noe som trekkes frem som en avgjørende faktor for bruken av «Liv og røre-modellen». Her trekkes det frem at man i starten virket gira og synes det var spennende med noe nytt, men etterhvert har de opplevd at det hele har dabbet litt av. De poengterer også dette med at de har opplevd at det tverrfaglige

samarbeidet rundt «Liv og røre» har vært noe utfordrende, fordi de opplever at lærerne ikke helt forstår deres rolle som helsesykepleiere inn mot «Liv og røre». Funn gjort i studien til Nordstrand et al. (2017) er med på å underbygge noen av de samme funnene som jeg har gjort i min studie. I studien til Nordstrand et al. (2017) pekes det blant annet på at enighet/felles forståelse i faggruppen, tverrfaglig samarbeid og forankring på et høyere nivå i organisasjonen er avgjørende og viktige faktorer for en vellykket implementering. At det finnes likheter mellom mine og Nordstrand et al. (2017) sine funn er interessant og er som nevnt med på å underbygge relevansen til funnene i min studie.

“Helsesamtalen i 8. klasse” er den fjerde kategorien jeg har valgt å dele funnene inn i. Dette funnet indikerer hvordan helsesykepleierne bruker helsesamtalen i relasjon til elevenes livsstil og helse. Funnet går også nærmere inn på hvordan helsesykepleier jobber forebyggende med elevenes livsstil og helse i sin arbeidshverdag. Målet med helsesamtalen er at man som helsesykepleier skal skaffe seg en oversikt over utfordringer hos den enkelte elev og elevpopulasjonen hos skolen, bidra til å fremme livsmestring, bidra til sunne helsevalg, styrke brukermedvirkning og vurdere om det er behov for videre oppfølging eller videre henvisning (Helsedirektoratet, 2019, s. 64-65). Alle helsesykepleierne jeg intervjuet var godt kjent med helsesamtalen. De opplever at helsesamtalen er et svært nyttig verktøy og gir dem god oversikt elevenes livsstil og helse. Relasjonsbygging ser ut til å være en viktig og kanskje avgjørende faktor i møte med eleven. Både relasjonsbygging og tillit er to begrepet som går hånd i hånd når helsesykepleierne beskriver sin rolle ovenfor elevene. Også Bronfenbrenner vektlegger i sin teori relasjonsbygging som et viktig ledd (Gulbrandsen, 2017, s. 54-58). Samtidig som helsesykepleierne i denne studien har gode erfaringer med bruk av helsesamtalen i relasjon til elevenes livsstil og helse, kunne de ønske at de hadde mer tid til å samle elevene i større grupper. Noe av begrunnelsen for dette var at helsesamtalene tar mye tid og at de ofte kan se at det elevene strever med gjelder flere. Det ser ut til at kombinasjon av de to arbeidsformene er det de ønsker seg aller mest og tror at vil gi best resultat.

««Liv og røre-modellen» og helsesamtalen satt opp med hverandre» er studiens femte og siste kategori. Funnet går nærmere inn på hvordan helsesykepleierne opplever de to verktøyene sett opp mot hverandre. Helsesykepleierne er klare på at de ikke kunne tenke seg å bytte ut «Liv og røre-modellen» med helsesamtalen. Deres opplevelse er at begge verktøyene inneholder mye av det samme, men at «Liv og røre-modellen» alene ikke er nok for deres arbeid i relasjon til elevenes

livstil og helse. Samtidig gir de uttrykk for at de ønsker seg å få til å bruke verktøyene mer samlet. Igjen dukker dette med implementering og å få satt ting inn i et system opp som et viktig funn. Funnet er viktig i den grad det virker til å være avgjørende for bruken av «Liv og røre» i skolehelsetjenesten. Igjen kan det dras likheter mot funn gjort i studien til Nordstrand et al. (2017). Her fant man ut at utfordringer knyttet til administrative infrastrukturer ser ut til å være en barriere for implementeringen. Dette ser også ut til å være tilfelle i min studie. Helsepsykepleierne gir sterkt uttrykk for at det mangler et system for «Liv og røre-modellen» og at dette også er noe av årsaken til at det ikke anses som et godt nok verktøy for dem, blant annet fordi de ikke kjenner verktøyene godt nok. Et slikt gjennomgående funn er interessant for evalueringen og videreføring av prosjektet «Liv og røre».

Funnene i denne studien er i stor grad forsøkt forstått og belyst ved bruk av Bronfenbrenner (1979) sin utviklings økologiske modell. Bronfenbrenner sin modell er en systemteori (Gulbrandsen, 2017, s. 51-54). Teorien til Bronfenbrenner tar utgangspunkt i individet og beskriver forhold som påvirker individet på flere nivåer. Bronfenbrenner er opptatt av forståelsen av individet og omgivelsene som gjensidig avhengig av hverandre i et vekslende samspill (Gulbrandsen, 2017, s. 51-54). I denne studien har man sett at hvordan helsepsykepleierne jobber med elevens livsstil og helse ikke bare kan forstås ved å se på individet (eleven), men at det hele må ses i lys av flere komplementære og innvirkende faktorer. I studien fant man flere forhold som påvirket hvordan helsepsykepleierne jobbet med elevens livsstil og helse. Et godt samarbeid med foreldrene, skolen og skoleledelsen anses som en svært viktig del av arbeidet med elevens livsstil og helse. Med bakgrunn i Bronfenbrenner sin systemteori kan man forstå at dette funnet er sentralt, da foreldrene, skolen og skoleledelsen er en viktig del av omgivelsene rundt eleven. Eleven kan ikke forstås alene, men må ses i lys av forhold som påvirker på flere nivåer og fra flere hold (Gulbrandsen, 2017, s. 51-54). I tillegg vet vi at godt tverrfaglig samarbeid rundt eleven ser ut til å gi best mulig utgangspunkt å jobbe videre med.

For å kunne jobbe med og forstå hvordan elevenes livsstil og helse påvirkes, må man se på alle nivåene som eleven er en del av. I følge Bronfenbrenner dreier dette seg om hva som skjer på mikro-, makro-, ekso- og mesonivå (Gulbrandsen, 2017, s. 51-54). Bronfenbrenner er opptatt av alle ledd i disse nivåene er gjensidige avhengig av hverandre og at dersom det skjer noe i et av disse leddene, vil det gi konsekvenser for resten av systemet (Gulbrandsen, 2017, s. 51-72). En slik

tilnærming vil kanskje i dette tilfelle også bidra i helsesykepleiernes arbeid med elevens livsstil og helse. Som nevnt tidligere kan helsesykepleierne bruke sin rolle til å betrakte elevens omgivelser som er relevante for deres utvikling. Individuelle tiltak kan iverksettes og tilpasses den enkelte elev ut i fra deres ståsted. Samtidig er det viktig å påpeke at helsesykepleierne opplever at tiden og systemet ikke alltid legger til rette for det de opplever som det beste for eleven. Dette handler igjen om hva som bestemmes på eksonivå av ledelsen og hvilke nasjonale faglige retningslinjer (Helsedirektoratet, 2019b) som er gjeldende for helsesykepleierne i skolehelsetjenesten. Hva som skjer på eksonivå har slik helsesykepleierne gitt uttrykk for vært avgjørende for hvordan de bruker både helsesamtalen og «Liv og røre-modellen» i relasjon til elevens livsstil og helse.

Som Thagaard (2018, s. 208-209) uttrykker er vi alle ulike. Med bakgrunn i denne påstanden til Thagaard (2018, s. 208-209) er det mulig at andre forskere ville tolket funnene jeg har gjort annerledes enn hva som fremkommer i denne studien. Det vil allikevel ikke si at studien ikke gir verdifull informasjon. For å styrke funnenes relevans har jeg underveis også forsøkt å presentere teori og forskning som viser likheter eller ulikheter med funnene gjort gjennom denne studien. Det fremkommer flere interessante funn i denne studien som er i behov av mer forskning og ettertanke

Litteraturliste

Andersen, A. J. W. (2018). Psykisk helse. *Store norske leksikon*. Hentet fra

https://sml.snl.no/psykisk_helse

Bratland-Sanda, S. (2018). *Sluttrapport: «Liv og røre i Kragerø»*. Hentet fra

https://www.vtfk.no/globalassets/vtfk/dokumenter/opplaring-og-folkehelse/folkehelse/liv-og-rore/forskning_oppgaver/sluttrapportlivogroreikragero.pdf

Braut, G. S. (2019a). Helse. *Store norske leksikon*. Hentet fra <https://sml.snl.no/helse>

Braut, G. S. (2019b). Helsetilstand. *Store norske leksikon*. Hentet fra <https://sml.snl.no/helsetilstand>

Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development. Experiments by nature and design*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Dalene, K. E., Nystad, W. & Ekelund, U. (2019). Helseeffekter av fysisk aktivitet. *Folkehelseinstituttet*.

Hentet fra <https://www.fhi.no/ml/aktivitet/helseeffekter-av-fysisk-aktivitet/#barn-og-unge>

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving* (5. utg., 2. opplag). Oslo: Gyldendal norsk forlag AS.

Engelstad, F., Grennes, K. E., Kalleberg, R. & Malnes, R. (2015). *Introduksjon til samfunnsfag, vitenskaps teori, argumentasjon og faghistorie*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Finpå, T. G., Kvarme, L. G. & Misvær, N. (2017). Hvem går til helsesøster? *Tidsskrift for ungdomsforskning*, 17(1):54-77. Hentet fra

<https://journals.hioa.no/index.php/ungdomsforskning/article/view/2258/2051>

Folkehelseinstituttet. (2018, 14. mai). Livskvalitet og psykiske lidelser hos barn og unge.

(Folkehelse rapporten 2018.) Oslo: Folkehelseinstituttet. Hentet fra

<https://www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/psykisk-helse-hos-barn-og-unge/>

Folkehelseinstituttet. (2019, 11. september). Overvekt og fedme blant barn og unge (indikator 13).

Hentet fra <https://www.fhi.no/nettpub/ncd/overvekt/ungdom/>

Grimen, H. (2004). *Samfunnsvitenskapelige tenkemåter* (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

Grønmo, S. (2017). *Samfunnsvitenskapelige metoder* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

Gulbrandsen, L. M. (Red.). (2017). *Oppvekst og psykologisk utvikling. Innføring i psykologiske perspektiver* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

Helsedirektoratet. (2010, juli). *Forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme blant barn og unge – Nasjonale faglige retningslinjer for primærhelsetjenesten*. Oslo: Helsedirektoratet.

Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/tema/overvekt-og-fedme>

Helsedirektoratet. (2015, juni). Trivsel i skolen (IS-2345). Hentet fra

https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/trivsel-i-skolen/Trivsel%20i%20skolen.pdf/_attachment/inline/9e76ad2b-14eb-4c5f-bf8b-e157f5efcc06:176ea3b766b3d06407dbd9395c3b1776682c5ab7/Trivsel%20i%20skolen.pdf

Helsedirektoratet. (2017, 23. mai). Psykisk helse og fysisk aktivitet. Hentet fra

<https://helsenorge.no/psykisk-helse/psykisk-helse-og-fysisk-aktivitet>

Helsedirektoratet. (2018a, 1. januar). Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentar. Kapittel 3 – rett til medvirkning og informasjon. § 3-4 *Informasjon når pasienten eller brukeren er under 18 år*.

Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/pasient-og-brukerrettighetsloven-med-kommentarer/rett-til-medvirkning-og-informasjon/informasjon-nar-pasienten-eller-brukeren-er-under-18-ar>

Helsedirektoratet. (2018b, 28. juni). Helsepersonelloven med kommentarer. *Kapitel 5 – Taushetsplikt og opplysningsrett*. Hentet fra

<https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/helsepersonelloven-med-kommentarer/taushetsplikt-og-opplysningsrett#paragraf-21-hovedregel-om-taushetsplikt>

Helsedirektoratet. (2019, 11. november). *Kapitel 5.2 – Helseundersøkelse og helsesamtale*. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten/skolehelsetjenesten-520-ar/helseundersokelse-og-helsesamtale/> PDF link

Helsedirektoratet. (2020, 18. september). *Helsestasjons- og skolehelsetjenesten – Nasjonal faglig retningslinje*. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Folkehelsemeldingen – Mestring og muligheter*. (Meld. St. 19 2014-2015). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-19-2014-2015/id2402807/>

Helsepersonelloven. (2001). Lov om helsepersonell m.v. (LOV-1999-07-02-64, sist endret [LOV-2019-04-10-11](#) fra 01.10.2019). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>

Kolle, E., Steene-Johannessen, J., Sävfenbom, R., Andersen, S. A., Grydeland, M., Ekelund, U., ... Solberg, R.B. (2019). Hovedrapport – School in motion. *Norges idrettshøyskole, Høgskulen på Vestlandet, Universitet i Agder & Universitetet i Stavanger*. <https://www.udir.no/contentassets/00554e6be9104daeb387287132cef1e0/sluttrapport-scim.pdf>

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju*. (3. utg., 4. opplag). Oslo: Gyldendal akademisk.

Larsen, M. H, Christiansen, B. & Kvarme, L. G. (2016). Helsesøsters utfordringer for å fremme elevens livsstil og helse. *Norsk tidsskrift for helseforskning*, nr. 2 -2016, 12. årgang. <https://doi.org/10.7557/14.4042>

Madsen, O. J. (2018). *Generasjon prestasjon. Hva er det som feiler oss?* Oslo: Universitetsforlaget.

- Moen, Ø. L. (2017). Helsesøsters utfordring med psykisk uhelse i skolen. *Sykepleien*, 10.4220/Sykepleiens.2017.64615. Hentet fra <https://sykepleien.no/sites/default/files/pdf-export/pdf-export-64615.pdf>
- Moen, A. (2019). Dialogen med helsesykepleier gir unge mulighet til å påvirke egen helse. *Sykepleien*, 2019;107(77232):(e-77232). [10.4220/Sykepleiens.2019.77232](https://sykepleien.no/sites/default/files/pdf-export/pdf-export-64615.pdf).
- Mæland, J. G. (2010). *Forebyggende helsearbeid. Folkehelsearbeid i teori og praksis* (utg. 3, 2. opplag). Oslo: Universitetsforlaget.
- Neumann, C. B. & Neumann, I. B. (2012). *Forskeren i forskningsprosessen: en metodebok om situering*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Nordstrand, A., Fridlund, B. & Sollesnes, R. (2017). *Helsesøstres erfaringer og rolle. Tidsskrift for helsesøstre*, 2017 (02), 62-69. https://sykepleien.no/sites/default/files/he_2017_2.pdf#Page=62
- Norsk helseinformatikk. (2018, 24. april). Psykiske helseproblemer. Hentet fra <https://nhi.no/symptomer/psyke-og-sinn/psykiske-helseproblemer/>
- Nylenna, M. (2019). Livsstil. I *Store medisinske leksikon*. Hentet fra <https://sml.snl.no/livsstil>
- Raknes, S. (2010). *Psykologisk førstehjelp: ungdom*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Regjeringen. (2014, 16. desember). Verdens helseorganisasjon. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/innsikt/internasjonalt-helsesamarbeid/innsikt/verdens-helseorganisasjon-who/id435126/>
- Regjeringen. (2018, 13. september). Helesøster blir helsesykepleier. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/helsesoster-blir-helsesykepleier/id2610855/>

Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK). (2015). Helseforskning.

Hentet fra

https://helseforskning.etikkom.no/reglerogrutiner/soknadsplikt?p_dim=34997&_ikbLanguageCode=en

Scmidt, S. K, Reinboth, M. S., Resaland, G.K. & Bratland-Sanda, S. (2020). Changes in Physical Activity, Physical Fitness and Well-Being Following a School-Based Health Promotion Program in a Norwegian Region with a Poor Public Health Profile: A Non-Randomized Controlled Study in Early Adolescents. *International Journal of Environment Research and Public Health*. 17, 896.

<https://www.vtfk.no/contentassets/f7733c2e3cde4c9585b7bcedb7f5115e/endringer-i-fysisk-aktivitet-fysisk-form-trivsel-og-livskvalitet.pdf>

Skogen, J. C., Smith, O. R. F., Aarø, L. E., Siqveland, J. & Øverland, S. (2018, juni). Forebygging blant barn og unge. Barn og unges psykiske helse: Forebyggende og helsefremmende folkehelseiltak. En kunnskapsoversikt. (Rapport 2018). Oslo: Folkehelseinstituttet. Hentet fra

https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/barn_og_unge_psykiske_helse_forebyggende.pdf

Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitative metoder*. (5. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

Thornquist, E. (2018). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag* (2. utgave). Bergen: Fagbokforlaget.

Utdanningsdirektoratet. (2019, 25. juni). Yrkesbeskrivelse – Helsesykepleier. Hentet fra <https://utdanning.no/yrker/beskrivelse/helsesykepleier>

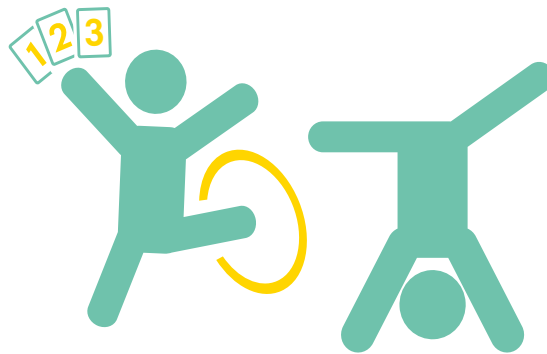
Westhrin, J. B. & Høydal, G. (2019, august). Liv og røre i Telemark – Veileder. Hentet fra https://www.vtfk.no/globalassets/vtfk/dokumenter/opplaring-og-folkehelse/folkehelse/liv-og-rore/veileder-liv-og-rore-i-telemark_august2019.pdf

Tabeller og figurer

Tabell 1- Deler av søkeprosessen.

Figur 1 - Bronfenbrenners utviklingsøkologiske modell (Bronfenbrenner, 2005). Hentet fra Trivsel i skolen, av Helsedirektoratet, juni 2015, s. 14. (https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/trivsel-i-skolen/Trivsel%20i%20skolen.pdf/_/attachment/inline/9e76ad2b).

Vedlegg 1



Liv og røre-bagen



Dette er Liv og røre-bagen

I Liv og røre har vi valgt å legge vekt på verktøy som gir dere mulighet for gode samtaler om fysisk aktivitet, hvile, kosthold og tannhelse.

Liv og røre-bagen* skal oppmuntre til frie assosiasjoner, tanker og diskusjoner, med liten grad av voksenstyring. Bagen kan brukes i skolehelsetjenestens klasseundervisning på barneskolen og på ungdomsskolen i tråd med samarbeidsplanen. På barneskolen er temaet kosthold og sammensetting av matpakke, mens det på ungdomsskolen er et bredere livsstilstema.

Slik bruker du bagen

I bagen finner du to sett med innhold. Innholdet i hovedrommet er for barneskolen, innholdet i siderommet for ungdomsskolen og innholdet i posen skal være med på begge.

Det er mange måter å bruke bagen på, og hver helsesøster kan bruke den på sin måte. Målet er at elevene snakker sammen om livsstilsvalg. Den voksne bør prøve å la elevene reflektere seg frem til egne, gode løsninger.

Noen ideer for undervisningen på barneskolen kan være å la elevene velge ut

- produkter til én sunn og én usunn matpakke
- produkter til hverdagsmat og «en-gang-i-blant»-mat
- produkter til en sunn frokost

Be gruppa diskutere seg frem til hvorfor de velger som de velger!

Noen ideer til undervisningen på ungdomsskolen kan være å la elevene

- diskutere én og én ting; fordeler og ulemper, lag skjema på tavla – den voksne er kun sekretær og ordstyrer
- velge ut tre ting som de oppfatter som bra for imaget og tre ting som er negative – be dem diskutere og undre deg sammen med elevene
- kategorisere alle tingene etter hva de helst vil bruke og hva de helst ikke vil bruke

Som en kort ekstraoppgave på slutten av timen kan du stille spørsmålene

- Hvilke gjenstander er dere mest overrasket over at er i Liv og røre-bagen?
- Hvorfor tror dere at de er her?



Alle foto: Dan Riis

* Live og røre-bagen er et verktøy som er utarbeidet etter inspirasjon fra Skolelaboratoriet i Bergen. Opprinnelig var det en koffert som het Livsstilskofferten, og den inneholdt en rekke ulike elementer som representerte ulike livsstiler.



Innhold for barneskolen

Nugatti
Leverpostei
Brød, grovt og fint
Saft
Melk
Yoghurt
Vaffel
Sjokolade
Kokt skinke

Syltetøy
Boller
Italiensk salat
Gul ost
Brun ost
Frossenpizza
Makrell i tomat
Kjeks
Frokostblanding
Havregryn

Innhold for ungdomsskolen

Energidrikk
Proteinpulver
Mobiltelefon/Ipap
Sovemaske
Nøkkelhullmerke
Kjærlighet på pinne
Bil
Joggesko
Tannpasta
Speil

Disse tingene skal være med både for barneskole og ungdomsskole

Vannflaske, colaboks, hamburger, grønnsak og frukt.

Liv og røre i Telemark

Liv og røre i Telemark skal bidra til bedre læring, trivsel og helse for barn og unge i skoler og SFO.

Det overordnede målet med prosjektet er å bedre levekår blant barn og unge i Telemark fylke.

Prosjektet som bidrar med én time daglig fysisk aktivitet, bedre kosthold og et bedre psykososialt miljø i grunnskolene er på skolens og elevens premisser og tar ikke tid fra fagene.

Samarbeidsprosjekt

Liv og røre i Telemark er et samarbeidsprosjekt mellom Telemark fylkeskommune og Universitetet i Sørøst-Norge, støttet av Sparebankstiftelsen Sparebanken Sør.

Undersøker endringer

Telemark fylkeskommune bidrar med ressurser, kompetanse og gratis kursing. I forskningsdelen av prosjektet blir det på utvalgte ungdomsskoler undersøkt om det har skjedd endringer i elevenes fysiske aktivitet og kosthold og i skolens psykososiale miljø.

Telemark fylkeskommune

www.telemark.no, post@t-fk.no, 35 91 70 00

Universitetet i Sørøst-Norge, Bø

www.usn.no/bo, servicetorg.bo@usn.no, 31 00 80 00

Sparebankstiftelsen Sparebanken Sør

www.sparebankstiftelsensor.no, rune@ordkraft.no, 902 69 600

Du kan lese
mer om Liv og
røre i Telemark på
[www.telemark.no/
liv-og-rore](http://www.telemark.no/liv-og-rore).

Vedlegg 2



Vestfold og Telemark
fylkeskommune
vtfk.no

Postadresse: Postboks 2844, 3702 Skien
Besøksadresser: Fylkesbakken 6, Skien / Svend Foynsgate 9, Tønsberg
Kontakt: 35 91 70 00 / post@vtfk.no



Vestfold og Telemark
FYLKESKOMMUNE



Tips til din matpakke

Det er en god idé å ha variert pålegg samt frukt, bær og grønt lett tilgjengelig hjemme. Middagsrester fra dagen før er også god nistemat. Har du dårlig tid på morgenen kan du lage matpakken kvelden før og la den ligge i kjøleskapet til dagen etter.

Kosthold handler om gode og regelmessig inntak av næringsrik mat gjennom hele dagen. Ved å være litt bevisst på hva du spiser, kan du oppnå mange positive gevinster for helsen din og for prestasjoner på skolen.

Spiser du daglig mat fra de tre punktene nedenfor får du riktig og smart mat hele dagen:

- Grønnsaker, frukt, bær, nøtter og frø
- Grovt brød, grove kornprodukter, fullkornspasta, fullkornsrís, fullkornsnudler og poteter
- Fisk, annen sjømat, kjøtt, ost, egg, bønner, linser, erter og lignende

Velg gjerne nøkkelhullsmerkede matvarer og brød som dekker hele brødskalaen



- Mindre fett
- Mindre sukker
- Mindre salt
- Mer kostfiber og fullkorn



Velg fortrinnsvis full brødskala, ekstra grovt 75-100 %

Matpakke Liv og røre



Denne brosjyren er utviklet av ernæringsrådgiver i HOPP, Horten kommune og utgitt i samarbeid med Vestfold og Telemark fylkeskommune

Kjære elev

En matpakke kan gjøres både spennende, god og næringsrik uten at det trenger å være vanskelig eller mye jobb. Matpakken har mange variasjonsmuligheter, det er bare fantasien som setter grenser.

Eksempler på smart matpakke

- Del opp frukt og grønnsaker (agurk, paprika, gulrot, cherrytomater, blomkål, pære, bær etc.) og legg det i en tett boks
- Grovbrød med pålegg (fisk, kalkun, kylling og annet kjøttpålegg, ost, egg og liknende). Frukt og grønt kan også være pålegg
- Rester fra dagen før, som for eksempel fullkornspita og havrelompe med forskjellig fyll
- Havregryn med frukt eller bær i en liten boks, med for eksempel yoghurt naturell eller yoghurt med mindre tilsatt sukker
- Omelett, eggerøre og kokt egg
- Grove vafler med for eksempel ost og tomat
- Usaltede nøtter i en liten boks

Hva gjør smart mat med deg?

Når du er ung skjer det mye hormonelt med kroppen din, derfor trenger du regelmessig inntak av riktig og smart drivstoff i form av næringsrik mat. Riktig drivstoff gir deg styrke, mer energi, bedre konsentrasjon og overskudd til både skole og andre hverdagsaktiviteter.



Eksempler på mindre smart matpakke

- Boller, kaker, muffins, lefser og lignende
- Sukkerholdig frokostblanding
- Sukkerholdig yoghurt og ulike typer desserter
- Sjokoladepålegg, syltetøy og lignende
- Energidrikk, brus, iste, saft, enkelte typer sjokolademelk og lignende

Hva gjør mindre smart mat med deg?

Du blir fortere trøtt, sliten, ukonsentrert og får lite overskudd til både skolen og andre hverdagsaktiviteter.



Alle foto: Getty Images

Tørst? Drikk vann!

Vann bør være tørstedrikk nummer én!

Vann er nødvendig for at kroppen skal opprettholde normal funksjon, og dekker kroppens væskebehov uten å bidra med unødvendige kalorier. Vann skader ikke tennene, men det gjør sukker, kunstig søtstoff og syreholdig drikke som blant annet brus, juice, saft, iste og energidrikk.

Hva gjør melk og meieriprodukter med kroppen?

Melk og meieriprodukter er viktige kilder til næringsstoffene kalsium og jod. Tre porsjoner daglig, for eksempel ett glass melk, yoghurt naturell og en brødskive med ost, dekker ditt daglige behov for kalsium.

Vedlegg 3

13.11.2020

Meldeskjema for behandling av personopplysninger



NSD sin vurdering

Prosjekttittel

Helsesykepleieres erfaringer med Liv og røre-modellen

Referansenummer

715441

Registrert

22.01.2020 av Susann Hetland Tanum - 222584@student.usn.no

Behandlingsansvarlig institusjon

Universitetet i Sørøst-Norge / Fakultet for humaniora, idrett- og utdanningsvitenskap / Institutt for friluftsliv, idrett og kroppsøving

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Solfrid Bratland-Sanda, solfrid.bratland-sanda@usn.no, tlf: 35952798

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Susann Hetland Tanum , susanntanum@hotmail.com, tlf: 48288407

Prosjektperiode

01.01.2020 - 15.06.2021

Status

23.01.2020 - Vurdert

Vurdering (1)

23.01.2020 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjema med vedlegg 23.1.2020. Behandlingen kan starte.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde:

https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 15.6.2021.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20).

NSD vurderer at informasjonen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1 f) og sikkerhet (art. 32).

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og eventuelt rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Lasse Raa
Tlf. personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

Vedlegg 4

Vil du delta i forskningsprosjektet «Helsesykepleiers erfaringer med helsesamtalen og Liv og røre- modellen».

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å gjøre en kvalitativ studie av hvilke erfaringer helsesykepleiere har med helsesamtalen i 8. trinn og «Liv og røre-modellen» som verktøy for å få oversikt over elevenes livsstil og helse. Dette skrivet gir deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Denne studiens formål er å se nærmere på hvilke erfaringer helsesykepleiere i skolehelsetjenesten har med helsesamtalen og Liv og røre-modellen som et verktøy for å få oversikt over elever på ungdomsskolens livsstil og helse. Helsesykepleiers egne erfaringer og opplevelser knyttet til Liv og røre-modellen for de oppgavene de er pålagt å gjøre i skolehelsetjenesten, samt hvilken rolle de har i det forebyggende- og helsefremmende arbeidet er det studien er ute etter å undersøke.

Masteravhandlingen er normert til 45 studiepoeng. Masteravhandlingens omfang skal være på 80 - 100 sider. Dette gjelder selve oppgaveteksten. I tillegg kommer sammendrag, abstract, forord, innholdsfortegnelse, kildeliste og vedlegg. Opplysningene som innhentes til studien skal brukes i utformingen av denne masteravhandlingen, men noen av opplysningene vil også være av interesse for prosjektet som masterstudenten som utfører denne studien er en del av. Prosjektet heter Liv og røre og er et pågående prosjekt i Vestfold og Telemark fylkeskommune. Det informeres om at masterstudenten er en del av prosjektet i rekrutteringen av informanter og som en del av dette informasjonsskrivet som informantene tildeles.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet/studien?

Universitet i Sør-Øst Norge campus Porsgrunn er ansvarlig institusjon for forskningsprosjektet. Samtidig er studien en del av et pågående prosjekt i Vestfold og Telemark fylkeskommune som heter Liv og røre. **Om «Liv og røre»:**

Liv og røre i Telemark skal bidra til bedre læring, trivsel og helse for barn og unge i skoler og SFO. Prosjektet som bidrar med én time daglig fysisk aktivitet, bedre kosthold og et bedre psykososialt miljø i grunnskolene er på skolens og elevens premisser og tar ikke tid fra fagene.

ASK, retningslinjer for mat og måltider i skole og SFO og retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom

Tiltaket bygger på den forskningsbaserte Active Smarter Kids (ASK-modellen), en modell for fysisk aktivitet i fag som et metodevalg og variasjon i undervisningen. I tillegg bygger den på de nye faglige retningslinjene for mat og måltider i skole og SFO. De sier både noe om gjennomføringen av skolemåltidet og om ernæringskvaliteten i mat og drikke. Holdningsarbeid i samarbeid med tannhelsetjenesten og skolehelsetjenesten er også en del av prosjektet hvor nasjonal faglig retningslinje er sentral i arbeidet. «Liv og røre i Telemark» er et samarbeidsprosjekt mellom Telemark fylkeskommune og Universitetet i Sørøst- Norge, støttet av Sparebankstiftelsen Sparebanken Sør. Det bygger på et forprosjekt fra Kragerø kommune. Telemark fylkeskommune bidrar med ressurser, kompetanse og gratis kursing. I forskningsdelen av prosjektet blir det på utvalgte ungdomsskoler undersøkt om det har skjedd endringer i elevenes fysiske aktivitet og kosthold og i skolens psykososiale miljø.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Utvalget som ønskes til denne studien er helsesykepleiere som jobber i skolehelsetjenesten og som har erfaring fra prosjektet Liv og røre. Ved at studien ønsker å se på helsesamtalen på 8. trinn er det er kriterie at man jobber som helsesykepleier i ungdomsskolen. Utover dette er det ikke satt noen andre inkluderingskriterier.

Kontaktopplysninger innhentes fra prosjektleder i Liv og røre, samt via kommunenes egne nettsider. Via prosjektet vil ansvarlig masterstudent også få muligheten til å bli satt i kontakt med prosjektleder for folkehelsearbeid i kommunene tilhørende Telemark. Ansvarlig masterstudent vil få anledning til å delta på nettverkssamling i tilknytning til Liv og røre for å rekruttere informanter.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i denne studien innebærer det at du blir intervjuet. Intervjuet er estimert til å vare i ca. 1 time. Alle vil bli intervjuet separat og intervjuene vil foregå i et møte mellom informant og forsker alene. Intervjuet vil inneholde spørsmål som kan belyse studiens problemstilling som feks. hvordan du opplever gjennomføringen av helsesamtalen på 8. trinn, hvilke erfaringer du har med Liv og røre-modellen, hvor godt Liv og røre er forankret i skolehelsetjenestens planer i kommunene og hvordan opplever du samarbeidet mellom skolen og skolehelsetjenesten. Det er selvfølgelig frivillig om man ønsker å svare på alle spørsmålene.

Under intervjuet vil det gjøres lydopptak av samtalen og det vil skrives ned informasjon både for hånd og elektronisk. Informasjonene som deles behandles med full konfidensialitet og vil anonymiseres i utformingen av studien. Det vil ikke være mulig å kunne identifisere deg som enkeltperson. All informasjon lagres på en egen server med innloggingsidentifikasjon som kun ansvarlig masterstudent for denne studien har tilgang til.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om deg vil da bli anonymisert. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrevet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Disse vil ha tilgang til informasjonen som innhentes:

- **Behandlingsansvarlig institusjon:** Universitetet i Sør-Øst Norge campus Porsgrunn.
- **Masterstudent:** Susann Hetland Tanum. Ansvarlig for utformingen av denne studien og innhenting av all informasjon som denne studien bygges på.
- **Prosjektleder i Prosjektgruppen for Liv og røre:** Solfrid Bratland-Sanda er leder i prosjektgruppen for Liv og røre.

Det vil kun være ansvarlig masterstudent for denne studien som vil ha tilgang til personopplysninger. Alder, kjønn og hvor lenge man har jobbet som helsesykepleier vil være de

eneste personopplysningene som skal synliggjøres i studien. Alle lydopptak oppbevares med forsvarlighet og skal destrueres så fort materiale er utarbeidet. Notater som føres for hånd og elektronisk vil ikke kunne gi noen personopplysninger som identifiserer deg som person, og vil også oppbevares med forsvarlighet. Deltakerne vil derfor være helt anonymiserte og vil ikke kunne gjenkjennes i publikasjonen.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet skal etter planen avsluttes innen 15.06.2021. Alle opptak vil slettes med forsvarlighet og ingen sensitiv informasjon vil være lagret etter endt prosjektslutt.

Dine rettigheter:

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- få slettet personopplysninger om deg,
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Universitet i Sør-Øst Norge campus Porsgrunn har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- **Universitet i Sør-Øst Norge campus Porsgrunn**
Telefon: 31008000 epost: servicetorg.porsgrunn@usn.no
- **Masterstudent: Susann Hetland Tanum**
Telefon: 48288407 epost: susanntanum@hotmail.com

- **Leder i prosjektgruppen Liv og røre: Solfrid Bratland-Sanda**

Telefon: 35952798 epost: Solfrid.Bratland-Sanda@usn.no

- **NSD – Norsk senter for forskningsdata AS**

Telefon: 55 58 21 17 epost (personverntjenester@nsd.no)

Med vennlig hilsen

Susann Hetland Tanum

Masterstudent

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet: *Masteravhandling - «Helsesykepleieres erfaringer med helsesamtalen og Liv og røre-modellen som verktøy for å få oversikt over elevens livsstil og helse»* og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervjuet
- at informasjonen fra intervjuet brukes i denne studien
- at informasjonen fra intervjuet brukes inn mot prosjekt Liv og røre

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet innen 15.06.2021

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 5

INTERVJUGUIDE

Gjennomføring av intervju

En innledning med hvem jeg som forsker er, bakgrunnen for masterprosjektet og min rolle inn mot Liv og røre. Før intervjuet starter informeres det om frivillighet til å delta og at det er lov til å trekke seg fra studien uten å oppgi noen grunn. Informanten skal signere på samtykkeskjema og få skriftlig og muntlig informasjon om prosjektet og deres rettigheter.

Problemstilling

Hvordan jobber helsesykepleier med elevens livsstil og helse?

- Hvordan benyttes helsesamtalen i relasjon til elevens livsstil og helse?
- Hvordan benyttes Liv og røre-modellen i relasjon til elevens livsstil og helse?

Før vi starter

Litt om deg som informant:

Alder, kjønn og arbeidserfaring.

Beskriv en typisk arbeidshverdag for deg!

Intervjuet

For å få en best mulig flyt og oversikt er spørsmålene strukturert inn under tematiske områder.

Innledende spørsmål

- Hva legger du i begrepet livsstil?
Utdyp gjerne.
- Hva legger du i begrepet helse?
Utdyp gjerne.

Erfaring med verktøy i Liv og røre-modellen

- Hvilken erfaring har du med verktøyet for Liv og røre ved ungdomsskolene? (filmsnutt om Liv og røre, Skolemateksperiment-film fra helsedirektoratet, Matpakkebrosjyrer, Liv og røre-bagen, tannhelseundervisning).
- Hvor godt kjenner du til Liv og røre-modellen?
Utdyp gjerne svaret.
- Hvordan har implementeringen av Liv og røre vært på din arbeidsplass?

Helsesamtalen – gjennomføring og opplevd nytteverdi av samtalen som et arbeidsverktøy

- Hvilke erfaringer har du som helsesykepleier med helsesamtalen som et verktøy for å få oversikt over elevenes livsstil og helse?
- Hvordan gjennomføres og foregår helsesamtalen?
 - er det satt temaer for samtalen?
 - er det noen ting dere som helsesykepleier er pålagt å spørre om?
- Får alle elevene på 8. trinn tilbudet om helsesamtalen?
 - Eventuelt hvorfor/hvorfor ikke
 - Hvis det ikke lar seg gjennomføre: hva er grunnen til det?
- I hvilken grad tematiserer du elevenes erfaringer med Liv og røre i helsesamtalen i 8.klasse?

Erfaringer med Liv og røre modellen som et arbeidsverktøy for å få en oversikt over elevens livsstil og helse

- Hvilke erfaringer har du med liv og røre-modellen som et verktøy for å få en oversikt over elevens livsstil og helse?

Opplevd samarbeid mellom skole og skolehelsetjenesten (både generelt og rundt Liv og røre-modellen spesielt).

- I hvilken grad opplever du at skolen legger til rette for møteplasser med elever og/eller foresatte hvor skolehelsetjenesten kan delta? (Utdyp svarene).
- Hvordan opplever du samarbeidet mellom skolen og skolehelsetjenesten? Hva synes du fungerer bra, hva bør bli bedre?
- I hvilken grad opplever du at skolehelsetjenesten deltar i tverrfaglig samarbeid omkring Liv og røre ved din skole / i din kommune? (avhengig av hvor stor skole/kommune informanten jobber ved).
- Hva tenker du om Liv og røre-modellen som et verktøy for samhandling mellom skolen og skolehelsetjenesten?
- I hvilken grad benyttes du i undervisning av elever ved din ungdomsskole, enten direkte i undervisningen eller indirekte gjennom veiledning/bistand til lærere? Hva tenker du om måten du benyttes på per i dag?

Betydningen av samarbeid mellom skole og skolehelsetjenesten for elevene

- Hva tror du et godt samarbeid mellom skole og skolehelsetjenesten har å si for elevenes livsstil, generell helse, livskvalitet og skoletrivsel? (Utdyp svarene).

Elevenes livsstil og helse

- Hvordan vil du karakterisere elevens livsstil og helse i dag?
- Opplever du at det har vært noen endringer i elevens livsstil og helse over tid?
Utdyp svaret.

Helsesamtalen opp mot Liv og røre-modellen

- Hvis du skulle sette helsesamtalen og liv og røre-modellen opp mot hverandre:
 - Er de komplementære? Eller ikke?
 - Får du bedre oversikt ved å bruke begge
 - Utfyller de hverandre eller hvilke du valgt en av dem fremfor den andre?
- Har du andre verktøy du bruker i arbeidet med elevenes livsstil og helse?

Avsluttende kommentarer

- Hvilke innspill har du til de som utvikler Liv og røre i fylkeskommunen?
- Hvilke andre kommentarer/innspill har du?

Avrundning

Veien videre.

Tusen takk for din deltagelse og for at du tok deg tid til å delta i dette intervjuet!

Vedlegg 6

PROSJEKTBEKRIVELSE SENDT NSD

Universitetet i Sørøst-Norge

Institutt for helse-, sosial og velferdsfag

–

Mastergradsavhandling

Studieprogram: Forebyggende arbeid med barn og unge

PROSJEKTBEKRIVELSE

Problemstilling

Hvilke erfaringer har helsesykepleiere med helsesamtalen i 8. trinn som et verktøy for å få oversikt over elevenes livsstil og helse? Og hvilke erfaringer har helsesykepleier med bruken av Liv og røre-modellen knyttet til dette arbeidet.

Begrunnelse for valg av tema

Valg av tema for denne studien bygger på egen interesse for forebyggende- og helsefremmende arbeid. Da det dukket opp en mulighet for at jeg samtidig kunne være en del av et prosjekt ved navn Liv og røre i Vestfold og Telemark fylkeskommune, valgte jeg å gripe denne sjansen. Liv og røre er et pågående prosjekt i Vestfold og Telemark fylkeskommune. Målet med Liv og røre er å bidra til bedre læring, trivsel og helse for barn og unge i skolene. Hvor man gjennom økt fysisk aktivitet, sunne og inkluderende måltider og bedret psykososialt miljø skal som overordnet mål bedre levekårene (Westhrin, Borge & Høydal, 2019). Begrunnelsen for valg av tema i denne oppgaven er knyttet opp mot prosjektet Liv og røre og helsesykepleiers rolle i prosjektet og skolehelsetjenesten.

De aller fleste barn og unge i Norge rapporterer at de generelt trives og har god psykisk helse. Undersøkelser gjort vedrørende livskvalitet viser til et flertall som er fornøyde med livene sine. Samtidig er det mange som får diagnostisert psykiske lidelser i løpet av barndom og ungdomstid (Folkehelseinstituttet, 2018). Forekomsten av overvekt blant barn og unge i Europa og i Norge ser også ut til å være økende (Helsedirektoratet, 2010). Tall fra barnevekststudien i 2018 viser at andelen 15 år gamle jenter med overvekt eller fedme var om lag 21 %. I 2005/06 var andelen lavere med 16 %. Hos gutter i samme alder ser man derimot en mer stabil kurve med en andel på rundt 13

% med overvekt og fedme i 2018, og andelen gutter med fedme er redusert fra 4 % 2005 til 2 % i 2018 (Folkehelseinstituttet, 2019).

Helsesykepleier har en stor og viktig rolle i det forebyggende og helsefremmende arbeidet. I en studie gjennomført blant 248 helsesykepleier fra hele Norge opplevde helsesykepleierne at de nå møtte flere ungdommer med psykiske plager enn hva de gjorde for fem år siden. Helsesykepleierne i studien vektla at de de måtte være tilgjengelige for ungdommene og at de brukte mer enn halvparten av tiden sin på å bistå ungdommer med psykiske plager (Moen, 2017).

I følge nasjonale faglige retningslinjer er det også sterkt anbefalt at alle barn og unge bør få målt vekt og høyde i skolehelsetjenesten. Målingene skal gjennomføres av helsesykepleier ved skolestartundersøkelsen, 3. trinn og 8. trinn. Hensikten med målingene er å følge utviklingen til det enkelte barnet/ungdommen og til barnebefolkningen generelt. Anbefalingene bygger på verdier om at regelmessige helseundersøkelser gir verdifull informasjon om barn og unges vekt, helse, trivsel, livsstil og ernæringstilstand, og igjen vil bidra til å kunne avdekke avvik eller mistanke om sykdom krever oppfølging eller henvisning (Helsedirektoratet, 2019). Som man forstår er det komplekse og sammensatte arbeidsoppgaver helsesykepleierne møter i sitt daglige arbeid. Primært er det tenkt at helsesykepleier skal jobbe helsefremmende og forebyggende i sitt arbeid (Moen, 2017).

Studiens formål

Denne studiens formål er å se nærmere på hvilke erfaringer helsesykepleiere har med helsesamtalen i 8. trinn som et verktøy for å få oversikt over elevenes livsstil og helse. Studien vil også se på erfaringer knyttet til bruken av Liv og røre-modellen i dette arbeidet. Helsesykepleiers egen opplevelse og erfaringer blir viktige å få frem, samt hvilken rolle de har i det forebyggende- og helsefremmende arbeidet.

Utvalg

Inkluderingskriteriene til informantene som ønskes til denne studien er helsesykepleiere som jobber i skolehelsetjenesten og da spesifikt i ungdomsskolen. Dette begrunnes med bakgrunn i studiens problemstilling, hvor jeg ønsker å se nærmere på erfaringer relatert til helsesamtalen som gjennomføres på 8. trinn. Det er også et krav at informantene jobber i en kommune hvor Liv og røre er implementert. Utover disse kriteriene er det ikke satt noen andre krav for å kunne delta i

studien.

Rekruttering

For å rekruttere informanter vil det sendes ut til mail til helsesykepleiere i Telemark med tilknytning til prosjekt Liv og røre. Gjennom prosjektet har jeg fått tilgang til kontaktinformasjon, samt har jeg anledning til å bruke kommunenes egne nettsider. De aller fleste av kommunene har lett tilgjengelig informasjon om kontaktinformasjon til deres aktuelle helsesykepleiere på deres egne nettsider. Det vil trolig også være aktuelt å kontakte noen via SMS eller over telefon. Via Liv og røre vil jeg også få muligheten til å delta på nettverkssamlinger hvor jeg får anledning til å møte helsesykepleiere. Slike samlinger vil trolig være verdifulle ved at jeg får presentert meg personlig og får anledning til å gi informasjon rundt egen oppgave.

Gjennomføring og metode

Planen er gjennomføring av 4-5 kvalitative semistrukturerte intervjuer med hver enkelt informant for innhenting av informasjon til prosjektet. Formålet med det kvalitative forskningsintervjuet er å forstå verden fra intervjupersonens side. Å kunne få frem betydningen av folks erfaringer og å avdekke deres opplevelse av et fenomen er målet.

Data som samles inn skal håndteres på en forsvarlig måte og informantene vil få skriftlig og muntlig informasjon før intervjuene gjennomføres vedrørende deres rettigheter, samt at data behandles med konfidensialitet. Samtalen vil bli tatt opp på lydopptaker og det vil gjøres notater underveis. Du som informant kan være trygg på at all informasjon som deles behandles i henhold til lover og regulering om oppbevaring og senere destruksjon av materiale. Kjønn, alder og arbeidserfaring er kun de personopplysningene som vil fremkomme i studien. Det vil derfor ikke være mulig å identifisere deg som enkelt person.

Analyse av innsamlet data

I analysen av data som samles inn gjennom intervjuene er det ønskelig å bruke meningskategorisering. Hensikten med analysen er å avdekke meningskattene i de mange sidene med datamateriale. Meningskategorisering innebærer at meningene i lange intervjuuttalelser reduseres til noen utvalgte kategorier. Kategoriene kan være utviklet på forhånd eller som i denne studiens tilfelle vokse frem i løpet av analyseprosessen. Ved bruk av meningskategoriseringen som

analyseverktøy kan man få en god oversikt over store mengder materiale, og lettere sammenligne og utføre hypotesetesting.

Frivillig deltagelse

Ved eventuelle innvendinger fra informantene eller dersom det er spørsmål de ikke ønsker å svare på, står de i sin fulle rett til å kunne nekte dette. Deltagelsen i studien er frivillig og du kan når som helst trekke tilbake ditt samtykke uten at det oppgis noen særskilt grunn.

Prosjektet skal dersom alt går etter planen ferdigstilles innen 15.06.2021.

Med vennlig hilsen

Susann Hetland Tanum

Student

Mail: susanntanum@hotmail.com Telefon: 48288407

Solfrid Bratland-Sanda

Leder for prosjektgruppen i Liv og røre, ansatt ved USN Campus Bø

Mail: solfrid.bratland-sanda@usn.no Telefon: 35952798

Referanseliste

Folkehelseinstituttet. (2018, 14. mai). Livskvalitet og psykiske lidelser hos barn og unge. Hentet fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/psykisk-helse-hos-barn-og-unge/>

Folkehelseinstituttet. (2019, 11. september). Overvekt og fedme blant barn og unge (indikator 13). Hentet fra <https://www.fhi.no/nettpub/ncd/overvekt/ungdom/>

Helsedirektoratet. (2010, juli). *Forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme blant barn og unge – Nasjonale faglige retningslinjer for primærhelsetjenesten*. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/tema/overvekt-og-fedme>

Moen, Ø. L. (2017). Helsesøsters utfordring med psykisk uhelse i skolen. *Sykepleien*, 10.4220/Sykepleiens.2017.64615. Hentet fra <https://sykepleien.no/sites/default/files/pdf-export/pdf-export-64615.pdf>

Westhrin, J. B., Borge, I. E. & Høydal, G. (2019). Liv og røre I Telemark – *Veileder*. Hentet fra <https://www.kragero.kommune.no/f/p1/i72d90664-cecc-4c3e-b747-f9e1f05e8a9a/liv-og-rore-i-telemark-veileder-utkast16112017.pdf>