

MASTEROPPGAVE

PSYKISK HELSEARBEID

Mai 2019

Hjertelig tilstede – om kropp og kroppssyn i skolehelsetjenesten:

En kvalitativ studie



Sittende pike med hodetelefon, 2014 Marit Krogh, Bankplassen Oslo

Tone Nina Høgberget

OSLOMET

OsloMet – storbyuniversitetet

Fakultet for helsevitenskap

Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid

Forord

*Det lille lyset,
ditt eget brennende sinn,
blender deg:
Den som går med løkt i mørket,
han ser ikke stjernene.*

Hans Børli, 1974

Prosessen fram til denne masteroppgaven har vært givende og krevende. En gylden anledning til å fordype seg i tenkning og praksis rundt den levende kroppens ulike dimensjoner. Veien til en sammenhengende tekst har vært utfordrende. På mange måter et ensomt prosjekt, timer med søk i litteratur og ved tastaturet – likevel, det hadde ikke blitt en oppgave uten samspill med andre.

Først og fremst tusen takk til informantene som har brukt av sin tid og delt sine erfaringer; uten dere ingen oppgave. Møtene med dere framstår som et av prosjektets høydepunkt!

Videre stor takk til gode kolleger som har støttet på så mange måter; praktisk, som «piloter» og med gode innspill.

Tusen takk til gruppeveileder Sverre Varvin og medstudentene ved OsloMet. Det har vært gode samtaler, refleksjoner og befriende latter underveis. Studiesamlingene har vært til inspirasjon og oppmuntring.

Sist, men ikke minst, hjertelig takk til veileder Magne Haukland som tålmodig og engasjert har støttet, utfordret og kommet med innspill så prosjektet kom i mål på tross av mine turer innom blindgater og omveier.

Miland, mai 2019, Tone Nina Høgberget

Sammendrag

Bakgrunn: Ungdom og unges helse er gjenstand for omtale i medier og interesse fra politisk hold, og forskning viser til at det kan være grunn til oppmerksomheten. Skolehelsetjenesten har vært under opptrapping, og skal være et lavterskeltilbud til unge med ulike utfordringer. Helse er et sammensatt fenomen, psykiske sider og kroppslige forhold er sammenvevd, skolehelsetjenesten skal ivareta helheten.

Formålet med denne studien var å bidra til å belyse hvordan profesjonsutøvere i skolehelsetjenesten forstår og framstår i møte med ungdom de kommer i kontakt med. Hensikten var å få et innblikk i tenkning, erfaringer og handlinger, sett fra fagpersonenes ståsted og ut ifra en kroppslig synsvinkel.

Teoretiske perspektiver: Prosjektleder er psykomotorisk fysioterapeut, og har sin forankring i NPMF sitt teorigrunnlag. Perspektiver fra dualisme, kroppsfenomenologi, nyere biologisk forskning, ungdomstiden som en viktig fase i identitetsdannelsen, sosiale og kulturelle rammer i det senmoderne, samt Lipskys teorier om «bakkebyråkratiet» benyttes i drøftingen av materialet.

Metode: Det er benyttet et kvalitativt design, inspirert av fenomenologisk og hermeneutisk vitenskapssyn. Datamaterialet er innhentet via to fokusgruppe-diskusjoner med utgangspunkt i en temaliste. Informantene er profesjonsutøvere i skolehelsetjenesten. Det deltok fysioterapeut, psykomotorisk fysioterapeut, lege, psykolog, miljøterapeut og helsesøstre, totalt 12 fagpersoner. Gruppene ble satt sammen av deltagere fra samme tjenestested. Analysen tok utgangspunkt i kvalitativ innholdsanalyse.

Resultater: Det ble identifisert tre hovedkategorier fra det samlede datamaterialet fra de to fokusgruppediskusjonene: «Livet leves i og gjennom kroppen», «Samspill», «Å møtes innenfor rammene».

Oppsummering: Informantene i denne studien viser en sensitivitet for kroppen og dens betydning i arbeidet med elevene. Kropp er tema i mange sammenhenger og på ulike nivåer i møtene med elevene, men ordene med dialog og kunnskapsformidling har forrang i tiltakene for å legge til rette for de unges mestring av egen helse. Samtidig ser profesjonsutøverne et behov for å arbeide med tilnærminger som involverer kroppen i større grad.

Nøkkelord: Psykisk helsearbeid, ungdom, skolehelsetjeneste, kropp, kroppssyn, kropps-fenomenologi, kroppslig tilnærming.

Abstract

Background: Youth health is currently being debated at length in media and attracts interest from the political sphere as well. Research shows that there might be good reasons for this. The school health service has been stepped up and is supposed to act as a lowthreshold service to youth with different challenges. Health is a phenomenon with multiple facets – physical as well as psychological aspects need to be taken into consideration – while the school health services are ment to cater it all. **The intention** with this study has been to shed light on how professional working in the school health services understand and interact with the youth they encounter. The aim has been to gain insight into the thoughts, experiences and actions as they are seen by the professionals themselves and through a bodily perspective. **Theoretical perspectives:** The project leader is a psycomotor physical therapist and has her theoretical foundation in the NPMF. In addition perspectives including dualism, the phenomenology of the body, recent developements in biology, the understanding of adolescence as important in the shaping of identities, the soscial and cultural context of late modernity as well as Lipskys theories of «street-level-bureaucracy» are all taken into account throughtout this study. **Methodology:** A qualitative method, inspired by phenomenology and hermeneutics, has been employed throughtout this study. The data has been collected through two focus-group-interviews, which were based on a set of given topics. The participants were all professionals in the school health service. A total of 12 professionals made up this two groups, consisting of physical therapist, psycomotor physical therapist, medical doctor, psychologist, soscial worker and school nurses. The groups were established with participants from each work place. The analysis undertaken was based on qualitative content analysis. **Results:** Three main categories were identified through the analysis of the content of the interviews. These were «Life is experienced in and through the body», «Interaction» and» «To meet within a framework». **Summary:** The participants in this study show a high degree of sensitivity towards the body and its significance in their work with the pupils. The body is a topic in many contexts and on several levels in the professional`s interaction with the pupils, but words still have the primary role in the measures taken to improve youth`s mastering their own health. At the same time, the professionals identify a need to further develop approaches that will involve the body to a greater degree.

Key words: Mental health care, youth, school health service, body, perceptions of the body, phenomenology of the body, bodily approach.

Innhold

| | |
|---|----|
| 1.0 Innledning..... | 1 |
| 1.1 Bakgrunn for valg av tema og tidligere forskning..... | 1 |
| 1.1.1 Ungdom og helse | 2 |
| 1.1.2 Helsetjeneste for ungdom | 4 |
| 1.1.3 Kroppssyn i psykisk helsearbeid..... | 4 |
| 1.1.4 Litteratursøk | 5 |
| 1.2 Formål og hensikt med prosjektet | 5 |
| 1.3 Tema og forskningsspørsmål..... | 6 |
| 1.4 Oppgavens oppbygning | 6 |
| 2.0 Begrepsavklaringer og teoretiske perspektiver | 6 |
| 2.1 Erfaring | 6 |
| 2.2 Profesjonsutøvere | 7 |
| 2.3 Kroppslig tilnærming..... | 7 |
| 2.4 Kroppsforståelser..... | 7 |
| 2.4.1 Dualisme | 8 |
| 2.4.2 Fenomenologi | 8 |
| 2.4.3 Kroppsfenomenologi..... | 9 |
| 2.5 Mennesket som biologisk organisme | 10 |
| 2.6 Helse | 11 |
| 2.7 Ungdom og identitetsutvikling | 13 |
| 2.8 Identitetsutvikling i det senmoderne samfunnet..... | 14 |
| 2.9 Ære og skam i det senmoderne samfunnet | 15 |
| 2.10 Skolehelsetjenesten..... | 17 |
| 3.0 Metode..... | 17 |
| 3.1 Vitenskapsfilosofiske perspektiver..... | 18 |
| 3.2 Metodiske tilnærminger..... | 19 |

| | |
|---|----|
| 3.3 Valg av tilnærming | 20 |
| 3.4 Valg av metode | 20 |
| 3.5 Utvalg | 21 |
| 3.6 Temaliste og pilotintervju | 22 |
| 3.7 Rekruttering | 22 |
| 3.8 Metning | 22 |
| 3.9 Gjennomføringen av datainnsamlingen | 23 |
| 3.10 Etikk | 24 |
| 3.11 Transkripsjon | 25 |
| 3.12 Analyse | 25 |
| 3.12.1 Eksempler | 27 |
| 4.0 Resultater | 28 |
| 4.1 Informanter og tjenestesteder | 29 |
| 4.1.1 Informanter | 29 |
| 4.1.2 Tjenestested I | 29 |
| 4.1.3 Tjenestested II | 30 |
| 4.2 Livet leves i og gjennom kroppen | 30 |
| 4.2.1 Personen | 30 |
| 4.2.2 Den konkrete kroppen | 31 |
| 4.2.3 Følelser og kropp | 32 |
| 4.3 Samspill | 33 |
| 4.3.1 Forventninger | 33 |
| 4.3.2 Sosial støtte | 34 |
| 4.3.3 Den sosiale kroppen | 35 |
| 4.3.4 Den kommuniserende kroppen | 36 |
| 4.3.5 Å treffe ungdommen der hen er | 37 |
| 4.4 Å møtes innenfor rammene | 38 |

| | |
|---|----|
| 4.4.1 Samfunnsoppdraget, egen faglighet, ressurser og organisering..... | 38 |
| 4.4.2 Når ord ikke er nok | 39 |
| 4.4.3 Kunnskap og erfaringer..... | 40 |
| 5.0 Diskusjon..... | 42 |
| 5.1 Livet leves i og gjennom kroppen. | 42 |
| 5.1.1 Personen..... | 42 |
| 5.1.2 Den konkrete kroppen..... | 43 |
| 5.1.3 Følelser og kropp | 44 |
| 5.2 Samspill | 45 |
| 5.2.1 Forventninger | 45 |
| 5.2.2 Sosial støtte | 46 |
| 5.2.3 Den sosiale kroppen..... | 46 |
| 5.2.4 Den kommuniserende kroppen | 48 |
| 5.2.5 Å treffe ungdommen der hen er | 49 |
| 5.3 Å møtes innenfor rammene | 49 |
| 5.3.1 Samfunnsoppdraget, egen faglighet, ressurser og organisering..... | 50 |
| 5.3.2 Når ord ikke er nok | 51 |
| 5.3.3 Kunnskap og erfaringer..... | 52 |
| 6.0 Avslutning | 54 |
| 6.1 Metodekritikk | 54 |
| 6.2 Oppsummering | 55 |
| Litteraturliste | 56 |
| Vedlegg 1 Vurdering fra REK | |
| Vedlegg 2 Vurdering fra NSD | |
| Vedlegg 3 Brev fra FoU-seksjonen OsloMet | |
| Vedlegg 4 ROS-skjema | |
| Vedlegg 5 Samtykkeerklæring | |

Vedlegg 6 Temaliste

Vedlegg 7 Søkelogger

1.0 Innledning

Hvordan er kroppen integrert i arbeidet med å forstå og møte det enkelte mennesket på en helhetlig måte av profesjonsutøvere i praksisfeltet i psykisk helsearbeid? I denne masteroppgaven i psykisk helsearbeid ved OsloMet ønsker jeg å undersøke kroppssyn hos profesjonsutøvere i skolehelsetjenesten. Hvilken rolle og betydning kroppen har i arbeidet med elever som de kommer i kontakt med, og hvordan de unge møtes gjennom kroppslige tilnærminger er tema. Ønsket er å få kunnskap om tenkning, erfaringer og handlinger, sett fra fagpersonenes ståsted. Thornquist (2009, s. 52-53) peker på at samtidig som de ulike utdanningene innen helsesektoren gir studentene kunnskap om fagutøvelse, sosialiseres de inn i måter å se og forstå mennesket, helse og sykdom på. Grunnlagstenkning er av betydning for hvordan vi forstår og handler i ulike situasjoner. Gjennom refleksjon og drøfting knyttet til fagutøvelse kan underforståtte måter å tenke på belyses, og ved det kan en forstå og utvikle faglig praksis.

1.1 Bakgrunn for valg av tema og tidligere forskning

Største delen av egen yrkeserfaring er fra det som organisatorisk kalles somatisk område, som fysioterapeut i spesialisthelsetjenesten. I somatikken kan utfordringen være å se og gi aksept og rom for det ikke-kroppslige ved mennesket, men innen den delen av helsevesenet kan det ses en økende oppmerksomhet rundt sammenhengen mellom fysisk og psykisk helse (Ottesen, 2011, s. 85). Samtidig utfordres helhetssynet av en kunnskapsutvikling med fokus på prosesser på organ- og celle nivå (Gretland, 2007, s. 17; Thornquist, 2009, s. 93).

Interesse for samhørigheten mellom kropp og sinn har ført meg til videreutdanning innen psykisk helsearbeid, først som psykomotorisk fysioterapeut, så videre til masterstudier i psykisk helsearbeid. En grunnleggende forståelse av kroppen som noe mer enn et rent fysisk legeme; erfarende, både subjekt og objekt, og sinnet som uløselig knyttet til kroppen, er med og danner basis for min fagutøvelse. I den tverrfaglige delen av utdanningen har jeg opplevd et fravær av referanser til kropp og kroppslig perspektiv som har gjort meg undrende, og som har medvirket til at jeg ønsker å gå mer inngående inn i dette temaet. Gjennom møter med ungdom i arbeidet som psykomotorisk fysioterapeut, har jeg fått interesse for ungdom og deres utfordringer og mestringsstrategier.

1.1.1 Ungdom og helse

Det er fokus på ungdoms psykiske helse i den offentlige samtalen, og ungdom selv står fram og forteller at de har det vanskelig. Ofte relatert til krav og forventninger til prestasjon på ulike områder og hvordan man framstår for omverdenen, både konkret fysisk, og sosialt. Et eksempel er TV serien *Jeg mot meg* (Calmeyer, 2016). Økt vurdering i skole og eksponering for vellykkethetsidealer ses som mulige årsaker – i media og blant forskere. Unge trekker fram uoppnåelige idealer for skjønnhet og helse som utfordrende (Eriksen, Sletten, Bakken & von Soest, 2017, s. 61-64, 68). Samtidig er ungdomstiden en fase med store kroppslige endringer, og kropp og utseende er ett av flere områder som er av betydning for i hvilken grad ungdom er fornøyd med seg selv (Ottesen, Øyehaug & Bjorbækmo, 2016), og bør være tema for framtidig forskning (Sletten & Bakken, 2016, s. 8-9). Unges tidsbruk på sosiale medier er økende. (Bakken, 2017, s. 65; Eriksen et al., 2017, s. 89). Offentligheten er bekymret for hvordan dette påvirker ungdoms livskvalitet.

Det foreligger omfattende forskning som beskriver helsemessige forhold hos ungdom og mulig årsaksforklaringer til psykiske helseplager. I Norge har Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA), gjennomført egne undersøkelser på nasjonalt og lokalt nivå (Kvalem & Wichstrøm, 2007, s. 13- 14), og de foretok i 2016 en kunnskapsoppsummering om psykiske helseplager blant ungdom. Studiene baserer seg i hovedsak på populasjonsstudier av egenrapporterte internaliserte plager. Det ser ut til å være stor grad av sammenfall i funn i norske og vestlige studier (Sletten & Bakken, 2016, s. 7) I diskusjonen om mulig årsakssammenhenger trekkes gjerne større samfunnsperspektiver som individualisering og kommersialisering inn (Sletten & Bakken, 2016, s. 18-19) sammen med faktorer i ungdommenes nære miljø. I et notat fra NOVA (Eriksen et al., 2017, s. 13-14) er det belyst mulig årsaksforhold og sammenhenger gjennom analyser av data fra Ungdataundersøkelsen i Oslo 2015 og en kvalitativ studie blant ungdom i Oslo. Den finner at ungdom har reelle psykiske plager og at opplevd stress er en faktor av betydning. De unge angir stress på flere nivåer: I hverdagen, knyttet til framtiden og akutt i aktuelle situasjoner. Stress kjennes i kroppen, følelsene og tankene (Eriksen et al., 2017, s. 59-60).

Forskning tyder derfor på at forekomsten av psykiske vansker og opplevd stress blant ungdom øker (Bor, Dean, Najman & Hayatbakhsh, 2014; Sletten, NOVA/2015; Sletten & Bakken, 2016, s. 42-43). Økningen har vært mest uttalt for unge jenter ifølge Sletten og Bakken, (2016, s.7), mens Bor et al, (2014) finner at utviklingen med hensyn til internaliserte vansker øker for jenter mens funnene for gutter ikke er entydige.

Det ser ut til å være en endring i hvilke ungdommer som har risiko for å utvikle psykiske plager. Det er funnet nedgang i forekomst av kjente risikofaktorer som foreldrevold, mobbing og rusmiddelbruk, noe som kan virke beskyttende mot psykiske plager. Samtidig ser det ut til at ungdom med gode skoleprestasjoner og norske foreldre ikke lenger har samme beskyttelse mot depressive plager som tidligere, og de tradisjonelt sårbare gruppene er kanskje i enda større grad sårbare (Eriksen et al., 2017, s. 14; Sletten & Bakken, 2016, s. 8, 10).

Mellom 15 og 20 % av barn og unge i Norge har nedsatt funksjon på grunn av psykiske vansker. Det er registrert økning i emosjonelle plager, men nedgang i adferdsvansker (Folkehelseinstituttet, 2014, s. 161). Det er indikasjoner på at flere unge havner utenfor skole og arbeidsliv på grunn av psykisk uhelse. 27 % av unge uføre i aldersgruppen 18- 24 år er det på grunn av psykiske helseproblemer (Anvik & Gustavsen, 2012, s. 51-53, 55).

Vanskelig forhold til egen kropp og utseende er en kjent risikofaktor for utvikling av psykiske lidelser (Sletten & Bakken, 2016, s. 76), og ungdommer introduserer selv kropp og kroppspress som tema i en nyere kvalitativ studie (Øgård-Repål, Strand & Karlsen, 2017). En annen kvalitativ studie blant ungdom i Oslo som har undersøkt sammenhenger mellom mediebruk, kroppspress og psykiske plager, finner et nyansert forhold til kropps- og utseendepress, men at det nærmest er tabubelagt å snakke om egenopplevd kroppspress. (Eriksen et al., 2017, s. 7, 10).

De unge framstår på mange måter veltilpasset og den fysiske helsen til norsk ungdom er gjennomgående god. Mange unge oppgir likevel å ha fysiske plager som hodepine eller andre smerter, og bruken av reseptfrie smertestillende er økende (Bakken, 2017, s. 2-4,74-75).

To longitudinelle studier har undersøkt forholdet mellom psykiske vansker og smerter blant ungdom. Lien et. al. (2011) finner i en kvantitativ undersøkelse at smerter i 15/16 års alder er en prediktor for psykiske vansker ved 18/19 års alder, og at faren for å utvikle mentale plager øker med antall smertepunkter. De finner også sammenheng mellom smerteutbredelse og psykiske vansker ved baseline (Lien, Green, Thoresen & Bjertness, 2011). Den andre studien (Wurm, Anniko, Tillfors, Flink & Boersma, 2018) undersøkte forekomst av smerter hos ungdom og utviklet et validert, gradert måleinstrument som tok hensyn til smerteutbredelse, -varighet og -intensitet, samt effekt på deltagelse i aktiviteter på skole, fritid og omgang med venner. De brukte dette verktøyet til å se etter sammenheng mellom opplevde vansker i forholdet til annen ungdom i 7. klasse og forekomsten av muskel-skjelettsmerter i 9 klasse.

De finner at sosiale vansker i forhold til jevnaldrende predikerer utvikling av smertetilstander, særlig for jenter. De finner indikasjon for at bekymring er en medierende faktor.

Stine Kvammen Bjørlykhaug (2016) har i sin masteroppgave, «Psykomotorisk fysioterapi for «Flinke piker»- fysioterapeuters erfaringer og refleksjoner fra klinikken» intervjuet psykomotoriske fysioterapeuter. Hvordan forstår de jentenes situasjon og hva legger de vekt på i behandlingen? Kjønn i klinisk praksis kommer opp som tema siden de aller fleste som henvises til psykomotorisk behandling er jenter. Hun finner at informantene oppfatter at jentene har en selvkritisk overvåking av egen kropp, utseende og prestasjon. I behandlingstilnærmingen legger de vekt på å fremme kontakt med egen kropp, og å normalisere og ufarliggjøre hvordan jentene tenker om og forholder seg til egen kropp, følelsesmessige svingninger og kroppslige reaksjoner på belastninger (Bjørlykhaug, 2016).

1.1.2 Helsetjeneste for ungdom

Det er et organisatorisk skille i norsk helsevesen – oppdelingen i psykiatriske og somatiske tjenester. Dette skillet strekker seg gjennom de fleste nivåer. Fastlegetilbudet og skolehelsetjenesten er viktige komponenter i primærhelsetjenesten. Disse tilbudene er ikke differensiert på denne måten, og kan ses som den primære helsetjenesten med hensyn til både fysiske og psykiske behov. Det er en av årsakene til at det er interessant å gjennomføre en studie innen skolehelsetjenesten.

Det er uttrykt politisk vilje til å styrke skolehelsetjenesten og tilpasse arbeidsformer og innhold til dagens utfordringer fra sentralt hold (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, Kap. 5). Hvordan tilbudet utformes i praksis varierer, og er gjenstand for diskusjon. Det etterspørres forskning om tjenesten (Finpå, Kvarme & Misvær, 2017). Ungdom engasjerer seg fordi elever som trenger hjelp, opplever å komme til stengt dør hos helsesøster (Aas & Syed, 2017).

1.1.3 Kroppssyn i psykisk helsearbeid

Det er lite tilgjengelig forskning som eksplisitt går på temaet kroppsforståelse i psykisk helsearbeid, men temaet er drøftet hos Ottesen (2011) med utgangspunkt i styringsdokumenter for psykisk helsearbeid i en masteroppgave. Et hovedfunn her er at kroppen knapt er tematisert, stort sett tatt for gitt eller glemt, kroppen som levd erfaring er

ikke belyst (Ottesen, 2011, s. 75). Det samme finner Ottesen og Thornquist (2015) som drøfter implikasjoner dette kan ha for praksis. Kropp som begrep er lite synlig, kroppen knyttes hovedsakelig til fysisk aktivitet og/eller somatisk helse, det vises i liten grad til sammenhenger mellom fysisk og psykisk helse, kroppen synes i liten grad sett som kilde til innsikt, mestring og endring. De peker på felt der dette får konsekvenser for organisering og innhold i det psykiske helsearbeidet (Ottesen & Thornquist, 2015). Kroppssyn er av betydning for hvordan ungdom med ulike plager møtes i skolehelsetjenesten (Ottesen et al., 2016).

Det er ikke funnet forskning som fokuserer på forståelsen av kropp hos fagpersoner i psykisk helsearbeid eller i skolehelsetjenesten.

1.1.4 Litteratursøk

Det har blitt foretatt litteratursøk gjennom hele prosjektet. Fagbiblioteket ved Sykehuset Telemark HF og bibliotekjenesten ved OsloMet har bistått med søkeveiledning.

Det er søkt i MEDLINE, PsycINFO, EBSCOHost og Oria. Søkeord som er benyttet, er adolescent, teen or youth, health personnel, school health service, school nurses eller health personnel og bodyunderstanding, -experience, -awareness, -percept eller -attitude i ulike kombinasjoner. Norske søkeord som er brukt er kropp, kroppssyn, kontakt med egen kropp, psykisk helsearbeid og fysioterapi samt ungdom, psykisk helse og skolehelsetjeneste i ulike kombinasjoner. Det er i tillegg brukt pensumlitteratur fra studiet og tatt utgangspunkt i referanselister i annen aktuell litteratur.

1.2 Formål og hensikt med prosjektet

Det kan se ut som om det er grunn til bekymring for unges helse. Som psykomotorisk fysioterapeut er kropp og bevegelse min vei inn i helsearbeidet, også innen feltet psykisk helse. Samtidig er kroppen lite tematisert i psykisk helsearbeid (Ottesen & Thornquist, 2015). Dette er utgangspunkt for at jeg i denne masteroppgaven i psykisk helsearbeid ønsker å undersøke hvordan fagpersoner i skolehelsetjenesten tenker om og forholder seg til kroppen i møte med ungdom som har det vanskelig.

Formålet med studien er å bidra til å belyse hvordan profesjonsutøvere i skolehelsetjenesten forstår og møter ungdom som de kommer i kontakt med. Hensikten er å få et innblikk tenkning, erfaringer og handlinger, sett fra fagpersonenes ståsted med et kroppslig perspektiv.

1.3 Tema og forskningsspørsmål

Tema er: «Hvordan forstår og møter profesjonsutøvere i skolehelsetjenesten elevene de kommer i kontakt med, sett i et kroppslig perspektiv?»

Forskingsspørsmål:

- 1 «Hvordan forstår profesjonsutøverne kroppen?»
- 2 «Hvordan er kroppen tema i arbeidet med ungdommen?»
- 3 «Hvordan benytter profesjonsutøvere i skolehelsetjenesten kroppslige tilnærminger i arbeidet med elevene?»

1.4 Oppgavens oppbygning

Det andre kapitlet utgjør oppgavens teoridel, der begreper, forforståelse og teoretiske perspektiver presenteres. I kapittel tre redegjøres det for metode og metodevalg, samt prosessen med innhenting, bearbeiding og analyse av data. I det fjerde kapitlet presenteres funnene fra studien, før de diskuteres i lys av teori og forskning i kapittel fem. Siste kapittel inneholder metodekritikk og en oppsummering av sentrale funn og peker mot temaer som kan undersøkes videre.

2.0 Begrepsavklaringer og teoretiske perspektiver

Her forklares sentrale begreper og ulike perspektiver på kropp og helse belyses, før det blir gjort rede for teori om ungdom og identitetsutvikling. Deretter trekkes de unges utfordringer i senmoderne, vestlig kulturell sammenheng fram. Videre vil rammene for norsk skolehelsetjeneste bli skissert.

2.1 Erfaring

I kroppsfenomenologien omtales kroppen som «erfarende», nedenfor vil det derfor bli gjort kort rede for vår forståelse av begrepet erfaring. I dagligtale brukes begrepet på flere måter, vi snakker om «å gjøre oss erfaringer, jeg har erfart at, gjennom erfaring lærer vi». Erfaring kan

beskrives som innsikt, modenhet og viten tilegnet gjennom sansning og handling (Bokmålsordboka, 2018; Store norske leksikon, 2011, 2. november). Erfaring omfatter mer enn passiv sansning som å se eller høre, den kan oppstå gjennom handling som for eksempel å bevege seg, eller gjennom opplevelser sammen med andre. Erfaringer har kroppslige, følelsesmessige og tankemessige komponenter, og blir bevisste gjennom refleksjon, og å bli satt ord på. Erfaring oppstår i tid og rom, og eksisterer på to nivåer, i en opprinnelig situasjon og ved at den gjenskapes i liknende situasjoner (Gretland, 2007, s. 27).

2.2 Profesjonsutøvere

Faglighet handler om å ha kunnskaper og erfaring innen et felt og arbeide systematisk for å løse oppgaver som hører fagfeltet til (Glavin & Erdal, 2013, s. 28). En profesjon kjennetegnes ved en bestemt type utdanning og at bare de som har den, kan utøve dette yrket. De har kunnskap og erfaringer som ikke andre har. Samfunnet anerkjenner det. De har rett til å løse visse oppgaver og å avgjøre hvordan de skal løses, samtidig som de må arbeide for å legitimere eget fag og stå til ansvar for yrkesutøvelsen (Thornquist, 2009, s. 328-329). I denne sammenhengen er profesjonsutøvere fagpersoner som er ansatt i skolehelsetjenesten eller har en tilknytning gjennom avgrensede oppgaver og organisatorisk samarbeid.

2.3 Kroppslig tilnærming

Kroppslig tilnærming er ikke et entydig definert begrep, i denne sammenhengen brukes det om bevisst arbeid med kroppssansninger, erfaringer og mestringsmuligheter gjennom ulike former for bevegelse, berøring og aktiviteter sammen med samtale om kroppslige forhold og erfaringer. Dette er i stor grad fysioterapien felt, og skiller seg fra og utfyller annen tilnærming i psykisk helsearbeid der samtalen er sentral (Gretland, 2007, s. 86).

2.4 Kroppsforståelser

Det er to grunnleggende forskjellige måter å forstå og betrakte mennesket på. Den dualistiske; vi består av to forskjellige substanser, sinn og materie, eller monisme, der mennesket forstås som en enhet, enten sinn eller materie, eller ulike former for begge deler (Hustvedt, 2017).

Det kartesianske synet på kropp og kroppsfenomenologien framtrer som to hovedretninger i

forståelsen av kropp. Her vil det bli gjort kort rede for disse sammen med en summarisk framstilling av nyere måter å forstå mennesket som biologisk organisme på.

2.4.1 Dualisme

René Descartes (1596 – 1650) var sentral i utviklingen av rasjonalismen som anses som fundamentet for moderne naturvitenskap. Han var opptatt av å komme fram til grunnlaget for absolutt sikker viten, likevel er han kanskje mest kjent for sin filosofi om kroppens vesen (Thornquist, 2018, s. 21, 27, 28). I følge ham besto mennesket av to ulike substanser: materie og ånd. Den menneskelige kropp er materie, utstrekning er en vesensegenskap ved kroppen, den blir et fysisk og mekanisk objekt, avsondret fra menneskelig bevissthet og erkjennelse som hører menneskets ånd til. (Thornquist, 2018, s. 27). Descartes skilte ikke mellom menneskekroppen og andre levende organismer, mellom levende og døde organismer, eller mellom organisk og anorganisk materiale. Menneskekroppen fungerer som en maskin underlagt mekaniske lover. Dette synet impliserer at kunnskap om kroppen er bygget opp del for del og kan repareres del for del uten konsekvens for helheten eller dens vesen (Thornquist, 2018, s. 38-39). Kroppen ble avpersonifisert, et objekt for personen selv, noe vi har eller bruker, mens subjektet ble kroppsløst og var adskilt både fra kroppen og fra verden (Thornquist, 2018, s. 28, 43, 45). Sjel/bevissthet ble betraktet som en mental, immateriell, ikke konkret substans, og utgjorde den tenkende, erfarende del av mennesket, et kroppsløst subjekt (Ottesen, 2011, s. 27, 28; Skårderud, Stänicke, Haugsgjerd & Engell, 2010, s. 371). Descartes anså at tanken var det eneste sikre fundament for subjektet. Fornuft og tenkning fikk forrang, erfaring og mening knyttes kun til intellekt og tenkeevne; «jeg tenker, altså er jeg» (Thornquist, 2018, s. 30, 42).

Vi kan se spor av den dualistiske forståelsen på ulike felt fortsatt, selv om ingen argumenterer for en slik oppdeling. Den ligger i språket, i klassifisering av sykdom og lidelser, organisering av helsevesenet, i forståelsen av kroppen som et instrument eller et objekt, eller ved hvordan tenkning er overordnet kroppslig sansning (Engelsrud, 2006, s. 27; Thornquist, 2018, s. 43).

2.4.2 Fenomenologi

Mens tidligere vitenskapsfilosofier var opptatt av å etablere objektiv kunnskap, brakte fenomenologien ved Edmund G. A. Husserl (1859- 1938), en dreining mot en subjektiv

forståelse av verden. Husserl var opptatt av hvordan fenomener trer fram gjennom vår bevissthet. Det vises til hvordan menneskets bevissthet er rettet eller intensjonal (Thornquist, 2018, s. 102). Fenomenologien kan også kalles en erfaringsfilosofi, da forutsettes et sansende jeg, erfaring er forstått som noe annet enn en passiv registrering av sansedata. Vår bevissthet er aktivt utvelgende, forventinger, tidligere erfaringer og aktuell situasjon påvirker vår oppmerksomhet og interesse, avgjør hva som kommer i forgrunnen og hva som trer tilbake (Thornquist, 2009, s. 189-190; 2018, s. 108-109).

I fenomenologien understrekes det at mennesket har en tilhørighet til verden, gjennom vår «væren-i-verden» som viser til at vi både er i verden og er en uløselig del av verden, og denne verdenen har mening og betydning for oss. Her kommer begrepet «Livsverden» inn. Det handler om den verden vi lever i til daglig, den som er oss fortrolig, ureflektert. Den anses som vår primære erkjennelsesform, og danner basis for kunnskap, refleksjon og vitenskap. Gjennom å undersøke menneskers livsverden, kan vi bidra til å forstå menneskelig handling og samhandling (Thornquist, 2009, s. 190-191; 2018, s. 109-111).

2.4.3 Kroppsfenomenologi

Maurice Merleau-Ponty (1908 – 1961) videreutviklet fenomenologien ved sin vektlegging av kroppen og omtales gjerne som «kroppens filosof» (Engelsrud, 2006, s. 30). «Den levde kroppen» er et sentralt begrep hos ham. Det viser til at det er som kropp vi opplever verden. Kroppen er eksistensiell, subjektiv, intersubjektiv. Det er gjennom kroppen livet leves og uttrykkes. Subjektet er i verden som kropp før det begynner å reflektere over den (Engelsrud, 2006, s. 30-31; Thornquist, 2018, s. 136).

For Merleau-Ponty innebærer det å være et subjekt det å være i verden som kropp. Gjennom dens persepsjon og åpenhet forholder vi oss til omverden, kroppssubjekter handler og samhandler med hverandre og omgivelsene. Kroppen i dette perspektivet er konkret og situert, befinner seg i rom og tid, og deltar i menneskelig og meningsskapende liv. Levd liv og levd erfaring har en kroppslig forankring (Thornquist, 2018, s. 138-140). Kroppen er vår tilgang til verden, vi er rettet mot verden og blir rettet av det vi opplever i møtet med andre og våre omgivelser (Engelsrud, 2006, s. 31). Når kroppen fungerer, har den ikke vår oppmerksomhet. Den er rettet mot våre handlinger. Ved sykdom eller skade, når vi blir hindret i det vi vanligvis gjør, eller ønsker å gjøre, kommer kroppen i fokus. Balansen mellom subjekt og objekt endres (Thornquist, 2018, s. 141-142).

Mens andre objekter kan være tilstede eller ikke, er kroppen alltid nærværende for oss, det legemliggjorte subjektet. Kroppen er sentrum for erfaring og samtidig synlig for meg selv og andre. Dermed er kroppen tvetydig, aldri et rent objekt i fenomenologien, men alltid samtidig et erfarende kroppslig subjekt. Vi både er og har kropp, vi ser og er synlige, vi berører og blir berørt (Thornquist, 2009, s. 192-193; 2018, s. 140-141). Det dreier seg om en dobbeltstruktur. Kroppens tvetydighet illustreres ofte med hvordan det er når jeg griper min venstre hånd med den høyre, da erfarer den berørte kroppsdel selv berøringen, vi er samtidig både subjekt og objekt. Dette skiller oss fra andre objekter (Thornquist, 2018, s. 145-146).

Vi har tilgang til verden på to måter, gjennom persepsjon og gjennom handling. Sansning og handling står i et gjensidighetsforhold til hverandre (Thornquist, 2009, s. 194; 2018, s. 143). Samtidig er persepsjon forbundet med personens historie, levd liv avleires i kroppen, både vår sansning og våre uttrykk er preget av vår historie. Det vi erfarer og gjør blir en del av vår kroppslighet, selv om ikke alt vi opplever og gjør foregår på et bevisst og villet plan. Kroppen har en forståelse som ikke alltid er uttrykt i ord, kroppslige vaner og væremåter internaliseres og danner basis for personens selvpresentasjon, identitet og selvfølelse (Thornquist, 2018, s. 156-157).

I kroppsfenomenologisk forståelse er følelser ikke noe som er i psyken, eller utenfor kroppen, følelsene er i kroppen. (Engelsrud, 2006, s. 31). Det er en samtidighet mellom kropp og følelser, følelsene er i kroppen, i gestene, og andre menneskers kropper og bevegelse oppfattes som meningsfulle (Thornquist, 2009, s. 194; 2018, s. 154-155). Emosjonelle prosesser og tilstander har et biologisk grunnlag i menneskekroppen (Gretland, 2007, s. 72).

2.5 Mennesket som biologisk organisme

Forholdet mellom menneskekroppen og menneskesinnet, hvordan hjernetilstander og psykologiske tilstander er relatert til hverandre, er et åpent spørsmål som berører flere fagfelt ifølge Hustvedt (2017). Nevropsykologen Damasio har vært en viktig bidragsyter i å knytte biologi og psykologi sammen.

«Det er ikke bare skillet mellom sinn og hjerne som er mytisk: skillet mellom sinn og kropp har sannsynligvis like lite med virkeligheten å gjøre. Sinnet bor i kroppen i ordets fulle betydning, ikke bare i hjernen» (Damasio, 2001, s. 126 i Sletvold, 2005).

I følge ham er både følelser, empatisk og moralsk adferd samt målrettet tenkning avhengig av at hjernen får kontinuerlig oppdatering om kroppens tilstand. Bevissthet oppstår som en følelse av hva som skjer i kroppen i møte med inntrykk fra omgivelsene, og bevissthet har alltid både en emosjonell og en kognitiv side. Emosjoner brukes av Damasio om observerbare kroppslige, gjerne ubevisste, uttrykk, mens følelser er subjektive fornemmelser (Sletvold, 2005).

Emosjoner er ikke bare sosiale fenomener som er meningsbærende mennesker imellom, men også kompliserte biokjemiske responser på omgivelsene for å holde organismens indre i balanse, allostase (Gretland, 2007, s. 72-73). Denne balansen utfordres av langvarige eller sterke trusler mot organismens eksistens eller integritet. Det betyr at det som vår kultur har kalt henholdsvis fysiske og psykiske påkjenninger begge kan føre til autonom, hormonell, immunologisk og genetisk overbelastning og bidra til en rekke lidelser ved å skape eller forverre biologisk sårbarhet hos individet (Getz, Kirkengen & Ulvestad, 2011).

Forståelsen av den levende organismen som et hele har fått større plass i biologisk tenkning de seinere årene. Forskning viser at, og hvordan, erfaringer og tolkninger påvirker biologien. Epigenetikk handler om hvordan gener påvirkes av ytre og indre stimuli, hvilke deler av DNA som kommer til uttrykk påvirkes av erfarte og fortolkede forhold. Genomet er fastlagt, mens epigenomet er skiftende i ulike stadier og vev (Getz et al., 2011). Belastninger på hele organismen endrer genuttrykket, erfaringer kroppsliggjøres helt konkret (Hustvedt, 2017).

2.6 Helse

Det er ulike forståelser av hva helse er. Den er en taus bakgrunnsrytme i livet, en likevektstilstand, vi merker den ikke før den blir forstyrret ved sykdom. Likevel er den mer enn fravær av sykdom; Den er grunnlag for vår livsutfoldelse (Gadamer, 2003, s. 19-21). I denne beskrivelsen kommer det eksistensielle og komplekse ved helse fram. Dette er viktige sider ved helse på individnivå og som bakgrunnsforståelse i klinisk arbeid. WHO sin definisjon av helse er: "The state of complete physical, mental, and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity" (World Health Organization, 1948, s. 1). Her sees helse som noe mer enn fravær av sykdom; helse handler om livskvalitet. Som hos Gadamer trekkes både kroppslige og psykologiske forhold inn. Det presiseres at mennesket er situert i en fysisk og sosial situasjon. Den er egnet som utgangspunkt for å drøfte helse på gruppenivå (Hjort, 1982) Samtidig kan den kritiseres for å være utopisk ved at helse relateres til totalt

velvære. Disse måtene å definere helse på, viser det komplekse ved helse og helsearbeid, og trekker fram grunnleggende innhold i begrepet som det er viktig å ha med seg i helsepolitisk arbeid. Samtidig kan disse definisjonene være lite egnet til å utforme konkrete helsetiltak utfra. Operasjonaliseringer av helsebegrepet som tar utgangspunkt i diagnoser og lidelser kan være mer egnet til å overvåke trender og utvikling i helsetilstanden til en befolkning, samt vurdere effekten av intervensjoner og utforme konkrete helsetilbud.

Psykisk helse kan være vanskelig å forstå og avgrense begrepsmessig, (Skårderud et al., 2010, s. 29). Den er noe mennesker erfarer, og er relatert til fysiske, sosiale og eksistensielle forhold. Den erfares både kroppslig og eksistensielt (Karlsson & Borg, 2013, s. 18-23). Psykisk helse er i samspill med våre livsbetingelser. Relasjonelle forhold og sosial omgang, boforhold, arbeid/utdanning, økonomiske faktorer og fritidsaktiviteter spiller inn. Den er dynamisk i forhold til tid og livsfaser (Karlsson & Borg, 2013, s. 18-19; Skårderud et al., 2010, s. 29-35).

Følelser, positive og negative, hører menneskelivet til, smerte og lidelse likedan. Både fysisk og psykisk. Psykiske vansker, psykiske problemer, psykisk uhelse, psykisk lidelse kan beskrives langs et kontinuum, der vanskelige tanker og følelser går fra å være håndterbare til å bli så framtrødende at det blir hemmende for livsutfoldelse (Skårderud et al., 2010, s. 29-35). Når symptombelastningen overstiger en viss grense med hensyn til endringer i tenkning, følelser og adferd kombinert med psykologisk smerte eller redusert fungering, og det kan stilles en diagnose, snakker vi om psykiske lidelser og sykdom (Mathiesen, 2007, s. 17).

Fugelli og Ingstad (2001) har undersøkt nordmenns forståelse av helse. Den oppfattes som et helhetlig, pragmatisk og individuelt fenomen. God helse knyttes til humør, mestring, overskudd av energi, tilgang til natur, funksjon. Forventninger og krav er relatert til stadier i livsløp og til livshendelser (Fugelli & Ingstad, 2001). Helse forstått på denne måten er et åpent og dynamisk begrep, hvor en ser psykiske og somatiske forhold som ulike dimensjoner ved samme fenomen, hvor helse også er avhengig av relasjonelle forhold, både på individnivå, i familie og samfunn. Dette er i tråd med Hjort (1982, s.16) sin enkle definisjon av helse: «Helse er overskudd i forhold til dagens krav». Her vil jeg forholde meg til helse som et åpent begrep som rommer både kroppslige og psykologiske forhold, der biologiske, psykologiske og sosiale forhold påvirker hverandre i et gjensidig samspill. Noen steder vil jeg finne det hensiktsmessig å presisere de ulike dimensjonene.

2.7 Ungdom og identitetsutvikling

Ungdomstiden kan være en krevende periode. Barndommen avsluttes og forberedelsene til en selvstendig og uavhengig tilværelse der den unge også finner sin plass i samfunnet, står i fokus. Perioden er kjennetegnet av store endringer i kropp, seksualitet og identitet (Erikson, 2000, s. 254-255; Tetzchner, 2012, s. 679-680).

Puberteten kommer samtidig med en avsluttende, økt kroppsvekst. I tilknytning til disse endringene følger ofte en motorisk klossethet og en økt bevissthet om seg selv (Tetzchner, 2012, s. 680). Kroppsselve er vårt første utkast til identitet. Pubertetens biologiske prosesser og store kroppslige forandringer fører til en identitetskrise. Det aktiveres psykologiske prosesser der den unge arbeider aktivt med å definere seg selv. Det skjer en utvikling av kognitive strukturer. I disse prosessene oppstår det økt emosjonalitet, selvgranskning, følelsesmessig ambivalens. Det er ikke nødvendigvis samtidighet i utvikling av en fysisk moden kropp og kognitiv og emosjonell utvikling (Skårderud, 1994, s. 175-176).

Den endrede kroppen påvirker ikke bare ungdommenes opplevelse av egen kropp og eget selv, men også hvordan de møtes av andre. De unge møtes av forventninger om å fylle nye sosiale roller (Skårderud, 1994, s. 175-176; Tetzchner, 2012, s. 681-682). Denne markerte overgangstilstanden gir muligheter for å oppleve seg selv og andre på nye måter. Det innebærer både en sårbarhet og et potensial for godt endringsarbeid. Målet i vestlig kultur er selvstendighet og autonomi. Det krever at relasjoner formes på nye måter samtidig med at den unge blir mer selvstendig (Bengtson, 2011, s. 209-218).

Erik Homburger Erikson (1902 – 1994) sine teorier har vært sentrale i forståelsen av ungdom i den psykodynamiske tradisjonen (Skårderud, 1994, s. 177; Tetzchner, 2012, s. 682). Han så utvikling av personlighet som en prosess der biologi og erfaringer virker sammen. Det er gjennom håndtering av emosjonelle konflikter i samspill med omgivelsene identitetsdannelsen skjer. Prosessen er livslang, men ungdomsalderen er spesielt viktig (Erikson, 1982, s. 20-24; Tetzchner, 2012, s. 513-514). Mennesket går gjennom faser preget av kriser i individets relasjoner med den sosiale verden. Ungdomsårene er den femte fasen og handler om å utvikle egen identitet. Nå er ikke identifiseringen med foreldrene tilstrekkelig, den unge danner nye relasjoner med andre i sin søken etter identitet og mening. Erikson (2000, s. 149-158) kaller denne fasen et psykososialt moratorium, ikke en krise i egentlig forstand, men en mellomfase der den unge skal foreta valg med hensyn til yrkesvei, verdimeslige standpunkt og sosiale roller. De prøver ut ulike roller, noe som medfører skifte i holdninger og væremåter. En god

gjennomlevelse av ungdomsalderens sosiale kriser gir en sikker identitet og forutsetninger for å kunne etablere varige relasjoner i voksen alder (Erikson, 1982, s. 121-128). Utforskning av egen seksualitet er en del av prosessen. Seksualitet i ungdomstiden er i stor grad selv- og identitetssøkende der begge parter leter etter seg selv. Å bli voksen innebærer å utvikle evne til nærhet og intimitet på en slik måte at det er mulig miste seg selv i det intime møtet med en annen kropp og sjel (Erikson, 1980, i Salomonsen, 2002, s. 92-93).

I sitt forord til *Barndommen og samfunnet* (2000), peker Mary Theophilakis på at Eriksons teorier var banebrytende i sin tid med vektleggingen av gjensidigheten i samspillet mellom barnet og omsorgsgiverne, sett i kombinasjon med ytre rammer som oppvekstvilkår og samfunnsforhold. Det kan trekkes linjer fra hans tenkning til senere utviklingspsykologiske teorier via tilknytningsteori, selvpsykologi og intersubjektivitetsteori (Erikson, 2000, s. 15-21). Eriksons teorier anses som standardteorier, men hans begreper kan være mindre egnet til å forstå identitet i det senmoderne samfunnet, med en kultur som selv er i stadig endring. Identitet blir da heller noe som prøves ut etter vekslende sosiale kontekster enn en kontinuerlig prosess (Skårderud, 1994, s. 177; Tetzchner, 2012, s. 687).

2.8 Identitetsutvikling i det senmoderne samfunnet

Den unges identitetsdannelse og livsvalg foregår innen sosiale og kulturelle rammer. Med det moderne som representerer overgangen til industrisamfunnet, kom oppbrudd fra tradisjoner og kollektiver hvor individene hadde og var seg bevisst sin plass innenfor fellesskapet. Bånd til familie, sosial klasse og region ble løsere. Det var en bevegelse fra bygd til by, men fortsatt var livsløpet lineært. En individualiseringsprosess der individet ble fristilt fra tradisjoner og kulturelle forestillinger startet. Individene fikk valgmuligheter, men også krav om å velge på egne vegne. Det sen- eller postmoderne samfunnet preges av kompleksitet og usikkerhet. Risiko og usikkerhet har erstattet den framtidstro som var bærende i moderniteten. Sannhet er blitt relativt. Livsløp er erstattet av komplekse og usikre livslinjer (Frønes, 2002, s. 70). Risikosamfunnet er et begrep som benyttes og viser til at det handler om en strukturell egenskap ved det postindustrielle samfunnet (Beck, 1997, i Frønes, 2002, s. 70).

Individualisering innebærer at individet i stor grad stilles fritt fra forventinger fra samfunnsklasse, familie og lokal kultur når det skal finne sin plass i samfunnet og gjøre sine valg i forhold til utdanning, yrke, bosted, partner. Dette er ikke bare en mulighet, men et krav og en forventning. Den unge skal gjøre disse valgene på grunnlag av egne verdier og

vurderinger. Mulighetene er uante, det gjelder å gjøre de rette valgene i sitt liv og ansvaret for å lykkes ligger på det enkelte individet. Samtidig er individene mer sårbare ved at gjensidig forpliktelse og solidaritet er svekket ved individets fristilling fra det kollektive og den økte mobiliteten i samfunnet (Vetlesen & Henriksen, 2003, s. 20-24). Det gir frihet, men også fare for avmektighet og ensomhet (Thornquist, 2009, s. 84).

Bevegeligheten i samfunnet og takten i de kulturelle endringene øker i det senmoderne samfunnet. Det kommer til uttrykk konkret i utforming av samfunnsstrukturer, men også i kommunikasjonsformer, verdiforestillinger, forståelse av selvet. I kravet om stadige fornyelser, ligger det et tap av fortid og kontinuitet som utfordrer vår evne til forpliktelse, våre relasjoner til andre, og vår opplevelse av et varig selv (Vetlesen & Henriksen, 2003, s. 24-27).

Sosiologen Ulrich Beck (1944-2015), peker på at det parallelt med individualiseringen skjer en standardisering (Vetlesen & Henriksen, 2003, s. 24-25). Når fellesskapene brytes ned og individene står alene, oppstår det en markedsavhengighet som bevirker standardisering og utenfrastyring. Endringer på makronivå som arbeidsledighet, endringer i trygdelovgivning, offentlig økonomi, treffer individet mer direkte enn tidligere, samtidig som de er mer sårbare fordi de står alene. Markedskrefter legger grunnlag for konkurranse mellom individene heller enn samarbeid.

Raske samfunnsendringer fører til uklare rammer for identitetsdannelsen, noe som igjen bidrar til en dreining fra indrestyrte til ytrestyrte kulturer. Når det blir vanskeligere å kjenne seg selv innenfra, må en erfare seg selv utenfra. Da blir sammenligningen med andre og tilpasningen til regler og verdier viktig for å definere seg selv (Skårderud et al., 2010, s. 375). Dette forsterkes av at forventninger til egne erfaringer og opplevelser skapes gjennom sekundærerfaringer som presenteres i ulike medier. Det dannes maler som egne opplevelser skal leve opp til (Vetlesen & Henriksen, 2003, s. 21).

2.9 Ære og skam i det senmoderne samfunnet

Når den unge skal finne sin plass i samfunnet, kommer motsatsene ære og skam opp som tema. Begge har en kulturell komponent og en følelses- og opplevelseskomponent. Skammens betydning har vært tydeligere i det offentlige rom i den senere tid, også i forhold til ungdom. Et eksempel er TV-serien *Skam* (Andem, 2015), et annet er *Skammens ansikter* (Engelstad, 2018). Ære er knyttet til sosial kapital; nettverk, symbolsk kapital, som handler om plassering

på den sosiale og kulturelle rangstigen, og renommé som refererer til individuelt omdømme på spesifikke arenaer. Ære i det moderne handler om å konstruere seg selv og sin sosiale identitet. Penger er en indikator sammen med prestisje og renommé. Vennskap, kjærlighet og relasjoner er andre indikatorer. Ensomhet blir tegn på mislykkethet og gir grunnlag for skam (Frønes, 2002, s. 73-78). Kroppen har en særstilling i forhold til skam. Kroppen er både objekt og symbol. Vi skammer oss over kroppen, men den er også scene for andre skammer – den forteller om selvkontroll, eller manglende sådan (Skårderud, 2002, s. 47; Thornquist, 2001).

Skam og ære er knyttet til oppnåelse i komplekse sosiale og kulturelle sammenhenger der tegn og koder er tvetydige. I vestlig kulturkrets er skammen ikke lenger knyttet til posisjon, familie og tradisjon, men til prestasjon, identitet, selvbilde. Ulike miljøer vil ha ulike tegn og koder for ære og skam. Ikke minst i ungdomsmiljøer kan vi se hvordan manglende mestring av koder som klær, språk, eller logikk kan gi grunnlag for skam, eller risiko og redsel for skam. Følelsen av skam kan oppstå uten grunnlag i den aktuelle konteksten, samtidig som forflytning fra et miljø til et annet kan gjøre at handlinger skifter verdi i forhold til skam. I usikkerhetssamfunnet kan man tillegges skam uten å vite hvorfor, eller nettopp fordi man ikke vet (Frønes, 2002, s. 69-79).

Skam i et sosiologisk perspektiv er en mekanisme for sosial kontroll, og er knyttet til den andres vurdering, eller det det man tror er den andres vurdering (Frønes, 2002, s. 73-79). Skam sett i et psykologisk perspektiv kan forstås som en beskyttelse, en regulering av intimiteten med den andre. Den kan beskytte mot invadering og hjelpe til med å bevare relasjoner og identitet. I senmoderne kultur er avsløring og avtabuisering et ideal, mens skammen historisk sett har bidratt til å skille mellom hva som er offentlig og privat (Skårderud, 2002, s. 38, 48). Den vonde skammen som følelse handler om en opplevd feil eller svakhet ved selvet, selvfølelsen rammes. Selvfølelsen henger sammen med opplevelsen av å leve opp til idealer. Det moderne menneskets ideal er selvrealisering og autonomi i et samfunn der det meste er mulig, det dreier seg om å skape seg selv. Disse idealene har uklare premisser, normene for skam er flyttet fra det kollektive til det individuelle, og individualiseringens og selvpresentasjonens krav er komplekse. I konflikt med kravet om selvrealisering, kjenner også det moderne mennesket på avhengigheten av de andre, og den er skambelagt og dermed vanskelig å dele (Frønes, 2002, s. 77; Skårderud, 2002, s. 49).

2.10 Skolehelsetjenesten

Kommunenes ansvar for helsefremmende og forebyggende arbeid blant barn og unge er hjemlet i lovverket (Helse-og omsorgstjenesteloven, 2011, §3,1 og §3,2), og det foreligger en nasjonal faglig retningslinje for dette arbeidet (Helsedirektoratet, 2018).

Skolehelsetjenesten anses som den viktigste helsetjenesten for ungdom (Sosial-og helsedirektoratet, 2007, s. 36), og har i perioden 2014-2016 vært gjenstand for en opptrapping fra regjeringshold gjennom en økning i kommunenes frie midler med mulighet for et øremerket tilskudd i tillegg (Haugan & Hartvedt, 2016, s. 5). Tilbudet skal være tverrfaglig og ha et helsefremmende og helhetlig perspektiv (Sosial-og helsedirektoratet, 2007, s. 62-64). I 2016 dekker helsesøstre nær tre av fire årsverk i ungdomsskolen, og fire av fem årsverk i videregående skole (VGS), mens psykolog/spesialist i psykisk helse utgjør den nest største gruppen med henholdsvis 7,5% i ungdomsskolen og 8,7% i VGS. Fysioterapeuter utgjør 3,5 % og leger 1,9 % i ungdomsskolen. I VGS er andelene 2,1 % og 1,1 %. (Haugan & Hartvedt, 2016, s. 15-16).

Tjenesten skal være lavterskeltilbud til alle unge og kan ha en sentral rolle i arbeidet for unges psykiske helse. Den kan oppsøkes på eget initiativ, og er ofte den unges første kontakt med helsetjenesten (Sosial-og helsedirektoratet, 2007, s. 36). Skolehelsetjenesten brukes av nær halvparten av ungdomsskoleelevene i en undersøkelse gjennomført i Oslo, og nesten en av ti hadde brukt tjenesten tre ganger eller mer de siste 12 månedene. Jenter oppsøker tjenesten noe oftere enn gutter (Finpå et al., 2017). Den brukes særlig ved depressive plager og mobbing, men også ved fysiske plager, da særlig av gutter (Finpå et al, 2017). Tilbudet benyttes uavhengig av brukernes sosiale status og geografi (Sosial-og helsedirektoratet, 2007, s. 36).

En kvalitativ norsk studie som har undersøkt hvilket omfang arbeidet i forhold til psykiske plager har, fant at de fleste helsesøstre brukte mer enn halvparten av arbeidstiden på å hjelpe ungdom med internaliserte psykiske plager eller mellommenneskelige vansker (Skundberg-Kletthagen & Moen, 2017).

3.0 Metode

Her vil det bli gjort rede for bakgrunnen for valg av metode, metodiske overveielser og gjennomføring av prosjektet.

3.1 Vitenskapsfilosofiske perspektiver

Vitenskapsfilosofi omhandler tenkning om hva kunnskap er, hva vi kan vite og hvordan kunnskap dannes, – epistemologi, eller erkjennelseslære, og vesenslære. Vesenslære, ontologi, handler om *det* vi kan ha kunnskap om, om det som finnes i verden, dets natur og egenskaper. Ontologiske spørsmål dreier seg om hva noe er, dets egenskaper og beskaffenhet. Hva er et menneske? Hva er kropp? Hva er helse? (Thornquist, 2018, s. 16). Slik sett er spørsmålene denne oppgaven ønsker å belyse dels av ontologisk karakter.

Helsefaglig kunnskapsutvikling trekker veksler på naturvitenskap, de humanistiske fagene og samfunnsvitenskap. Disse tilnærmingene representerer to grunnleggende ulike vitenskapssyn (Thomassen, 2006, s. 44). Det positivistiske paradigmet har sitt opphav i naturvitenskapene, mens det fortolkende, eller hermeneutiske, har røtter fra humanvitenskapene. Vi kan si at de har ulike gjenstandsområder, men også ulik forståelse av hva vitenskap er, og hva vi kan ha kunnskap om. Er kunnskap bare det som kan veies, måles og kategoriseres, eller kan vi også ha viten om menneskelige forhold (Thomassen, 2006, s. 45)?

I fenomenologien som kunnskapsteoretisk tilnærming, danner menneskets levde erfaringsverden, livsverden, grunnlaget for teoretisk og vitenskapelig forståelse. (Thomassen, 2006, s. 83-85; Thornquist, 2018, s. 22-23). Fokus i fenomenologisk tilnærming er å beskrive essensen og det meningsbærende i det vi står overfor. For å kunne det, er det nødvendig å sette teorier og egen forforståelse i parentes for å motvirke forutinntatthet og kunne forstå noe nytt ved fenomenet. (Malterud, 2017, s. 28-29; Thomassen, 2006, s. 83-85).

Hermeneutikk er i utgangspunktet en fortolkningslære der vilkår for fortolkning og forståelse av tekst er tema. Gjenstandsfeltet er utvidet til å omfatte alle skriftlige tekster og andre former for meningsfulle uttrykk (Thornquist, 2018, s. 22-23). Tre sentrale begrep i hermeneutikken er fordom, forståelseshorisont og hermeneutisk sirkel. Fordom refererer til at vi aldri møter fenomener forutsetningsløst. Forståelseshorisont kan med Thornquist (2018, p 170) sammenfattes slik: «Kortfattet kan vi si at begrepet forståelseshorisont omfatter alle våre samlede oppfatninger, erfaringer og forventinger». Den hermeneutiske sirkel, eller pendel, viser til den prosess der forståelse oppstår i en pendling mellom helhet og del. Ny forståelse av del gir ny innsikt i helhet, som igjen kaster nytt lys på del. (Malterud, 2017, s. 28; Thomassen, 2006, s. 86-92; Thornquist, 2018, s. 170-172).

3.2 Metodiske tilnæringer

Metode i forskningssammenheng betyr strategier for systematisk innsamling og tolkning av data (Malterud, 2017, s. 30). Et hovedskille går mellom kvantitative og kvalitative metoder (Johannessen, Christoffersen & Tufte, 2016, s. 239). I den positivistiske tradisjonen er målet for kunnskapsdannelsen gjerne å forklare fenomener, finne årsakssammenhenger eller teste hypoteser. Denne tradisjonen danner grunnlag for kvantitative metoder. Kvantitative funn samles inn ved mer formaliserte prosedyrer, uttrykkes som tall og analyseres statistisk. Det er et mål å utvikle generaliserbar kunnskap, kunnskap om det allmenne, som kan overføres fra utvalg tilbake til utgangspopulasjon (Johannessen et al., 2016, s. 239). Kunnskapsdannelsen er kumulativ, og det er et ideal at forskeren skal være objektiv, distansert og nøytral (Drageset & Ellingsen, 2009; Johannessen et al., 2016, s. 251).

Den fortolkende tradisjonen søker å forstå fenomener, og en ser etter egenskaper eller mønstre ved enkelttilfeller som har overføringsverdi til liknende situasjoner (Johannessen et al., 2016, s. 47; Malterud, 2017, s. 30-40; Thomassen, 2006, s. 42-45). Kvalitative metoder er forankret i det fortolkende paradigme. Her er en grunnforståelse at verden oppfattes ulikt, avhengig ståsted, innenfor historiske og sosiokulturelle rammer. Subjektivitet anerkjennes og undersøkes (Malterud, 2017, s. 19; Thornquist, 2018, s. 33, 235). Det som forskes på, må forstås kontekstuellt, som forsker må en være bevisst egen forforståelse, og gjøre denne kjent (Malterud, 2017, s. 17,19; Thornquist, 2018, s. 259). Nettopp her ligger noe av utfordringen i den kvalitative forskningen.

Kunnskapsutviklingen skjer gjennom systematisk innsamling, organisering og fortolkning av tekstdata, eventuelt med støtte i teoretiske perspektiver. Denne felles strategien kan kalles en metodologi, og omfatter flere metodiske tilnæringer med fellestrekk, men også forskjeller (Malterud, 2017, s. 19, 36; Thornquist, 2018, s. 18). I kvalitativ forskning anses forskeren som en aktiv deltager, som det viktigste redskapet i innhenting av data, det stiller krav til forskerens integritet, refleksivitet, evne til å avpasse nærhet og avstand til feltet (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 208; Malterud, 2017, s. 35,36).

Malterud (2017, s.17) og Thomassen (2006, s. 42) holder begge fram at uavhengig av tilnæringsmåte, er det noen grunnleggende forventninger til den kunnskapsdannende prosessen. Forskning innebærer utvikling og systematisering av kunnskap gjennom en refleksiv prosess. Resultatene skal være begrunnet, kunne deles med andre og etterprøves gjennom observasjon, resonnering eller argumentasjon. Funnene bør gi ny innsikt, eventuelt

validere annen ny forskning. De må kunne overføres og være til nytte i andre sammenhenger enn der de ble utviklet. I en fenomenologisk-hermeneutisk forståelse innebærer en beskrivelse alltid allerede en fortolkning. Beskrivelsen vil være avhengig av forskerens forståelseshorisont, hva hun legger merke til og legger vekt på. Det samme gjelder i analysen, den hermeneutiske innsikten er at vi kan ikke sette våre fordommer i parentes, de må trekkes inn i analysen (Thomassen, 2006, s. 161, 171).

3.3 Valg av tilnærming

Temaet jeg ville belyse var hvordan fagpersoner som arbeider med ungdom og helse forstår den enkelte ungdom de kommer i kontakt med. Videre ønsket jeg å undersøke erfaringer de har av kroppens betydning og rolle i møtet med elevene, samt hvordan de benytter kroppslige tilnærminger i arbeidet med de unge. Ønsket var å få kunnskap om deres erfaringer og handlinger, sett fra fagpersonenes ståsted. Kvalitative metoder egner seg når vi vil undersøke opplevelser, verdier og samhandlinger. Vi kan få vite mer om tanker, motiver og holdninger, vi kan få utvidet forståelse av hvorfor personer handler som de gjør (Malterud, 2017, s. 32-33). En kvalitativ tilnærming var et naturlig valg.

De kvalitative metodene er dels overlappende, og det er ulik forståelse rundt kategorisering av dem utfra tradisjonstilknytning. I medisin og helsefag gjennomføres det også kvalitative studier uten spesifikk tradisjonstilhørighet, pragmatiske studier. Da legges det vekt på praksis, brukbarhet og konsekvenser. I slike studier er de empiriske data ofte hentet fra fokusgruppeintervju og analyseres tverrgående. (Malterud, 2017, s. 38). Her er det valgt en pragmatisk tilnærming.

3.4 Valg av metode

Problemstillingen/forskningsspørsmål gir føringer for valg av forskningsmetode (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 137; Malterud, 2012, s. 16; 2017, s. 140). Ved kvalitativ tilnærming samles data inn i form av individuelle intervjuer, fokusgrupper, observasjonsstudier, dokumentanalyse eller åpne svar fra spørreskjema (Malterud, 2017, s. 69-72).

I denne studien var ønsket å få innsikt i, og forståelse for, fagpersonenes egen måte å forstå fagutøvelsen på. Det er kunnskap som kan frambringes gjennom kvalitative forskningsintervju (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 92, 135). Undersøkelsen har både et

meningstema og et handlingstema, og et kvalitativt forskningsintervju bør berøre begge deler (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 47), så det framsto som en egnet metode.

Kvalitative forskningsintervju har lang tradisjon i helsefagene (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 28), og det finnes flere typer. Et viktig skille går mellom intervju i gruppe eller individuelt. Gruppeintervju egner seg til eksplorative undersøkelser der det ikke er et mål å komme til enighet, men å få fram ulike synspunkter og perspektiver, slik tilfellet var her.

Fokusgruppeintervju er en bestemt måte å gjennomføre intervju i gruppe på (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 179-180; Malterud, 2017, s. 138). Data produseres i fellesskap gjennom samhandlingen innad i gruppen. Deltagerne kan sammenligne erfaringer og forståelse, utfordre, kommentere og supplere hverandre. Gjennom diskusjonen kan de enkelte deltagerne reflektere og bygge på hverandres kunnskap og forståelse, det er en særegen styrke ved denne metoden. Metoden er ressurseffektiv, men det er begrenset adgang til å verifisere at utsagn er oppfattet riktig (Malterud, 2012, s. 21-22). Skolehelsetjenesten skal være tverrfaglig (Sosial- og helsedirektoratet, 2007, s. 63). Det var et ønske om å få fram erfaringer og synspunkter fra flere faggrupper ut fra en forforståelse om at ulike profesjoner kunne ha ulike erfaringer med og perspektiver på temaet. Det foreligger lite forskning om kroppsforståelse hos helsearbeidere, så den aktuelle studien var undersøkende. Et masterprosjekt har et begrenset omfang, og et fokusgruppedesign ble ansett hensiktsmessig (Malterud, 2012, s 20).

3.5 Utvalg

Når hensikten er å få mest mulig kunnskap om et fenomen og dets kontekst, benytter man vanligvis et strategisk utvalg av informanter. Målgruppen bestemmes utfra hvem som forventes å gi best empirisk materiale om temaet (Johannessen et al., 2016, s. 116-117; Malterud, 2017, s. 58-60). Dette prosjektets målgruppe var profesjonsutøvere i skolehelsetjenesten. Denne tjenesten organiseres ulikt i de enkelte bydeler eller kommuner. De ulike fagpersonene kan høre til i en enhet og ha felles lokalisering, eller de kan høre til i egne fagspesifikke enheter og ha et samarbeid om oppgaver og tilbud. Inklusjonskriterier var tilknytning til skolehelsetjenesten, enten direkte som ansatt, eller ved formalisert samarbeid om oppgaver som hører til under skolehelsetjenestens ansvarsområde. Det ble ansett at en tverrfaglig sammensetning av gruppene ville gi best bredde til temaet. Her var det dynamikken som kan framkomme ved variasjon i erfaringer og perspektiver som var ønsket. Det ble valgt å bruke den gruppesammensetningen de sto i til daglig. Det ga en kontekst med

nærhet til de rammebetingelsene de arbeider under (Malterud, 2012, s. 44-45).

Tjenestestedene ble valgt utfra å være ulike, men likevel typiske tjenester med hensyn til organisering. Hver fokusgruppe besto av seks deltakere.

3.6 Temaliste og pilotintervju

Det ble utviklet en temaliste med utgangspunkt i forskningsspørsmålene. Siden dette var en utforskende studie, var den veiledende og besto av hovedspørsmål med forslag til utdypende spørsmål. Spørsmålene var forsøksvis åpne, men samtidig konkrete med formuleringer som kunne være til støtte under intervjuet (Malterud, 2012, s. 32-34, 72). Det ble gjennomført et «prøveintervju» med egne kolleger for å teste intervjuguide, teknisk utstyr og høste erfaring med metoden. Etter det ble intervjuguiden omarbeidet noe. Moderator erfarte det Kvale og Brinkmann (2015, s. 47) beskriver; at det er vanskeligere å formulere spørsmål som får fram meningsinnhold enn fakta. Det var utfordrende å moderere samtalen og samtidig observere det non-verbale språket. Sekretær og moderator gjennomgikk intervjusituasjonen og avtalte praktiske grep for å håndtere situasjonene med flere ukjente informanter på en best mulig måte. Moderator merket en tendens hos seg til en terapeutisk holdning, der hun gikk videre på temaer informantene lot til å ønske å bli utfordret på.

3.7 Rekruttering

Prosjektleder rekrutterte selv informantene, men har ikke personlig eller faglig tilknytning til tjenestestedene. Et sted var kjent gjennom en tidligere kollega som også fungerte som portvakt (Malterud, 2012, s. 50-51). Prosjektleder tok i juni 2018 kontakt pr telefon med portvakt og ledende helsesøster for å lodde interesse for å delta i studien, og fikk positive svar. Forespørselen ble ulikt håndtert. Det ene stedet ble den tatt opp i felles møte, det andre stedet kontaktet prosjektleder hver faggruppe. Det ble avtalt å gjennomføre fokusgruppeintervju i løpet av høsten 2018. Tidlig høst ble endelig tidspunkt avtalt.

3.8 Metning

Antall grupper vil være avhengig av kvaliteten på data som samles inn. I utgangspunktet er det ønskelig å intervju fram til metning er nådd, det vil si at flere intervju ikke bringer ny informasjon (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 148). Malterud (2012, s 37-39) holder fram at to

grupper kan være tilstrekkelig i åpne, eksplorative studier, men at det kan være nødvendig å supplere dersom informasjonsstyrken ikke er tilstrekkelig. Det ble planlagt og gjennomført to grupper med et intervju per gruppe, med åpenhet for at det kunne bli behov for flere gruppeintervju (Malterud, 2012, s. 41). Det kom fram ulikt materiale i de to fokusgruppene, og gitt rammene for denne masteroppgaven ble det ansett som tilstrekkelig selv om det ikke kan konkluderes med at metning er nådd.

3.9 Gjennomføringen av datainnsamlingen

Informantene valgte tid og sted for fokusgruppene, og de ble holdt på de respektive arbeidsstedene. Intervjuene ble avsluttet etter henholdsvis 90 og 75 minutter. Det ble brukt en lydopptaker fra OsloMet. Sekretær hadde ansvar for lydutstyret, å notere ned hvem som tok ordet og oppstart av hver replikk. Denne oversikten var til god støtte under transkriberingen. Etter intervjuene oppsummerte sekretær og moderator kort sin opplevelse av forløpet.

Gruppeintervjuene ble innledet med en kort introduksjon til tema, oppfordring til å reflektere og dele erfaringer, samt at moderator minnet om taushetsplikten og gjensidig konfidensialitet, for å bidra til internalisering i gruppen (Malterud, 2012, s. 86-87).

Informantene presenterte seg med fornavn og stilling samt fartstid i skolehelsetjenesten, dette som en stemmeprøve som kunne lette transkripsjonsarbeidet, og som tilvenning til å ta ordet. Første spørsmål ble også besvart gjennom en runde, før de ble oppfordret til å komme med supplerende kommentarer til det samme spørsmålet.

Moderator stilte videre spørsmål med støtte i intervjuguiden. Rekkefølge og formulering varierte i de to gruppene utfra hvordan samtalen forløp. Moderator forsøkte å engasjere alle informantene, følge opp nye vinklinger og å sjekke egen forståelse av enkelte utsagn. Samhandlingsflyten var friere i den ene gruppen. Det kunne ha sammenheng med hvor godt de kjente hverandre, om de var vant til å diskutere fag sammen, men kunne også handle om moderators evne til å stille ledige og gode oppfølgende spørsmål. Ved en anledning hvor svarene ble mer generelle enn ønskelig, forsto moderator først under transkripsjonen hva det kunne bunne i. Det opplevdes krevende å følge med, avveie når en tilsynelatende digresjon kunne gi verdifull tilleggsinformasjon, vurdere om en pause var tankefull eller tung. Moderator erfarte det Kvale og Brinkmann (2015, s. 36) sier; å intervju er et håndverk, avhengig av personlige egenskaper og ferdigheter hos den som utfører det.

Moderator står også i spenningsfeltet mellom å fasilitere gruppen, legge til rette for en god stemning som gjør det lett å dele erfaringer og synspunkt, og samtidig få fram eventuelt konfliktstoff og utfordre kjente standpunkt. Moderator representerer en yrkesgruppe som er fåtallig innen skolehelsetjenesten. Hun kjente en grad av usikkerhet i forhold til om prosjektet ble oppfattet som en utfordring og inspeksjon av andre faggruppers yrkesutøvelse. Det kan ha gjort henne noe tilbakeholden med å utfordre gruppene.

3.10 Etikk

Helsinkideklarasjonens etiske retningslinjer for forskning innen medisin er fulgt (World Medical Association, 2017). Det ble sendt fremleggingsvurdering til regional Etisk Komité Sør-Øst (REK) som vurderte at prosjektet ikke omfattes av helseforskningsloven. Norsk Samfunnsfaglig Datatjeneste (NSD) fant prosjektet meldepliktig og regulert av personopplysningslovens §31 (Personopplysningsloven, 2018). Det ble gitt tillatelse til å behandle personopplysninger i tråd med OsloMet sine retningslinjer for datahåndtering og informasjonssikkerhet. Disse er fulgt, og materialet vil bli anonymisert ved prosjektslutt.

Det ble sendt ut skriftlig informasjon om studiens bakgrunn, hensikt og metode i forkant av studien. Der ble det opplyst at det var frivillig å delta og adgang til å trekke seg underveis. Det ble innhentet skriftlig samtykke til deltagelsen.

Taushetsplikt i forhold til tredjepart ble drøftet innledningsvis og ivaretatt gjennom fokusgruppeintervjuene. Det kom ikke fram informasjon som kunne identifisere elever.

Det kan være særegne etiske utfordringer i fokusgruppeintervju. Konfidensialitet innad i gruppen ble tematisert innledningsvis i intervjuene. Det ble opplyst om at det ville bli brukt sitater under rapporteringen, slik at informanter vil kunne gjenkjenne egne eller andres utsagn.

Det kan oppstå uforutsette situasjoner som resultat av samhandlingen i gruppen. Prosjektleder måtte være forberedt på å ivareta deltakerne på etisk forsvarlig vis. Stemningen i gruppene var åpen og bar preg av samtale og refleksjon til tross for at deltakerne utfra profesjonsbakgrunn og stilling har ulike roller og posisjoner, noe som kunne ha påvirket samhandlingen negativt.

Det knytter seg særlige etiske krav til rapportering fra forskning innen helsefeltet. Hensynet til informantenes må avveies mot verdien av å få fram viktig informasjon, og tredjepart skal ivaretas. I denne studien er det særlig viktig at ikke elever skal kunne føle seg stigmatisert

eller belastet på annen måte. Formatet med en monografi henvender seg i første rekke til profesjonsutøvere innen helsearbeid.

3.11 Transkripsjon

Transkripsjonen skal overføre tale til tekst for analyse og samtidig ivareta det opprinnelige innholdet. Det er flere fordeler ved at forskeren selv transkriberer. Det at hun har vært tilstede, kan gjøre det lettere å oppklare uklarheter, og analysen vil kunne starte under transkripsjonen. Det er en avveining hvor direkte og detaljert gjengivelsen skal være, og hvor muntlig preg teksten skal ha. Særlig når det dreier seg om innholdsanalyse og ikke språkanalyse, kan det være hensiktsmessig å redigere teksten varsomt i retning av mer skriftlig språk (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 207-210; Malterud, 2017, s. 77-79). Transkripsjon ble utført av prosjektleder og startet umiddelbart. Det la til rette for å huske og å reflekter over kontekstuelle forhold ved intervjusituasjonen. Tidvis var det overlapping mellom informantene, og enkelte uttalelser ble eksplisitt understreket med kroppsspråk eller bevegelser. Da var det verdifullt å ha vært tilstede og ha støtte i notatene fra sekretær. Det ble valgt å ta med pauser og latter og å markere ord som ble sagt med ettertrykk. I gjengivelsen av den første diskusjonen ble det valgt å beholde et forholdsvis muntlig preg utfra et ønske om å få fram refleksjon og engasjement. Ved gjennomlesning ble det sett at et noe mer skriftlig preg ville lagt et enklere grunnlag for analysen. Transkripsjonen fra gruppediskusjon nummer to ble redigert til et noe mer skriftlig preg. Materialet utgjorde totalt 47 sider.

3.12 Analyse

Kvalitativ forskning er en dynamisk prosess mellom innsamling av data, bearbeiding og analyse av materialet. Derfor krever analysen en systematisk tilnærming og klar retning. Forskerens perspektiver påvirker og påvirkes gjennom forskningsprosessen, og nærhet og avstand til materialet må reguleres gjennom hele prosessen. (Malterud, 2017, s. 91-92; Thornquist, 2018, s. 260-261).

I tverrgående analyser er data innhentet fra flere forskjellige deltakere. Det finnes flere fremgangsmåter for analysen (Malterud, 2017, s. 92-94). I denne studien ble det valgt å benytte en tilnærming med utgangspunkt i kvalitativ innholdsanalyse. Det er en pragmatisk, datastyrt, undersøkende og deskriptiv analysemetode som består av ulike teknikker

(Graneheim & Lundman, 2004; Malterud, 2017, s. 95-96). Analysen er inspirert av generelle hermeneutiske prinsipper. Den ble gjennomført i en prosess med vandring mellom de ulike trinnene i prosessen, og i en pendling mellom deler av og hele teksten sett opp mot forskningsspørsmålene.

Hele intervjueteksten ble valgt som analyseenhet og den ble lest som et hele flere ganger for å skaffe oversikt. Deretter ble teksten delt inn i innholdsområder utfra forskningsspørsmålene. Meningsenheter, som er ord, setninger eller avsnitt relatert til forskningsspørsmålene, ble identifisert. Der meningsenhetene besto i lengre tekstutdrag, ble de komprimert gjennom meningsfortetting: Det umiddelbare innholdet beholdes men uttrykkes med færre ord (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 232). Eksempler på meningsenheter ble drøftet med veileder.

Meningsenhetene ble videre kondensert og organisert i underkategorier på grunnlag av felles innhold. For å ivareta nyansene i innholdet, ble det initialt valgt å ha et større antall underkategorier som gjennom gjentatte vurderinger ble redusert samtidig med at enkelte meningsenheter ble flyttet. Underkategoriene skal i størst mulig grad være gjensidig utelukkende (Graneheim & Lundman, 2004), men i enkelte tilfeller kunne en meningsenhet passe inn i mer enn en underkategori. Disse ble diskutert med veileder før innplassering, og noen beholdt sin doble plassering. Deretter ble underkategoriene gjennom egne avveininger og drøfting med veileder abstrahert i tre hovedkategorier på bakgrunn av forståelse og tolkning av felleselementer som tematisk belyser hvert av de tre forskningsspørsmålene (Graneheim & Lundman, 2004).

Analyse av tekst kan identifiserer både et manifest og latent innhold. Der manifest innhold er beskrivende, mens det latente innholdet er det som forstås eller tolkes ut av teksten og konteksten. Analysen her har ikke primært vært rettet mot meningsfortolkning, men det ligger fortolkninger i valg av tekstutsnitt og meningsenheter som er brukt for å besvare forskningsspørsmålene (Haukland, Meyer, Gjerlaug & Tveiten, 2014, s. 39-40; Kvale & Brinkmann, 2015, s. 234), og prosjektleders teoretisk perspektiver påvirker uvegerlig analyseprosessen.

Konkret har arbeidet foregått i en veksling mellom å arbeide på PC-en der meningsenheter og fortattede meningsenheter ble satt opp i tabellform med ledige kolonner for kommentarer, og utskrifter hvor de ble merket med ulike fargekoder før de forsøksvis ble satt opp i nye tabeller ordnet etter under- og hovedkategorier i flere omganger. Sitater er hentet fra det opprinnelige

transkriptet. Utskrifter og arbeidsdokumenter er lagret sammen med et refleksjonsdokument som beskriver avveininger og veivalg i analyseprosessen.

3.12.1 Eksempler

Nedenfor vises et oppsett med hovedkategorier og underkategorier med eksempler på fortattede meningsenheter.

| Hovedkategori I, Livet leves i og gjennom kroppen | |
|---|---|
| Underkategori | Fortattede meningsenheter |
| Personen | Meg, personen du møter |
| | Kroppen er senter for erfaringer. |
| Den konkrete kroppen | Rent fysisk kropp i første omgang. |
| | Kroppen er sterk, sunn, skal kunne brukes, den tåler mye. |
| Følelser og kropp | De bruker kroppen for å behandle følelser. |
| | Kroppen har vitalitet, glede, bevegelse, utvikling. |
| Hovedkategori II, Samspill | |
| Underkategorier | Fortattede meningsenheter |
| Forventninger | De får input hele tida på de forventningene. De får ikke pauset det på noen måte. |
| | Så blir de skuffa, for de mestrer det ikke, eller det ble ikke perfekt. |
| Sosial støtte | Kanskje mangler de muligheten til å få hjelp fra de nærmeste, så må de få profesjonell hjelp. |
| | Det er mange unge som sier de ikke får kontakt med mødre sine selv om de sitter der. |
| Den sosiale kroppen | Det kan være makt i en kropp, det vil være et styrkeforhold mellom kropp, mellom en liten og en stor kropp. |
| | Det med sosiale medier har veldig mye med kropp og utseende å gjøre, man eksponerer seg så voldsomt. |

| | |
|--|--|
| Den kommuniserende kroppen | Kropper samspiller, ikke bare verbalt, men i kroppsspråk. |
| | Stenger andre ute gjennom kroppsholdning, men skjønner ikke at de gjør det. |
| Å treffe ungdommen der hen er | Det er trygt å sitte der. Noen hører uten å avbryte. Noen ser deg. |
| | Spørsmålene vi stiller om plagene, de får kommer tilbake og se at det er en person de kan prate med. |
| Hovedkategori III, Å møtes innenfor rammene | |
| Underkategori | Fortattede meningsenheter |
| Samfunnsoppdraget, egen faglighet, ressurser og organisering | Jeg har ikke lyst til å være den helsesøstera som kommer med den kommentaren. |
| | Vi jobber mye forebyggende og helsefremmende, det er store felt vi skal ta tak i. |
| Når ord ikke er nok | Når den unge ikke liker å prate. |
| | Mestringen ved å erfare at de tåler ubehaget i kroppen, hode og kropp henger sammen, og de kan bedre egen situasjon. |
| Kunnskap og erfaringer | Etterpå fikk de en oppgave. Vi så hvordan de kjente på ubehaget, du stoppet dem og spurte hva gjør du nå for å hjelpe deg? Da kjente de virkelig på det. |
| | Det er fint å koble på PMF når den unge ikke liker å prate. |

Tabell 1, Hovedkategorier med underkategorier og eksempler på fortattede meningsenheter

4.0 Resultater

Ytre rammer framstår av en viss betydning i denne studien. Derfor vil det bli gjort kort rede for tjenestestedenes organisering i tillegg til demografiske opplysninger om informantene. Deretter presenteres funn fra fokusgruppediskusjonene slik de trådte fram i sine respektive hovedkategorier gjennom analyseprosessen: *Livet leves i og gjennom kroppen*, *Samspill* og *Å møtes innenfor rammene*.

Utvalgte sitater som belyser tema på en særlig måte, vil bli gjengitt, markert med innrykk og kursiv. Sitatene er forsiktig redigert til et mer skriftlig preg gjennom å bruke bokmål, fjerne gjentakelser, ord og lyder som ikke påvirker meningen, for å gi en lettere tilgjengelig tekst.

4.1 Informanter og tjenestesteder

4.1.1 Informanter

Hver fokusgruppe besto av 6 personer, til sammen 11 kvinner og en mann. Alder var fra 32 til 58 år, og erfaring fra skolehelsetjenesten varierte fra ½ år til 16 år. Det var syv helsesøstre, hvorav en ledende, en sykepleier med annen videreutdanning, ansatt i en stilling som miljøterapeut, en psykolog, en lege, en fysioterapeut med videreutdanning innen barn og en psykomotorisk fysioterapeut. I løpet av prosjektperioden har tittelen «helsesøster» blitt endret til «helsesykepleier». Her er det valgt å bruke den opprinnelige tittelen siden det var slik fagpersonene omtalte seg selv og ble benevnt av kollegene.

4.1.2 Tjenestested I

Skolehelsetjeneste I ligger i en mellomstor kommune med et bymessig sentrum. Tjenesten er organisert under forebyggende tjenester sammen med helsestasjon for barn og unge. Ledende helsesøster er leder. Forebyggende tjenester har faste samarbeidsmøter med andre etater som utdanningsetaten og politi. Innad har de felles planleggingsdag hvert semester og fagmøter månedlig. Skolehelsetjenesten danner en egen gruppe med faste møter, ca. to ganger pr mnd.

Det er eget personale som jobber med ungdom. For ca. ett år siden ble det opprettet et team med helsesøster, psykolog og psykomotorisk fysioterapeut. De er tilgjengelig for drop-in fast tid og sted fire dager i uka på videregående skole. Yrkesgruppene rullerer. De følger opp enkeltelever ved behov. Det er flere ungdomsskoler i kommunen. To helsesøstre er tilgjengelige to dager i uka fast sted og tid. De andre fagpersonene i skolegruppa deltar i ungdomsskolen i samarbeid rundt enkelt-elever eller ved gruppetiltak.

4.1.3 Tjenestested II

Skolehelsetjeneste II ligger i en mindre kommune med spredt bebyggelse og ett større tettsted. Den er organisert under miljørettet helsevern, forebyggende og helsefremmende tjenester sammen med helsestasjon for barn og unge. Skolehelsetjenesten samarbeider med den kommunale psykiatritjenesten i det forebyggende arbeid med kurs og undervisning. Andre samarbeidspartnere involveres ved behov. Ledende helsesøster arbeider også klinisk.

Tjenesten har fire helsesøstre som jobber med elever i ungdoms- eller videregående skole. De har også oppgaver for barn og på helsestasjonen som har flere driftssteder. Lege har fast kontortid på helsestasjonen i sentrum en dag i uka, mens helsesøster er tilgjengelig på skolene på fast sted og tid to dager i uka. Det er to ungdomsskoler og en videregående skole.

Det er den kommunale fysioterapitjenesten som utfører fysioterapi-oppgavene knyttet til skolehelsetjenesten. De er i faste samarbeidsmøter to ganger i året, deltar i konkrete samarbeidsprosjekter og kan også ha uformell kontakt. Fysioterapeuten deltar i liten grad i det åpne tilbudet eller i individuelle tiltak via skolehelsetjenesten, men har egne arenaer og tiltak.

4.2 Livet leves i og gjennom kroppen

Denne hovedkategorien viser til at informantene tok utgangspunkt i en holistisk verdiforankring, men også til de ulike innfallsvinklene til kroppen som kom fram gjennom analysen av funnene fra diskusjonene. Underkategoriene som trådte fram her er: *Personen, Den konkrete kroppen og Følelser og kropp.*

4.2.1 Personen

Det var sammenfall i måten deltagerne i fokusgruppediskusjonene assosiert til ordet kropp på. Kropp ble forstått som et meg, en person, og det kom fram en klar verdimeisig forankring. Dette kan illustreres med disse utsagnene:

Det er meg, den personen du møter.

Hvis man deler opp i kropp, psykisk helse og det sosiale, deler vi opp mennesket, og vi er interessert i hele deg.

Ungdommens identitetsdannelse forstås som en kroppslig forankret prosess, ikke alltid like enkel, samtidig som kroppen holdes fram som en kilde til glede, selvtillit og mestringsfølelse:

Samtidig som de har et identitetsprosjekt, hvem er jeg i min kropp, og hva synes andre om min kropp? (...) bli glad i deg selv, trygg på deg selv gjennom mestringsfølelse ved at du kan bevege deg uavhengig av utseendet.

Videre anses kroppen som et senter for erfaringer som vil bære preg av det vi opplever gjennom livet, helt konkret gjennom bevegelseserfaringer, men også gjennom livsvilkår og hendelser.

Kroppen er senter for erfaringer, den blir forma av det vi står i og går igjennom, samtidig bruker vi kroppen til å klare de tingene.

Vonde opplevelser setter seg som smerte i kroppen.

4.2.2 Den konkrete kroppen

Mennesket beskrives som tilstede i verden som synlige, levende kropper med fysiske behov, i stadig utvikling. Vi presenterer oss og utfører vår gjerning gjennom kroppen, og vi har potensiale til både godt og vondt.

Når du sier kropp, tenker jeg automatisk på den kroppen du ser.

At man fra man blir født og gjennom hele livsløpet er kroppen i endring.

En er avhengig av kroppen for å utføre arbeid, i fysisk aktivitet, familie, omsorg, alt vi utfører skjer gjennom kroppen, mestrer hverdagen.

Kan utøve vold med sin egen kropp, krigshandlinger, seksualisert vold, ved overgrep, ved trusler.

Informantene legger vekt på at kroppen skal fungere, være frisk og er robust. Det funksjonelle ses som en motsetning til det kroppsfokuset som går på utseendet. Samtidig holder de fram kroppen som mulig sete for sykdom og lidelse, uten at det dermed gir et mindreverdige liv.

Kroppen er sterk, sunn, skal kunne brukes, den tåler mye.

Fungere, være frisk og i form, sunn som kan brukes i aktivitet og bevege seg i motsetning til kroppsfokuset som går på utseendet.

Man kan ha en kropp med funksjonsnedsettelse og likevel et verdig og godt liv.

4.2.3 Følelser og kropp

Fokusgruppedeltagerne knytter følelser og kropp til hverandre på flere måter. Først kommer det fram hvordan kropp vekker følelser og engasjement hos dem selv.

Fantastisk.

De første assosiasjonene jeg får, er at kropp er utrolig spennende og vakkert, alle kropper.

Utover i den ene samtalen kommer forholdet til overvektige ungdommer opp. Informantene viser til at overvekt kan handle om følelsesmessige forhold hos den det gjelder, samtidig kjenner de et ubehag hos seg selv ved å ta opp dette temaet med den unge. Her er det noen forskjeller mellom faggruppene, der den psykomotoriske fysioterapeuten berører emnet som en del av den vanlige undersøkelsen, mens psykolog og helsesøster synes dette er vanskelig å ta opp. De unge som lider av overvekt, oppsøker heller ikke tjenesten på bakgrunn av det.

Kjenner det sjøl at der jeg må adressere det spesifikt, så vokser det i munnen på en måte. Den følelsen jeg kommer på knyttet til det, er skam, mislykkethet, feilet på samfunnets status nummer 1: sjølkontroll.

I kroppsbildeundersøkelsen som er en del av psykomotorikk-undersøkelsen, spør jeg nok mer spesifikt om det temaet, kanskje synes jeg det er enklere, og kanskje nevner de det selv også.

Det kommer klart fram at informantene ser kropp som sete for følelser og arena for selvregulering. Selve det å forholde seg til egne følelser kan være vanskelig for de unge. De beskriver hvordan ungdom kan være overveldet av følelser og bruke ulike kroppsteknikker for å håndtere sine følelser. Det er, slik de oppfatter det, varierende i hvilken grad ungdommene selv har en integrert forståelse av samspillet mellom kropp og følelser.

Kanskje kommer vi inn på at de er ukonsentrert eller sover dårlig så viser det seg etter hvert at det gjelder selvskading med spising eller direkte med barberblader eller knivblader eller den type ting. Og da bruker de jo kroppen for å behandle følelser.

De er så overveldet av følelser at de vet ikke hvor de skal gjøre av dem, og da er det noen som er veldig tydelig på at ja, da bruker jeg selvskading, eller da trener jeg meg halvt i hjel.

Alle vet at kropp og følelser henger sammen, men det er ikke integrert. Noen er bevisste på at de bruker selvskading eller trening for å regulere følelser, andre er ikke bevisste at det er det de gjør.

4.3 Samspill

Temaer som blir belyst i denne sekvensen, er hvordan profesjonsutøverne ser ungdommen de kommer i kontakt med, samspillet med elevene og hvordan det virker inn og gir retning til arbeidet. Hva står på spill, i forholdet til den unge selv, andre og omgivelsene? *Forventinger, Sosial støtte, Den sosiale kroppen, Den kommuniserende kroppen og Å treffe ungdommen der hen er*, er underkategoriene som ligger i denne hovedkategorien.

4.3.1 Forventninger

Gjennomgående trekker deltagerne i fokusgruppediskusjonene fram prestasjonspress, kravet om å være pålogget og utseendepress som hovedutfordringer for de unge de møter. Sammen med frykten for ikke å utnytte sine muligheter skaper dette et negativt stress.

De skal være perfekte på alle områder, skole, hjemme, sosialt, særlig på sosiale medier, og kroppen skal ha kontrollen, være som en maskin, robot. Så blir de skuffa, for de mestrer det ikke, eller det ble ikke perfekt.

Forholdet til sosiale medier ser fagpersonene som krevende for elevene på flere måter. Det handler om å skulle være tilgjengelig og presentabel, og om frykt for å gå glipp av noe. Det sosiale presset er kroppsliggjort. Unges forhold til sosiale medier er tema i grupper og individuelle tiltak.

Jeg hører de skal være på hele tida. De skal være tilgjengelige, ha mobilen på om natta, de skal være sminka. De gir ikke seg selv lov til å slappe av, kroppen er på en måte i alarmberedskap hele tiden, de gir ikke seg selv lov til å koble av og lande litt.

Det beskrives ytre press som internaliseres. Slik informantene ser det, er impulsene utenfra, gjennom ulike medier og i sosiale situasjoner i skole og fritid massive, og det er vanskelig for de unge å ta egne valg eller å beskytte seg mot eksponeringen utenfra.

Forventninger til dem faglig, sosialt og med hensyn til kroppsbilde. Ytre impulser, krav og forventningspress fra skole, foreldre, gjennom sosiale medier. Så blir det forventninger og press fra dem selv også. Jeg tror det er ganske ille egentlig.

Her kommer det også fram hvordan profesjonsutøverne lar seg berøre av det de opplever i møtene med ungdommen.

4.3.2 Sosial støtte

Mens ulike krav og forventninger trekkes fram som den felles utfordringen ved å være ungdom, bringes sosial støtte, eller mangel på det, inn som en faktor som gir enkelte større utfordringer enn andre. Informantene ser at unge som lever under lite ordnede forhold, har særlige utfordringer.

Det er vanskelig å vokse opp under forhold med livsrot og å bryte ut av det mønsteret. På videregående begynner de å bli ganske voksne, de har mye å håndtere, det blir enda mer utfordrende dersom de vokser opp med voksne som ikke håndterer det selv. Dem er det flere av enn jeg skulle ønske!

Videre oppfatter de at ungdommene i varierende grad har voksne tilgjengelige som støttespillere. Her kommer de voksnes forhold til sosiale medier inn. Det tar fagutøverne opp på foreldremøter, ja allerede i barselgrupper.

Det er forskjellig hva de har av folk rundt seg til å forstå og hjelpe.

De voksne er så opptatt av sine sosiale medier at det går utover relasjonen til ungdommene. Det er mange unge som sier at de ikke får kontakt med mødrene, selv om de sitter der.

(...) at de føler seg litt ensomme hjemme.

4.3.3 Den sosiale kroppen

Sosiale utfordringer knyttes til at vi er kroppslige subjekter, slik miljøterapeuten uttrykker det:

(...) hos meg handler det mer om det sosiale, det å passe inn, jeg knytter det til kropp. Hvem er jeg og hva viser jeg, hva forstår andre av meg, sjølbilde, sjøltillit, og for ikke å nevne sjølfølelsen.

Informantene opplever at mye er vanskelig for ungdom når det gjelder kropp, mens de ønsker at det skal være positivt og naturlig. De ser at det er forskjell på hvordan ungdom opptrer overfor hverandre som konkrete kropper tilstede sammen og hvordan de kan eksponere seg på sosiale medier, og undres over det. Samtidig dreier ungdommenes sosiale liv bort fra å være møter mellom fysiske personer til at de sitter for seg selv og kommuniserer via nettet, noe som igjen gir mindre sosial trening slik fagpersonene ser det.

Når jeg tenker på kropp, ønsker jeg å tenke på det som noe positivt og naturlig, men jeg synes mye er tabubelagt og vanskelig når man snakker om det.

Så er det det med den sjenansen man kan ha for sin egen kropp i form av dusjing eller en strand, slike vanlige ting, mens man kan blottlegge seg på sosiale medier uten at det betyr noe. Det blir så rart.

Profesjonsutøverne møter ungdom som har et anstrengt forhold til seg selv og egen kropp på flere måter. Når de blir fortrolige, kommer det fram at de ikke er fornøyd med seg selv eller kroppen sin, eller de lurer på om deres egen kropp er normal, spør om de bør få utført korrigerende kirurgi. Fagpersonene har fokus på at variasjon er normalt, og legen er tydelig på at tiltak ikke skal være estetisk eller kulturelt begrunnet.

Jeg møter flere ned i barneskolealder som har kompleks over egen kropp, som føler at de får blikk fra andre, på grunn av tjukke lår kanskje, eller de har fått litt mage, og vil ha tips til hvordan de kan endre kroppen sin slik at de kan passe inn i de bildene de ser i reklame og lignende.

(...) så forklarer jeg de som tar kontakt med meg at det er naturlig og normalt. Hvis vi skal gjøre noe med det, må det være basert på det som er sunt og god helse, ikke på det som er gjeldende kultur akkurat nå.

I andre sammenhenger legger profesjonsutøverne merke til at den unge framviser en fjernhet til egen kropp.

Som når vi vaksinerer, da er det mange som skyver seg bort fra armen vi skal vaksinere, det er tydelig at de virkelig stenger av armen.

Noe av det samme kommer fram i forholdet til seksualitet. For en del, særlig jenter, ser det ut til at det er vanskelig å sette og forholde seg til egne grenser. Innenfor dette feltet ser informantene også det motsatte, den unge våger ikke å utforske nærhet og intimitet.

Vi møter ungdom som synes det er utfordrende å forholde seg til egne grenser. Når de får tenkt seg om, ser de at kropp og hode ikke var med, og har «vondter» det har ført med seg. Hvis de tok bolig i egen kropp og kjente etter, ville de kanskje sagt nei.

Men så har vi også dem som ikke tør, det er noen som skal ta på, det å komme for nært er skummelt.

Informantene ser en sammenheng mellom unges vanskeligheter i forhold til egen kropp og det kroppsfokuset de møter i ulike medier og gjennom andres negative kroppsbilde.

Kroppen og nakenbilder blir så naturlig utad, men det gjør at de bare blir enda mer usikre på sin egen kropp. De blir eksponert for nakenhet hele tiden, men det fører bare til at de får en økt usikkerhet på sin egen naturlige kropp.

De fanger opp i kroppen sin at mange snakker negativt om egen kropp, alle er misfornøyd med kroppen, så blir det en mening om egen kropp.

4.3.4 Den kommuniserende kroppen

Kroppslig kommunikasjon kom tydelig fram som tema i det første fokusgruppeintervjuet. Fagpersonene viste til ulike måter kropp kommuniserer på; Med hverandre og seg selv, direkte og indirekte, villet og utilsiktet.

Kropper samspiller, ikke bare verbalt, men i kroppsspråk.

Det du viser med kroppsspråk er følelser i deg, du viser dem, og så plasserer du de følelsene hos dem som tar imot. Det gjør noe med dem, det er avansert, spennende.

Konkret hvordan kroppen virker når den ikke vil være med på det, egne grenser på egen kropp. Kroppen kan si nei.

Kroppen kan vise både det vi ønsker og det vi ikke klarer å skjule.

Profesjonsutøverne har erfaring for at kroppsspråk er et viktig, men vanskelig felt for ungdommen, og at det er sammenheng mellom kroppslig og verbal kommunikasjon. Dette tjenestestedet hadde kroppsspråk og kommunikasjon som tema i et gruppetilbud.

De hiver seg veldig på, men vi opplever at de mangler ord for å beskrive følelser, og det er ikke lett hvis du lager en kroppsholdning du stenger andre ute på, men ikke skjønner at du gjør det. Så det er viktig å sette ord på kroppsspråket, hva viser jeg? Vi ser at ungdom synes det er veldig all right, men de gjetter på følelser, og de gjetter på kroppsspråk, og de tar ofte feil.

4.3.5 Å treffe ungdommen der hen er

Det er ofte kroppslige temaer som smerter eller spørsmål om prevensjon som får ungdom til å oppsøke skolehelsetjenesten. Da kan det handle om enklere, avgrensede forhold, eller mer sammensatte vanskeligheter. Profesjonsutøverne beskriver hvordan de skaper tillit gjennom å ta utgangspunkt i det den unge selv presenterer som utfordring. De spør konkret rundt plagene, ser om det er samsvar mellom funn og symptomer, følger opp. Tilgjengelighet, tid og ro holdes fram som viktig for at ungdom skal komme fram med det som tynger.

Ja det er nok tillit. Det begynner litt diffust. Vi snakker om det de oppsøker for. Så tar vi kontrolltime, og de føler seg tatt seriøst, og når barn og unge føler seg tatt seriøst, får de tillit og kan komme med noe mer. Eller ikke selvfølgelig, hvis det er helt enkelt.

Jeg har erfart at ungdom som har problem stoler veldig på folk de har tillit til. Da forteller de hva de plages med, alt mulig mellom himmel og jord. Da er det viktig for oss å være tilgjengelige og si at du kan komme tilbake til uka og fortelle litt mer hvis du har lyst.

De understeker betydningen av å lytte, avveier nøye hva og når noe kan fortelles videre til foresatte.

Lytte til dem og få tilbakemeldinger. Jeg har erfaring for at de ungdommene som har problemer som har vart lenge, kommer til overflata hvis de får tillit, når du hører på det de faktisk forteller og tar dem seriøst.

Så tar vi de ufarlige tinga først, slik er det nødt til å bli, og jeg er blitt mye mer nøye på, eller opptatt av, å høre på ungdom.

4.4 Å møtes innenfor rammene

Hvordan profesjonsutøverne i skolehelsetjenesten møter ungdommene gjennom kroppslige tilnærminger, påvirkes av ulike sentrale og lokale føringer. Faglig bakgrunn og erfaringer fra praksis spiller også inn. *Samfunnsoppdraget, egen faglighet, ressurser og organisering, Når ord ikke er nok, Kunnskap og erfaringer* er underkategorier her.

4.4.1 Samfunnsoppdraget, egen faglighet, ressurser og organisering

At det kan oppstå spenning mellom samfunnsoppdraget og egen faglighet tok informantene ved tjenestested I opp. Helsesøster er pålagt å veie og måle alle i 8 klasse i en individuell undersøkelse der de har 20 minutter til hver elev. Det er prosedyre på at de skal kontakte foresatte dersom den unge er utenfor et gitt referanseområde. Det blir ofte utsatt. Selve tiltaket med å veie og måle, å evaluere den unge og konfrontere med at hen veier for mye, samt det å ta den den pålagte samtalen, oppleves ugreit for helsesøstrene. Særlig siden det gjelder ungdom som er i puberteten. De er redde for å være den som kommer med en utløsende kommentar i forhold til spiseforstyrrelser, og en har opplevd nettopp det. Helsesøstrene føler at de i den konteksten har lite å tilby ungdom som har det vanskelig.

Mitt store problem i forhold til kropp, er når jeg skal måle og veie elevene på skolen i 8. klasse. De har det kanskje greit, men så sier jeg at de ligger en del over på kurven.

Så der er jeg litt irritert på Helsedirektoratet som pålegger oss å veie og måle, så sitter vi alene med jobben. Jeg føler meg alene i den jobben, det er vanskelig.

De gir uttrykk for at dette er en grunnleggende urett tilnærming til ungdom med utfordringer, og at det er i strid med det de ellers legger vekt på i arbeidet med ungdommene.

Det passer ikke i det hele tatt! Vi bruker jo mye tid på at du er bra nok, jeg anerkjenner deg, og vi er forskjellige.

Helt til du kommer i 8 klasse, da er det ikke sikkert du er bra nok!

Ved tjenestested II trekkes det fram at de har samarbeid med hverandre og andre i undervisning og gjør seg synlige og tilgjengelige overfor ungdommen på mange arenaer. Samtidig er det mange pålagte oppgaver, så det er mindre rom for å arbeide individuelt. Fysioterapeuten opplever at de ikke har så tett samarbeid innad i tjenesten. Hun og legen jobber mest en til en.

Vi jobber tverrfaglig på foreldremøter, med psykiatritjenesten med et program på videregående hvor også tema kropp er inne.

I og med at det er så mange lovpålagte oppgaver, alt som er av kontroller og vaksinasjoner, blir mye av dette her i den som er til overs. Vi jobber med både individ og gruppe, men må nesten gå bort ifra å jobbe med individ, for vi rekker det ikke.

Vi har ikke hatt så tett samarbeid. Jeg jobber mest individuelt.

Det kan også være vanskelig å få gitt tilbud til elevene fordi de da må har fri fra skolen.

Hvis vi tenker på grupper, må vi ha rammer fra skolen

I ungdomsskolen må de bli tatt ut av fag, og det er ikke lett i forhold til lærerne.

Det kom fram at profesjonsutøvernes opplevelse av samarbeidssituasjonen var ganske ulik, og det kan se ut som om ressursituasjonen er forskjellig. Ved tjenestested I jobber de sammen i tverrfaglig team og helsesøstre er ofte sammen to og to. Det anser de som en stor fordel.

Vi på videregående skole står sammen som et team, det er unikt. Vi er privilegert der, for vi er både psykolog, fysioterapeut og helsesøster. Ofte er det to helsesøstre ved hver ungdomsskole, vi er privilegerte. Vi møtes, kan ta opp vanskelige saker, tenke sammen, vurdere om det er andre instanser å henvise til.

4.4.2 Når ord ikke er nok

På spørsmål om når og hvordan det er aktuelt å bruke kroppslige innfallsvinkler i arbeidet med ungdom som sliter, blir det først stille i fokusgruppene. Ulike typer kunnskapsformidling og samtaler kommer fram som hovedtilnærming, både hos fagpersonene selv og de unge.

Språket med diagnosene er tilstede for ungdom; Jeg er deprimert, jeg har angst, så jeg må snakke med psykolog.

Samtidig ser informantene behov for alternativer. Enten fordi de opplever at samtalen ikke gir eleven tilstrekkelig hjelp, eller fordi den unge ikke ønsker samtaleterapi.

Vi har tenkt at vi så ofte sitter, enten det er i gruppe, eller individuelt, og prater om det som er problemet, det blir fokus på det som ungdommene ikke mestrer.

Noen vil ikke gå til helsesøster for da er det noe med følelsene.

På tjenestested I trekker de fram at den tverrfaglige organiseringen gjør at de utfyller hverandre og kan møte ungdommene på ulike måter med forskjellige tiltak.

Når noen kommer og sier at de ikke liker å prate, er det veldig fint å koble PMF på. Vi har noen her så du ikke trenger å prate så mye. For det er mange som har prata mye og er lei av det.

Ved tjenestested II er et samarbeide mellom fysioterapeut, psykiatri- og skolehelse-tjenesten under planlegging. De ønsker å etablere et tilbud med en mer kroppslig innfallsvinkel til unge som sliter psykisk og har kroppssmerter.

4.4.3 Kunnskap og erfaringer

For fagpersoner som fysioterapeut og psykomotorisk fysioterapeut er kroppslig innfallsvinkel det naturlige valget selv om metodene kan være ulike, for andre er mer eksplisitte erfaringer med kroppslige tilnærminger av betydning for hvilke muligheter de ser ved å arbeide i og gjennom kroppen.

Jeg jobber mest individuelt med trening. Og vi snakker mye om hvordan de sitter og jobber, spenningsmønstre, om de gruer seg til noe og spenner seg, gjøre dem mer bevisste på eget bevegelsesmønster. Det er særlig ved smerter i nakke/skuldre.

Det er aktuelt å jobbe gjennom kropp alltid, med omtrent alle temaer.

For psykologen er samtale hovedtilnærmingen, men hun kan bruke øvelser og samtale om kroppslige reaksjoner.

Jeg møter jo kroppen, men stort sett møter jeg jo hjernen!

Dersom det er for tungt å jobbe med hvorfor, tanker eller følelser, må man kjenne at det skjer noe positivt når jeg bruker kroppen. Ved depressive symptomer, handler det om å aktivere kroppen.

Miljøterapeuten angir å jobbe litt kroppslig i grupper, og at det kan være lettere å snakke om det som er vanskelig når de samtidig er i bevegelse. Hun har rammer slik at det er mulig.

Å gjøre ting sammen i gymsalen er for noen lettere enn å sitte og snakke sammen.

Helsesøstrene i den ene fokusgruppa trakk fram at de hadde endret pubertets- og prevensjonsundervisningen slik at de la mer vekt på konkrete kroppslige forhold, og syntes å merke en endring i hvordan særlig unge jenter forholdt seg til seg selv og andre.

Snakker om hvordan kroppen virker i undervisningen, konkret hvordan kroppen virker når den ikke vil være med på det, egne grenser på egen kropp.

For helsesøstrene ser det ut til at i hvilken grad de har egne erfaringer med kroppslige tilnærminger er avgjørende for hvilken betydning det gis. En av informantene fortalte dette:

Da hadde vi pilatesgruppe, 15 jenter, etter forespørsel fra lærer. Mye usikkerhet, bli trygge på seg sjøl, de hadde komplekser for kroppen sin, var store. Det er mange år siden, men de syntes det var veldig allright. Kombinerte samtale og rolige, trygge bevegelser. Jeg kan huske at de var veldig ansente for å bli tatt på. Spurte om det var greit at jeg tar på for å vise pusteøvelser og hvordan bevege seg. De var helt stive. Etter hvert slappa de av, syntes det var godt, fikk tak på øvelsene, pusteteknikker og.

En annen trekker fram erfaringer fra et tiltak i samarbeide med den psykomotoriske fysioterapeuten. Hun viser med egen kropp hvordan ord og bevegelse ble knyttet sammen.

Etterpå fikk de en oppgave. Vi så hvordan de kjente ubehaget. Du stoppet dem og spurte: Hva gjør du nå for å hjelpe deg? Der de står i situasjonen og kjenner det, ikke bare blir fortalt, da har de det med seg videre.

Mens andre hadde en mer spørrende holdning til kroppslige innfallsvinkler.

Kanskje tenke generelt hvordan man kan bruke kroppen inn i det som er vanskelig, hvordan kan kroppen hjelpe deg? Kjenne hvor sterk du er? Trene, bli sterkere og tåle mer og å stå i det? Å kjenne mestring gjennom fysisk aktivitet i stedet for å sitte på kontoret å snakke om det som er vanskelig.

I disse fokusgruppeintervjuene kommer det fram at kropp og kroppslige forhold har en sentral posisjon i møtene mellom profesjonsutøvere og elever i skolehelsetjenesten. Det gjelder særlig som utgangspunkt for kontakt, samtale og kunnskapsformidling, i mindre grad gjennom tilnærminger som innebærer bevegelse og berøring som en kilde til å forstå seg selv.

5.0 Diskusjon

Studiens hensikt har vært å undersøke hvordan elevene forstås og møtes av profesjonsutøvere i skolehelsetjenesten, sett fra en kroppslig synsvinkel. Hvordan forstås kroppen, hvordan er kroppen tema i arbeidet, og hvordan benyttes kroppslige tilnærminger? Nedenfor vil funn fra undersøkelsen belyses med aktuell teori og holdes opp mot relevant forskning. Drøftingen starter med å se på funnene i hovedkategori I.

5.1 Livet leves i og gjennom kroppen.

I denne studien viser fagutøverne en høy grad av sensitivitet for, og refleksjon rundt, det kroppsliges betydning i arbeidet med elevene. Kroppen anses som det sentrale setet for jeget, og tillegges egenverdi i mange perspektiver.

5.1.1 Personen.

Informanten knyttet an til et holistisk menneskesyn, der biologiske, psykologiske og sosiale forhold samspiller. Dersom elementene forstås integrert, er det en dekkende modell for et monistisk syn ifølge Hustvedt (2017). Det kom fram innledningsvis og kunne forstås som en frase, men det ble gjentatt på ulike måter underveis i diskusjonene, «(...) hvis man deler opp i kropp, psykisk helse og det sosiale, deler vi opp mennesket (...)». Slik framstår det som mer enn et formular, som en grunnleggende forståelse av mennesket som udelt og situert.

Det første informantene viste til med ordet kropp var: «Det er meg, den personen du møter». Et subjekt. Dette står i motsetning til det kartesianske kroppsløse subjektet som var adskilt både fra verden og kroppen (Thornquist, 2018, s. 28,43,45). Kropp brukt som synonym til et meg, samsvarer derimot med det kroppssubjektet vi finner i kroppsfenomenologisk tenkning etter filosofen Merleau-Ponty. I følge ham er det å være i verden som subjekt nettopp å være i verden som kropp (Thornquist, 2018, s. 138-140). Den fenomenologiske kroppen er alltid nærværende, ikke som et sansbart objekt, men som meg selv (Nortvedt, 2008).

Det kommer fram at ungdommens prosjekt, identitetsdannelsen, ses som en kroppslig forankret prosess preget av usikkerhet både om hvem en er og hva andre mener om ens kropp. «Samtidig som de har et identitetsprosjekt, hvem er jeg i min kropp, og hva synes andre om

min kropp?» På samme måte knytter Skårderud (1994, s. 175-176) identitet til kroppsselve, og viser til at det gir grunnlag for en identitetskrise når pubertetens kroppslige endringer og biologiske prosesser setter inn, samtidig som psykologiske prosesser aktiveres og den unge arbeider med å definere seg selv, jamfør teoridelen 2.7. Ifølge Thornquist (2018, s. 156-157), finner vi det samme synet i kroppsfenomenologien. Kroppslige vaner og væremåter internaliseres og danner basis for personens selvpresentasjon, identitet og selvfølelse.

Informantene ser kroppen som senter for erfaringer. Den vil preges av det vi opplever, og det er gjennom den vi håndterer det vi står i. Den er kilde til mestringsfølelse og sjøltillit, samtidig «(...) setter vonde opplevelser seg i kroppen som smerter». Dette er og i samsvar med fenomenologisk forståelse. Det vi erfarer og gjør, blir en del av vår kroppslighet, selv om ikke alt vi opplever og gjør foregår på et bevisst og villet plan (Thornquist, 2018, s. 156-157). Forskning innen mer biologisk retning viser noe av det samme, sett fra en annen synsvinkel. Mennesket biologisk påvirkes konkret av våre opplevelser og hvordan vi tolker dem og tilpasser de kroppslige reaksjonene. Ulike deler av DNA kommer til uttrykk, avhengig av erfarte og fortolkede forhold (Getz et al., 2011). Dette står i kontrast til Descartes oppfatning av at det var den immaterielle sjelen som utgjorde den erfarende delen av mennesket (Skårderud et al., 2010, s. 371).

5.1.2 Den konkrete kroppen

Denne underkategorien viser til hvordan informantene trakk fram kroppen som vår selvfølgelig framtredelesform. Synlig og handlende. Vi presenterer oss og presterer, i daglig gjerning, gjennom utviklingsstadier, som friske eller syke, gjør godt eller vondt. Dette kan ses som en fenomenologisk forståelse hvor levd liv og levd erfaring har en kroppslig forankring, kroppen befinner seg i tid og rom, gjennom den deltar vi i menneskelig og meningsskapende liv (Thornquist, 2018, s. 138-140). Gjennom kroppen er vi rettet mot verden og rettes av det vi opplever i møtet med andre og omgivelsene (Engelsrud, 2006, s. 31).

Fagpersonene legger vekt på kroppens robusthet og funksjonalitet. I første omgang kan det ses som en instrumentell innstilling, men de knytter det til at erfaringen av bevegelse og aktivitet kan være et grunnlag for å oppleve mestring, en motsats til det de beskriver som utseendefokus. Da blir perspektivet å ha et subjektforhold til kroppen i motsetning til objektiveringen som kan følge fokus på det ytre. Dette kan ses i relasjon til fenomenologiens påpekning av kroppens tvetydighet, aldri et rent objekt, alltid samtidig et erfarende subjekt

(Thornquist, 2009, s. 192-193; 2018, s. 140-141). Denne tilnærmingen ser også ut til å bidra til utvikling av et positivt kroppsbilde hos ungdom (Frisén & Holmqvist, 2010).

5.1.3 Følelser og kropp

Profesjonsutøverne ga inntrykk av at temaet kropp vakte følelser og engasjement. De viste kroppslig hvordan de var berørt i måten de snakket på gjennom endring i intonasjon og gester. «Fantastisk», (...) «kropp er utrolig spennende, og vakkert, alle kropper». Her kunne en observere den samtidigheten mellom kropp og følelser som kroppsfenomenologien peker til (Thornquist, 2009, s. 194; 2018, s. 154-155).

Da temaet overvekt kom opp i det ene fokusgruppeintervjuet, trakk flere fagpersoner fram et ubehag hos seg selv ved dette temaet, og vansker med å ta det opp med den unge. Det kan tyde på at de merker en ambivalens hos seg selv. Det var følelsene skam og mislykkethet de knyttet til ubehaget. Kroppen har en særstilling i forhold til skam fordi den både er objekt og symbol. (Skårderud, 2002, s. 47). Den framstilles som noe vi har som kan konstrueres og iscenesettes, og blir på den måten et middel for selvpresentasjon. Dens ytre kan uttrykke hvem vi ønsker å være. Det stiller krav til selvdisiplin og innsats (Skårderud, 1994, s. 177; Thornquist, 2009, s. 83-85). Slik kan kroppen i seg selv gi grunnlag for skam i tillegg til at den kan fortelle om selvkontroll eller mangel på det (Skårderud, 2002, s. 47). Samtidig er kroppen sensitiv, dersom den aksepteres som god nok, kan den utforske verden gjennom bevegelser slik den er (Engelsrud, 2006, s. 119). Bevisstheten har en emosjonell og en kognitiv side (Sletvold, 2005), og her kan det forstås som en uoverensstemmelse hos fagutøverne mellom tanken og ønsket om å gi anerkjennelse og følelsen av at den andre har kommet til kort.

Informantene holder fram kropp som sete for følelser. Begrepene emosjoner og følelser brukes noe ulikt hos fenomenologene og nevropsykologen Damasio, men i begge perspektivene forstås følelser og emosjoner som kroppslig forankrede prosesser, ved at de oppstår og uttrykkes i kroppen (Sletvold, 2005). Fagpersonene ser det slik at ungdom kan ha vansker med å forholde seg til egne følelser og bruker ulike kroppsteknikker for selvregulering. Det er varierende i hvilken grad ungdommene selv har integrert denne forståelsen. «(...) så viser det seg etter hvert at det gjelder selvskading med spising eller direkte med barberblader eller knivblader eller den type ting. Og da bruker de jo kroppen til å behandle følelser.» Dette synet er i tråd med rådende forståelse av fenomenet innen feltet

psykisk helsearbeid (Skårderud, 2011; Skårderud et al., 2010, s. 394-395), og en norsk kvalitativ studie beskriver det samme fenomenet i forhold til overdreven trening ved anoreksi (Kolnes & Rodriguez-Morales, 2016). Oppmerksomheten i forhold hvordan vi også i det daglige regulerer følelsesliv med kroppen ved muskulære spenninger og kontroll av pust og bevegelser, kan synes mindre (Thornquist, 2009, s. 212-213).

5.2 Samspill

I analysen av funnene kom det fram at informantene ser at ungdommenes vansker oppstår i spillet mellom seg selv, andre og omgivelsene. Disse utfordringene involverer ofte kroppslige forhold, og kropp er tema i mange sammenhenger og på flere nivåer. Videre viste det seg en intersubjektivitet mellom fagpersonene og ungdommen de kommer i kontakt med. De er rettet mot elevene, og lar seg rette av dem, de lar seg berøre og engasjere, og tiltak tilpasses det de ser som elevenes utfordringer. Det viste seg i temaer de tok opp i ulike sammenhenger og måter å nærme seg elevene på.

5.2.1 Forventninger

Hovedutfordringene til de unge er først og fremst knyttet til krav om å prestere, utseendemessig, faglig og sosialt, slik informantene ser det. Dette synet sammenfaller med forskning om ungdom og psykisk helse (Helsedirektoratet, 2014, s. 10; Øgård-Repål et al., 2017). Psykomotorikere erfarer at unge jenter de har i behandling selvkritisk overvåker egen kropp, utseende og prestasjon (Bjørlykhaug, 2016). I det senmoderne samfunnet legges det vekt på individet og den enkeltes realisering av eget potensiale (Vetlesen & Henriksen, 2003, s. 20). Det gir et kroppsliggjort press, og fagpersonene identifiserer et instrumentelt kroppssyn hos de unge selv. Dette står i kontrast til det fenomenologiske synet der kroppen er et erfarende subjekt (Engelsrud, 2006, s. 30). Fagutøverne oppfatter forventningspresset som en form for ytre styring som internaliseres.

Informantene i denne studien anser sosiale medier som kilde til belastning for unge. Det samsvarer delvis med funn i annen forskning, men bildet er nyansert. Sosiale medier kan fungere som forsterker for ulike former for press, men også gi avkobling (Eriksen et al., 2017, s. 73, 76). Profesjonsutøverne oppfatter disse belastningene som kroppsliggjorte: «De skal

være tilgjengelige, ha mobilen på om natta, de skal være sminka. De gir ikke seg selv lov til å slappe av, kroppen er på en måte i alarmberedskap hele tida».

5.2.2 Sosial støtte

Profesjonsutøverne ser at ungdom har varierende grad av sosial støtte og ordnede livsforhold, og peker på at det kan være vanskelig å bryte ut av sosiale mønstre. Både ensomhet og sosioøkonomiske forhold trekkes fram som faktorer som gir enkelte større utfordringer enn andre. Det samme kommer fram i norsk forskning om ungdom og helse (Folkehelseinstituttet, 2014, s. 65). Det ser ut til å være en reell økning i psykiske plager blant ungdom, nye grupper rammes, samtidig blir fra før sårbare grupper mer disponert (Eriksen et al., 2017, s. 14; Sletten & Bakken, 2016, s. 8,10).

Det sen- eller postmoderne samfunnet preges av kompleksitet og usikkerhet (Frønes, 2002, s. 70). Individualisering innebærer at det legges vekt på individet og individets muligheter, vi er ikke i samme grad begrenset av sosial tilhørighet og arv som tidligere. Den unge kan selv velge sin vei, dette gir muligheter, men stiller også krav om en selvrealisering og selviscenesettelse som den unge kan stå ganske alene i (Thornquist, 2009, s. 83; Vetlesen & Henriksen, 2003, s. 20). Sosiale ulikheter og helseforskjeller reproduseres i Norge, og adferd som påvirker helsen følger ofte utdannings- og inntektsnivå (Finansdepartementet, 2019, s. 97-101; Folkehelseinstituttet, 2014, s. 64-65). Ansvar for å lykkes hviler på den enkelte. Selvfølelse henger sammen med opplevelsen av å leve opp til idealer, og når en ikke innfrir, kommer den vonde skammen (Frønes, 2002, s. 77; Skårderud, 2002, s. 49). Det gir ekstra utfordringer for den som vokser opp under belastende forhold.

5.2.3 Den sosiale kroppen

Sosiale utfordringer knyttes til at vi er kroppslige subjekter. «(...) hos meg handler det om det sosiale, men jeg knytter det til kropp (...)». Informantene trekker fram at ungdom velger å være sammen på sosiale medier heller en fysisk, og de kan blottlegge seg på nett, men ikke dusje sammen etter gymmen. Fagpersonene undrer. Kroppsfenomenologisk kan dette forstås som en forstyrrelse i balansen mellom subjekt og objekt. Når kroppen fungerer er vår oppmerksomhet rettet mot våre handlinger, ikke kroppen, men hvis vi hindres i vår utfoldelse, rettes oppmerksomheten til kroppen (Thornquist, 2018, s. 141-142). På nettet kan det vi ikke

ønsker å vise, kviser eller rødming, sosial angst, skjules, og det oppleves for mange som det mest verdifulle ved nettet (Pedersen, 2005). Har vi først begynt å se oss som objekter på nettet, blir det vanskeligere å møte andre som kroppslige subjekter. I et kulturelt perspektiv kan det se ut som om ungdommene lever opp til det idealet om å være åpen og synlig som ligger i det senmoderne, og så erfarer sårbarheten det gir (Skårderud, 2002, s. 48).

Når elevene blir fortrolige med fagpersonene, kan det komme fram et anstrengt forhold til egen kropp på flere måter. De kan være de er misfornøyd med seg selv, lurer på om deres egen kropp er normal, eller om de bør få utført korrigerende inngrep. Dette kan forstås i lys av rådende strømninger i samfunnet. I det senmoderne framstilles kroppen som noe vi har som kan konstrueres, et uttrykk for hvem vi ønsker å være (Skårderud, 1994, s. 177; Thornquist, 2009, s. 83-85), heller enn vår tilgang til verden der vi blir rettet av det vi opplever i møtet med de andre og omgivelsene (Engelsrud, 2006, s. 31).

Fokusgruppedeltagerne opplever at det er snevre rammer for hva som er normalt. Parallelt med individualiseringen i samfunnet, skjer en standardisering (Vetlesen & Henriksen, 2003, s. 24-25). Raske samfunnsendringer bidrar til en dreining fra en indrestyrt til ytrestyrt kultur gjennom å gi uklare rammer for identitetsutviklingen. Sammenligningen med andre og tilpasningen til regler og verdier blir viktig for å definere seg selv. Når det blir vanskeligere å kjenne seg selv innenfra, må en erfare seg selv utenfra (Skårderud et al., 2010, s. 375). Fagpersonene på sin side, har fokus på at det er stor variasjon i hva som er normalt. De ser en sammenheng mellom unges forhold til egen kropp, kroppsfokus i medier og foreldres negative kroppsbilde. Dette er i tråd med nyere forskning (Eriksen et al., 2017, s. 95-96; Frisén & Holmqvist, 2010).

Forholdet til egen kropp og egne grenser i sammenheng med seksualitet kom opp i det ene intervjuet. Det kunne være et utfordrende felt, særlig for jenter. Enkelte våget ingen utforskning av intimitet, mens andre kunne overskride egne grenser ved å «stenge av» kontakten med egen kropp for å kjenne etterpå at dette var «(...) verken hode eller kropp med på (...)». Seksualitet i ungdomsalderen handler mest om å utforske seg selv og egen identitet, for å utvikle evnen til nærhet og intimitet (Erikson, 1980, i Salomonsen, 2002, s. 92-93). Ved aktivt å stenge av for egen persepsjon, framtrer kroppen som objekt (Thornquist, 2009, s. 192-193), det oppstår en avstand til egen kropp som innebærer en fremmedgjøring (Thornquist, 2009, s. 197).

Informantene lar seg uroe og stiller seg undrende til elevenes situasjon. Det kan forstås i lys av Eriksons teorier om ulike utviklingsfaser gjennom livet, som trukket fram i teoridelen 2.7. Den voksne som føler omsorg og ansvar for de unges identitetsdannelse, gjennomlevde sin ungdomstid innen andre rammer (Erikson, 1982, s. 31). Slik sett kan elevene ha andre muligheter og mestringsstrategier enn profesjonsutøverne ser.

5.2.4 Den kommuniserende kroppen

Deltagerne i den første fokusgruppa trakk fram kroppslig kommunikasjon som et viktig og utfordrende område for ungdommene. De pekte på hvordan følelser uttrykkes kroppslig, tas imot og skaper et svar hos den andre. Særlig interessant er det at de trekker fram hvordan kroppen også «(...) kan vise det vi ønsker, eller ikke klarer å skjule». I fenomenologisk forståelse er følelser i kroppen, i gestene. Kroppen uttrykker og er uttrykket. Kroppen er relasjonell og vi merker oss selv og andre gjennom den. Andre menneskers kropp er oppfattet som meningsbærende (Engelsrud, 2006, s. 31-32; Thornquist, 2009, s. 194). Det er kroppen som helhet som persiperer og tolker omgivelsene. Det er først når vi reagerer kroppslig-emosjonelt på et objekt vi kan ha en bevisst opplevelse av det (Sletvold, 2005). Sett i lys av tilknytningsteori, utvikles selvbevissthet gjennom samspill med omgivelsene. Det er gjennom å persipere og tolke andre vi blir i stand til å tolke oss selv, men dermed blir også måten vi forstår oss selv på avhengig av hvordan vi er blitt fortolket av andre (Karterud, Wilberg & Urnes, 2010, s. 45). Det kan se ut som om ungdomstiden er en fase der individene strever med å gjenkjenne emosjonelle reaksjoner som bevisste følelser, mistolker dem eller er usikre på hva følelsene heter (Karterud et al., 2010, s. 24).

Innen kommunikasjonsforskning tillegges non-verbale kanaler stor betydning i etableringen av det følelsesmessige klimaet mellom mennesker. Dersom det er uoverensstemmelse mellom verbale og andre signaler, vil tilliten være størst til de non-verbale signalene for voksne, særlig dersom det handler om emosjonelle temaer. Barn vektlegger ord framfor ansiktsuttrykk (Holte, 2002, s. 34,44). Informantene har identifisert et utfordrende område for elevene, og har etablert et tiltak der opplevelse, ord og handling kan samspille og utfylle hverandre.

Videre holder informantene fram at kroppen kan være kilde til kunnskap om seg selv. Da må personen klare å være tilstede i de aktuelle følelsene for å kunne forstå og håndtere sin egen situasjon og samhandlingen (Kolnes & Rodriguez-Morales, 2016). Det kan være utfordrende for mange unge slik fagpersonene ser det.

5.2.5 Å treffe ungdommen der hen er

I denne studien kommer det fram at kroppslige symptom kan være en inngangsport til å snakke med helsesøster. Det er i samsvar med tidligere forskning (Moen & Skundberg-Kletthagen, 2018). Videre viser det seg at kroppslige temaer har en stor og betydningsfull plass i arbeidet med elevene. Smerter eller spørsmål om prevensjon er ofte innledende tema, mens utenforskap, sorg, lav selvfølelse er temaer hvor kroppslige forhold kommer inn etter hvert, forholdet til egen kropp og hvordan de ser på seg selv, er temaer som kommer opp når elevene føler seg trygge. Egenopplevd kroppspress kommer fram som tabubelagt i en kvalitativ studie i Oslo. Samtidig er kroppspress sammensatt ved at det er knyttet til sosiale medier og trening, elementer som også oppleves som positive (Eriksen et al., 2017, s. 95-96).

Informantene beskriver hvordan de går konkret inn i det eleven tar opp, oftest kroppslige forhold, er opptatt av å lytte. Det gir anledning til å avklare om det er en enkel problemstilling eller mer sammensatte vansker. Det dreier seg om å vinne tillit. I det ligger også å avveie nøye hva som kan deles med foresatte. «Tillit handler om å åpne for den andre, gi et rom for den andre som vi stoler på vil bruke dette rommet i pakt med våre behov. Gi noen tillit er å stole på og dermed kunne hvile selv» (Pedersen, 2010, s. 52). Da kan elevene og fagpersonene sammen komme fram til kjernen i det som plager den unge. Det kan forstås som en fenomenologisk tilnærming, ved å undersøke den andres livsverden, kan en bidra til å forstå dennes erfarings- og meningsverden (Thornquist, 2009, s. 190-192), eller ved å «la fenomenet framtre for oss», å lytte til den andre nettopp gjennom å gi rom og tid slik informantene beskriver (Schibbye, 2012, s. 267-268).

På spørsmål om ungdommene tar opp temaer som ikke er kroppsrelaterte, trekker informantene fram at det kan være i forhold til fag, men det er ikke ofte de kommer til helsesøster med faglige vansker.

5.3 Å møtes innenfor rammene

Strukturelle forhold viser seg å være av betydning for hvordan profesjonsutøverne møter elevene gjennom kroppslige tilnærminger. Sentrale og lokale føringer samt organisering spiller inn sammen med erfaringer fra praksis og faglig bakgrunn. Samtale og kunnskapsformidling er viktigste tiltak i arbeidet med elevene. Fokusgruppedeltagerne ser verdien av kroppslige tilnærminger, men har i varierende grad kunnskap og erfaring innenfor feltet. På tjenestested II er det fysioterapeutens felt, og hun arbeider på egne arenaer.

5.3.1 Samfunnsoppdraget, egen faglighet, ressurser og organisering

På tjenestested I kom det fram at profesjonsutøverne følte et ubehag ved å gjennomføre den pålagte oppgaven å veie og måle 8. klassinger, for så å skulle kontakte foresatte dersom eleven ble veid og funnet for tung. De opplevde at dette sto i motsetning til hvordan de ellers la til rette for at elevene skulle oppleve seg anerkjent. De anså tiltaket som lite egnet for å hjelpe unge som har det vanskelig. I andre sammenhenger arbeidet de med å fremme fysisk aktivitet og et sunt kosthold. Det holdt de for relevante, helsefremmende tiltak. Det kan synes som om et instrumentelt kroppssyn kommer til uttrykk i de nasjonale faglige retningslinjene for skolehelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2010, s. 18; 2018, Kap. 5.1.2). Der er stadfesting av at eleven er utenfor gitte referanserammer tenkt som tiltak for å fremme folkehelse. Å vise til at eleven ikke tilfredsstiller en gitt standard, kan forstås som en måte å påføre den unge skam på, at noe er galt med hen (Frønes, 2002, s. 77; Skårderud, 2002, s. 49).

Lipsky (2010, s. xvii) lanserte begrepet «bakkebyråkrater» om offentlig tjenestyrere som har direkte bruker- eller klientkontakt, stor grad av selvstendighet og myndighetsutøvelse, og liten mulighet til å utføre arbeidet i henhold til en ønsket standard på grunn av rammebetingelser, eller at standarden er uklar. Profesjonsutøverne her står i spenningen mellom føringer fra sentralt hold og eget faglige skjønn, deres autonomi utfordres, et av de dilemmaer som kan kjennetegne «bakkebyråkratenes» arbeidssituasjon (Lipsky, 2010, s. 16-17).

Tjenesten skal primært være rettet mot elevmassen som helhet, men også være tilgjengelig for ungdom enkeltvis (Ottesen et al., 2016). Ved tjeneste sted II gir de uttrykk for at ressursene er begrensede i forhold til oppgavene, et annet kjennetegn ved «bakkebyråkratiet» (Lipsky, 2010, s. 29). Profesjonsutøverne må foreta avveininger mellom de pålagte oppgavene. Det er lite rom for å arbeide individuelt. Studier som undersøker bemanningen i skolehelsetjenesten er ikke entydige med hensyn til om bemanningsnormen for helsesøstre er oppfylt. Haugan og Hartvedt (2016, p. 26) finner at anbefalt dekningsgrad for helsesøstre er oppfylt landet sett under ett, men med fylkesvise variasjoner. Mens en annen undersøkelse (Waldum-Grevbo, 2015) viser at det er store variasjoner i helsesøstertilbudet, kun et fåtall skoler har helsesøster tilgjengelig daglig, og mener at det slik sett ikke kan kalles et likeverdig lavterskeltilbud. Dette kan forstås i lys av Lipskys (2010, s. 33-34) analyse av hvordan behov for offentlige tjenester øker i takt med tilgjengelighet og synlighet på grunn av økte krav til innholdet i tjenesten.

Profesjonsutøverne i skolehelsetjeneste II har opplevd at det kan være vanskelig å få tilgang til elevene fordi elevene må tas ut av skolen og mister undervisningstid. Skundberg-Kletthagen et al. (2017) finner det samme. Det kan se ut som om motstridende føringer fra sentrale myndigheter setter det lokale samarbeidet mellom ulike «bakkebyråkrater» under press (Lipsky, 2010, s. 27).

Tverrfaglighet, samarbeid og tilstrekkelig kompetanse bør kjennetegne psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene (Sosial-og helsedirektoratet, 2007, s. 12) Tjenestested I er organisert tverrfaglig, på VGS som et team med overlappende arbeidsoppgaver. Det beskriver Orvik (2015, s. 240) som avansert. Profesjonsutøverne her trekker fram organiseringen som positiv og peker på at den psykomotoriske fysioterapeuten bidrar med kroppslige tilnærminger som utfyller de andre faggruppens bidrag.

Ved tjenestested II arbeider de ulike faggruppene i hovedsak med selvstendige arbeidsoppgaver og samarbeider om enkeltstående prosjekter. De vil si flerfaglig (Orvik, 2015, s. 239-241). Fysioterapeuten uttrykker ønske om et tettere samarbeid. En norsk studie fra en spesialenhet for spiseforstyrrelser finner at tverrfaglig samarbeid er av betydning, og den psykomotoriske fysioterapeuten bidrar spesielt med sin kunnskap om kroppslige forhold og behandlingstilnærminger (Børsum & Råheim, 2017).

5.3.2 Når ord ikke er nok

I psykisk helsearbeid er kommunikasjon sentralt. Psykisk helse forstås i et relasjonelt perspektiv og kommunikasjon benyttes i behandlingstilnærminger. Kommunikasjon er først og fremst forstått som et verbalt anliggende, ord og samtale anses som den viktigste tilnærmingen etter at evnen til å symbolisere er utviklet (Gretland, 2007, s. 19). Det samme ses i denne studien selv om det kommer fram noen ulikheter mellom de to fokusgruppene. Språket gjennom kunnskapsformidling, informasjon og samtaler i ulike sammenhenger er hovedtilnærming i arbeidet med elevene.

Samtaletilbud forventes også av mange av elevene, samtidig som andre ikke ønsker å snakke, eller har snakket ferdig. Informantene gir uttrykk for å oppleve at samtaler eller kognitiv tilnærming kan være utilstrekkelig, det er behov for noe annet i tillegg. Evnen til å reflektere og sette ord på er grunnleggende for mennesket, samtidig har tanke og språk utspring i en sansende kropp som står i relasjon til andre kropp (Hustvedt, 2017). Bevegelse og det å

kjenne etter i egen kropp gir mening til følelser og erfaringer. Gjennom å merke seg selv og omgivelsene kan det legges til rette for kroppslige erfaringer som basis for subjektivitet, uttrykk og språk (Nordtug & Engelsrud, 2016).

En av informantene trekker fram at ungdommer kan se seg selv i forhold til diagnoser. Det kan forstås som uheldig på flere måter. Unges vansker er dels knyttet til opplevd prestasjonspress på flere områder (Øgård-Repål et al., 2017). Det kan stilles spørsmål ved om det er riktig tilnærming når psykisk helse blir noe som skal presteres gjennom kunnskapstilegnelse og riktig begrepsbruk (Nordtug & Engelsrud, 2016). Tilpasning til fagmiljøenes måte å snakke på, kan bidra til selvfremmedgjøring heller enn å finne språk for det som er vanskeligheter i eget levd liv (Løkke, 2014).

Kroppssmerter eller kombinasjonen av kroppslige smerter og psykisk uhelse trekkes fram som indikasjon for å benytte kroppslige innfallsvinkler. Kroppslige smerter er vanlig blant norsk ungdom og påvirker deltagelse i daglige aktiviteter (Skarstein et al., 2014). 17% var regelmessig plaget med hodepine, nakke- eller magesmerter i den norske «Ungdataundersøkelsen» i 2016. Hele en av ti jenter oppga å ha daglig hodepine, og bruk av reseptfrie smertestillende midler blant ungdom øker (Bakken, 2017, s. 74-75). Det er indikasjoner på at ungdom med høyt forbruk av reseptfrie smertestillende samtidig har høy forekomst av opplevd stress, samt begrenset kapasitet til å håndtere ulike typer stress (Skarstein, Lagerløv, Kvarme & Helseth, 2016; Skarstein et al., 2014). Lien et al. (2011) finner at smerter i tidlig ungdom er prediktor for utvikling av mentale plager, mens en annen studie (Wurm et al., 2018) finner en sammenheng mellom sosiale vansker i 7. klasse og senere utvikling av muskel- og skjelettsmerter hos 9. klassinger. Det er grunn til å ta ungdoms kroppslige smerter på alvor i et helhetlig perspektiv sett i lys av helsebegrepet drøftet i 2.6.

5.3.3 Kunnskap og erfaringer

Det blir taust når temaet kroppslige innfallsvinkler bringes på bane i fokusgruppene. I hvilken grad og hvordan elevene møtes gjennom kroppslige tilnærminger, ser ut til å være knyttet til fagkompetansen som er tilgjengelig eller erfaringene profesjonsutøverne har. Det er i utgangspunktet fysioterapeutenes domene (Ottesen et al., 2016; Thornquist, 2009, s. 252-253), samtidig er andre faggruppers forståelse av betydning for om fysioterapeuter trekkes inn (Thornquist, 1992, s. 280). Det gjenfinnes i denne studien i de situasjonene der det er helsesøster som er den som har «åpen dør».

Psykologen uttrykker at hun «møter jo kroppen, men stort sett møter jeg jo *hjernen*». Det kan forstås som en ambivalens, eller en hentydning til det som kan kalles den moderne dualismen, der skillet er mellom sinn/hjerne og resten av kroppen, der følelser og tanker hører hjernen til, og ikke har sin opprinnelse i resten av kroppen (Damasio, 2001, s. 21, i Sletvold, 2005). Med bakgrunn i hvordan kropp og sinn ellers omtales, er det nærliggende å tolke det som et uttrykk for at verbale og kognitive tilnæringsmåter har forrang, selv om øvelser eller bevegelser også kan brukes.

På tjenestested I har det vært arrangert grupper med kroppslige tilnæringer i samarbeid mellom flere profesjoner, og miljøterapeut og psykolog kan benytte øvelser eller bevegelser som en del av tilnærmingen til elevene. Ved riktig utvalg og tilpasning av aktiviteter og bevegelse, sammen med en undersøkende innretning av samtalen, kan det legges til rette for å bli fortrolig med kroppens signaler, bli kjent med og trygg på egne grenser, at kroppen oppleves som subjekt (Moe, 2009). Helsesøstrene trekker fram at konkret kroppslig vinkling av undervisningen ser ut til å ha betydning for elevenes forhold til egen kropp og grenser. Det kan ses som en kroppslig tilnærming ved at de tar utgangspunkt i konkrete kroppslige fenomener og fornemmelser og setter dem inn i en ramme slik at det er mulig å knytte dem til erfaringer og meningsfulle situasjoner (Gretland, 2007, s. 184). Ved begge tjenestestedene kommer det fram at ungdommene blir tatt på alvor som kroppslige subjekter i samtaler og annen direkte kontakt. Informasjon fra kroppen anses å ha egenverdi og reduseres ikke til en inngang til følelser/tanker som det «egentlige» indre (Thornquist, 1992, s. 284; 2009, s. 353).

Noen av informantene viser en mer spørrende holdning til kroppslige innfallsvinkler. Det kommer fram en tiltro til at fysisk aktivitet og bevegelse kan gi opplevelse av mestring og glede. Forskning indikerer en sammenheng mellom fysisk aktivitet og ungdoms psykiske helse, men denne sammenhengen er ikke lineær og kan ikke forstås som en årsaks/virknings mekanisme (Engelsrud & Nordtug, 2018; Gretland, 2007, s. 166-167). Noe av forklaringen på sammenheng kan ligge i de unges motivasjon for å delta i den fysiske aktiviteten (Frisén & Holmqvist, 2010), altså i meningsaspektet. Samtidig har mange negative erfaringer med egen kropp, bevegelse og trening, og for andre kan overdreven trening være et kjennetegn på et vanskelig forhold til seg selv og andre (Gretland, 2007, s. 165; Ottesen & Thornquist, 2015). Det er behov for fagkompetanse for å finne fram til hvilke bevegelser og aktiviteter som vil tjene den enkeltes utvikling og vekst (Moe, 2009).

To helsesøstre trekker fram erfaringer fra kroppslige tilnærminger. Den ene opplevelsen ligger flere år tilbake i tid, og hun må tenke seg om for å hente fram rammene rundt tiltaket, men hun gjengir presist hvordan ungdommenes kroppslige uttrykk og reaksjoner endret seg. Dette var en Pilates-gruppe, en gruppe der øvelser og bevegelser kan være spenningsregulerende (Gretland, 2007, s. 161). Den andre helsesøsteren referer til et nylig samarbeid med den psykomotoriske fysioterapeuten. Hun gestikulerer og viser med egen kropp, trekker fram at det elevene kjenner på egen kropp, har de med seg videre. På denne måten viser de til, og viser selv, hvordan kroppslige tilnærminger kan åpne for erfaringer ved å legge merke til og kjenne etter hva som skjer, og sette ord på det (Ottesen et al., 2016). Kropp og bevegelse får dermed egenverdi som kilde til erfaring og innsikt (Thornquist, 1992, s. 284). Dette er samtidig eksempler på det Glavin og Erdal (2013, s. 37-38) peker på om tverrfaglighet; når de involverte bidrar aktivt i arbeidsgrupper eller team, gir det mulighet for å utvikle ny felles viten som kan integreres i eget fag.

6.0 Avslutning

6.1 Metodekritikk

Denne studien er designet for å undersøke et lite beskrevet felt, og fokusgrupper kan være en egnet metode. Metodetriangulering kunne styrket studien, observasjon kunne gitt annen kunnskap om praksis, individuelle intervju kunne brakt dybdekunnskap. Gitt prosjektets rammer og at feltet er lite utforsket tidligere, mener vi designet har vært egnet til å belyse temaet.

Omfanget er begrenset, to fokusgruppeintervju, 12 informanter. Flere grupper eller gjentatte intervju kunne gitt utfyllende kunnskap, to fokusgrupper kan være nok ved strategisk utvalg. Utvalget er strategisk. Funnene kan ikke uten videre overføres til skolehelsetjenesten generelt, men viser hvordan det kan være. Studien hadde ikke til hensikt å sammenligne de to tjenestestedene. Likevel trer det fram ulikheter mellom dem som peker mot felt for videre forskning.

Studiens troverdighet er knyttet til dens transparens. Det er gjort rede for for-forståelse og teoretiske perspektiver samt metodiske valg og avveininger i gjennomføringen av undersøkelsen. Disse er drøftet med veileder underveis i prosjektets ulike faser.

6.2 Oppsummering

I denne studien fra norsk skolehelsetjeneste har kroppens rolle og betydning i det helhetlige helsearbeidet vært i fokus utfra tre innfallsvinkler. Kroppssyn, hvordan kroppslige temaer berører elevene og kroppslige tilnærminger i arbeidet med ungdommene.

Informantene er samstemte i sin forståelse av mennesket som udelt, et subjekt i verden som konkret kropp. Identitet knyttes til en kropp som ses som sansende, sensitiv og erfarende.

Det viser seg at kropp er tema på mange måter i møtene mellom profesjonsutøverne og elevene. Ungdom tar opp kroppsrelaterte temaer på ulike nivåer, og ungdommenes utfordringer knyttes til at vi er i verden som kropper, og som kropper samspiller og samhandler vi med hverandre og omgivelsene.

Kroppslige tilnærminger innebærer arbeid med å merke seg selv gjennom bevegelse, berøring og aktivitet sammen med samtale og refleksjon. Hvordan det er integrert i arbeidet med elevene, er mer åpent. Ordet har forrang, men alle informantene trekker fram kroppslig tilgang som noe annet og ønskelig. Data peker på at det er forskjellig praksis på de to tjenestestedene. Ett sted arbeider fysioterapeuten alene og individuelt med kroppen som innfallspunkt. Det andre stedet ses elementer av kroppslig tilnærming hos flere faggrupper, de har etablert praksis for å henvise til psykomotorisk fysioterapi, og profesjonsutøverne samarbeider om tiltak med utgangspunkt i den sansende og erfarende kroppen. Her er det flere profesjoner tilgjengelig i en tverrfaglig organisering i et avansert samarbeid. En kan undre seg om forskjell i kompetanse og organisering kan ha betydning for hvordan den levde kroppen integreres i praksis. Dette kan være utgangspunkt for videre forskning.

Denne studien har undersøkt kroppssyn og -praksis fra fagutøvernes ståsted. Det viser seg at de ser tilnærminger med utgangspunkt i kroppen som aktuelle i møte med ungdom som har utfordringer. Ifølge klinikere forteller ungdom at kroppen som kunnskapskilde gir en annen innsikt om seg selv enn ord alene (Ottesen et al., 2016), og forskning tyder på at kroppsorienterte terapier som basal kroppskjennskap og NPMF kan gi lindring til voksne med smerter eller sammensatte lidelser (Bergland, Olsen & Ekerholt, 2018). Deltagerne i denne studien har utfra alder, profesjon, bakgrunn, sin forståelseshorisont. Hvordan ungdom opplever hjelp gjennom ulike tilnærminger i møte med det som er vanskelig, kan ungdommer selv best gi svar på, og det er et felt der det er behov for mer kunnskap.

Litteraturliste

- Aas, V. M. & Syed, R. (2017). Slår alarm om for få helsesøstre i skolehelsetjenesten. *NRK Buskerud*. Hentet fra <https://www.nrk.no/buskerud/slar-alarm-om-for-fa-helsesostre-i-skolehelsetjenesten-1.13511092> 2018-10-20
- Andem, J. (2015). *Skam* [Dramaserie TV]. Hentet fra <https://tv.nrk.no/serie/skam>
- Anvik, C. H. & Gustavsen, A. (2012). *Ikke slipp meg! : unge, psykiske helseproblemer, utdanning og arbeid*. Bodø: Nordlandsforskning.
- Bakken, A. (2017). *Ungdata. Nasjonale resultater 2017. NOVA Rapport 10/17*. Oslo: NOVA. Hentet fra <http://www.hioa.no/Om-OsloMet/Senter-for-velferds-og-arbeidslivsforskning/NOVA/Publikasjoner/Rapporter/2017/Ungdata-2017>
- Bengtson, M. (2011). Den unges prosjekt. I A. L. v. d. Lippe & M. H. Rønnestad (Red.), *Det Kliniske intervjuet : B. 2 : Praksis med ulike klientgrupper* (2. utg. utg., bd. B. 2). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Bergland, A., Olsen, C. F. & Ekerholt, K. (2018). The effect of psychomotor physical therapy on health-related quality of life, pain, coping, self-esteem, and social support. *Physiotherapy Research International*, 23(4), n/a-n/a. <https://doi.org/10.1002/pri.1723>
- Bjørlykhaug, S. K. (2016). *Psykomotorisk fysioterapi for "flinke piker" - fysioterapeuters erfaringer og refleksjoner fra klinikken* UiT Norges arktiske universitet. Hentet fra <https://munin.uit.no/handle/10037/9602>
- Bokmålsordboka. (2018). I. Universitetet i Bergen og språkrådet: Hentet 20.10.2018 https://ordbok.uib.no/perl/ordbok.cgi?OPP+=erfaring&ant_bokmaal=5&ant_nynorsk=5&bokmaal=+&ordbok=bokmaal.
- Bor, W., Dean, A. J., Najman, J. & Hayatbakhsh, R. (2014). Are child and adolescent mental health problems increasing in the 21st century? A systematic review. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 48(7), 606-616. <https://doi.org/10.1177/0004867414533834>
- Børsum, K. & Råheim, M. (2017). Når kropp er vanskelig: Psykomotorisk fysioterapi for pasienter med spiseforstyrrelser ; en intervjustudie. *Fysioterapeuten*, 84(4), 22-28.
- Calmeyer, G. (2016). *Jeg mot meg* [Dokumentarserie TV]. Hentet fra <https://tv.nrk.no/serie/jeg-mot-meg>
- Drageset, S. & Ellingsen, S. (2009). Forståelse av kvantitativ helseforskning - en introduksjon og oversikt. *Nordisk tidsskrift for helseforskning*, 5(2), 100-113. <https://doi.org/10.7557/14.244>
- Engelsrud, G. (2006). *Hva er kropp*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Engelsrud, G. & Nordtug, B. (2018). Begrepsforståelse i og for fysioterapi ; hva er "psykisk" og hva er "fysisk" helse? : essay. *Fysioterapeuten*, 85(3), 30-33.
- Engelstad, I. (2018). Skammens ansikter. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 55(9), 865-871. Hentet fra <https://psykologtidsskriftet.no/anmeldt/2018/09/skammens-ansikter> 2019-05.-08.
- Eriksen, I. M., Sletten, M. A., Bakken, A. & von Soest, T. (2017). *Stress og press blant ungdom* Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.
- Erikson, E. H. (1982). *Identitet- ungdom og kriser* (B. Brun, Overs.). København: Hans Reitzel.
- Erikson, E. H. (2000). *Barndommen og samfunnet* (2. utg. utg., K. v. Krogh, Overs.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Finansdepartementet. (2019). *Muligheter for alle Fordeling og sosial bærekraft* (Meld. St. nr 13). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/472d31ff815d4ce7909f5593bf7d79b8/no/pdfs/s-tm201820190013000dddpdfs.pdf>
- Finpå, T. G., Kvarme, L. G. & Misvær, N. (2017). Hvem går til helsesøster? *Tidsskrift for ungdomsforskning [elektronisk ressurs]*, 17, 54-77. Hentet fra <https://journals.hioa.no/index.php/ungdomsforskning/article/view/2258>

- Folkehelseinstituttet. (2014). *Folkehelse rapporten: Psykisk helse hos barn og unge*-.
<https://www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/psykisk-helse-hos-barn-og-unge/>
 Helsedirektoratet.
- Frisén, A. & Holmqvist, K. (2010). What characterizes early adolescents with a positive body image? A qualitative investigation of Swedish girls and boys. *Body Image*, 7(3), 205-212.
<https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2010.04.001>
- Frønes, I. (2002). Skam, skyld og ære i det moderne. I T. Wyller (Red.), *Skam* (s. 59-80). Bergen: Fagbokforlaget.
- Fugelli, P. & Ingstad, B. (2001). Helse - slik folk ser det. *Tidsskrift for Den norske legeforening*.
- Gadamer, H.-G. (2003). *Den gåtfulla hälsan : essäer och föredrag* (J. Jakobsson, Overs.). Ludvika: Dualis.
- Getz, L., Kirkengen, A. L. & Ulvestad, E. (2011). Menneskets biologi - mettet med erfaring. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 131(7), 683-687.
- Glavin, K. & Erdal, B. (2013). *Tverrfaglig samarbeid i praksis : til beste for barn og unge i kommune-Norge* (3. utg.). Oslo: Kommuneforlaget.
- Graneheim, U. H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>
- Gretland, A. (2007). *Den relasjonelle kroppen: fysioterapi i psykisk helsearbeid*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Haugan, L. & Hartvedt, K. (2016). *Kartlegging av årsverk helsestasjons- og skolehelsetjenesten i 2016*. www.helsedirektoratet.no
- Haukland, M., Meyer, M. E., Gjerlaug, A. K. & Tveiten, S. (2014). Vennlig dulting? I *Empowerment i helse, ledelse og pedagogikk : nye perspektiver* (s. 37-60). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet (Meld. St. 26 2014-2015)*. Hentet 2018-10-20
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-26-2014-2015/id2409890/sec1>.
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). Helse- og omsorgstjenesteloven, LOV-2011-06-24-30. Hentet fra 04.05.2019 https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30#KAPITTEL_3
- Helsedirektoratet. (2010). *Nasjonale faglige retningslinjer for veiing og måling i helsestasjons- og skolehelsetjenesten*. Oslo: Helsedirektoratet Hentet fra www.helsedirektoratet.no
- Helsedirektoratet. (2014). *Psykisk helse og trivsel i folkehelsearbeidet*. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/psykisk-helse-og-trivsel-i-folkehelsearbeidet>
- Helsedirektoratet. (2018). *Nasjonal faglig retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Retningslinjer/Helsestasjons-%20og%20skolehelsetjenesten.pdf>
- Hjort, P. F. (1982). Helsebegrepet, helseidealet og helsepolitiske mål. I P. E. Lorentzen, J. Åker & T. Berge (Red.), *Helsepolitikk og helseadministrasjon* (s. 11-31). Oslo: Tanum-Norli.
- Holte, A. (2002). Nonverbal kommunikasjon. I M. H. Rønnestad & A. L. v. d. Lippe (Red.), *Det kliniske intervjuet, Bind II, Praksis med ulike klientgrupper* (2. utg., s. 30-54). Oslo: Gyldendal, akademisk.
- Hustvedt, S. (2017). Sinnets kropp - kroppens sinn (B. Engen, Overs.). *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 54(4), 377-385. Hentet fra <https://psykologtidsskriftet.no/fagessay/2017/04/sinnets-kropp-kroppens-sinn> 2019-02-09
- Johannessen, A., Christoffersen, L. & Tufte, P. A. (2016). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (5. utg. utg.). Oslo: Abstrakt.
- Karlsson, B. & Borg, M. (2013). *Psykisk helsearbeid : humane og sosiale perspektiver og praksiser*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Karterud, S., Wilberg, T. & Urnes, Ø. (2010). *Personlighetspsykiatri*. Oslo: Gyldendal akademisk.

- Kolnes, L.-J. & Rodriguez-Morales, L. (2016). The meaning of compulsive exercise in women with anorexia nervosa: An interpretative phenomenological analysis. *Mental Health and Physical Activity*, 10, 48-61. <https://doi.org/http://hdl.handle.net/11250/2470412>
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg., 3. oppl. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kvalem, I. L. & Wichstrøm, L. (2007). *Ung i Norge : psykososiale utfordringer*. Oslo: Cappelen akademisk forlag.
- Lien, L., Green, K., Thoresen, M. & Bjertness, E. (2011). Pain complaints as risk factor for mental distress: a three-year follow-up study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 20(10), 509-516. <https://doi.org/10.1007/s00787-011-0211-3>
- Lipsky, M. (2010). *Street-level bureaucracy : dilemmas of the individual in public services* (30th anniversary expanded ed. utg.). New York: Russell Sage Foundation.
- Løkke, P. A. (2014). Jenters stumme raseri - i diagnosenes tidsalder. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 51(9), 767-772. Hentet fra <https://psykologtidsskriftet.no/fagessay/2014/09/jenters-stumme-raseri-i-diagnosenes-tidsalder>
- Malterud, K. (2012). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforl.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg. utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Mathiesen, K. S. (2007). *Trivsel og oppvekst - barndom og ungdomstid*. Oslo: Folkehelseinstituttet. Hentet fra <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2009-og-eldre/rapport-20075-trivsel-og-oppvekst--barndom-og-ungdomstid-pdf.pdf>
- Moe, S. (2009). Et kroppsfenomenologisk perspektiv på fysisk aktivitet og bevegelse. *Fysioterapeuten*, 76(4), 17-21.
- Moen, Ø. L. & Skundberg-Kletthagen, H. (2018). Public health nurses' experience, involvement and attitude concerning mental health issues in a school setting. *Nordic Journal of Nursing Research*, 38(2), 61-67. <https://doi.org/10.1177/2057158517711680>
- Nordtug, B. & Engelsrud, G. (2016). Boken som mangler, ord som går på tomgang og sykt flinke jenter: Kunnskap og helse. *Tidsskrift for kjønnsforskning*, (03-04), 3-19. <https://doi.org/10.18261/issn.1891-1781-2016-03-04-02>
- Nortvedt, F. (2008). Kroppsfenomenologisk forskning — i grenselandet mellom empiri og filosofi. *Vård i Norden*, 28(3), 53-55. <https://doi.org/10.1177/010740830802800313>
- Orvik, A. (2015). *Organisatorisk kompetanse : innføring i profesjonskunnskap og klinisk ledelse* (2. utg.). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Ottesen, A. (2011). *En bærekraftig kropp : En diskursanalytisk tilnærming til kroppen i psykisk helsearbeid*. Elverum: A. Ottesen.
- Ottesen, A. & Thornquist, E. (2015). Kroppen i styringsdokumenter for psykisk helsearbeid. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, (02), 130-138.
- Ottesen, A., Øyehaug, G. A. & Bjorbækmo, W. S. (2016). Fysioterapi i skolehelsetjenesten for ungdom - perspektiver og praksis. *Fysioterapeuten*, 83(4), 48-52.
- Pedersen, W. (2005). Alltid online. *Samtiden*, 1, 46-55. https://doi.org/https://www.idunn.no/file/ci/1446748/Samtiden_materie_1_2005_web.pdf
- Pedersen, W. (2010). *En fremmed på benken : essays*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Personopplysningsloven. (2018). Lov om behandling av personopplysninger (LOV-2018-06-15-38). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2018-06-15-38>
- Salomonsen, J. (2002). Sexistensialisme, en vei til frihet? I T. Wyller (Red.), *Skam* (s. 81- 102). Bergen: Fagbokforlaget.
- Schibbye, A.-L. L. (2012). *Relasjoner: et dialektisk perspektiv på eksistensiell og psykodynamisk psykoterapi*. Oslo: Universitetsforlaget.

- Skarstein, S., Lagerløv, P., Kvarme, L. G. & Helseth, S. (2016). High use of over-the-counter analgesic; possible warnings of reduced quality of life in adolescents - a qualitative study, *15*(16). <https://doi.org/10.1186/s12912-016-0135-9>
- Skarstein, S., Rosvold, E. O., Helseth, S., Kvarme, L. G., Holager, T., Smastuen, M. C. & Lagerlov, P. (2014). High-frequency use of over-the-counter analgesics among adolescents: reflections of an emerging difficult life, a cross-sectional study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, *28*(1), 49. <https://doi.org/http://dx.doi.org.ezproxy.hioa.no/10.1111/scs.12039>
- Skundberg-Kletthagen, H. & Moen, Ø. L. (2017). Mental health work in school health services and school nurses' involvement and attitudes, in a Norwegian context. *Journal of Clinical Nursing*, *26*(23-24), 5044-5051. <https://doi.org/10.1111/jocn.14004>
- Skårderud, F. (1994). *Nervøse spiseforstyrrelser*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Skårderud, F. (2002). Tapte ansikter. I T. Wyller (Red.), *Skam* (s. 37-52). Bergen: Fagbokforlaget.
- Skårderud, F. (2011). Flukten til kroppen - fem refleksjoner om selvskade. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, *131*(5), 486-486. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.11.0006>
- Skårderud, F., Stänicke, E., Haugsgjerd, S. A. M. D. & Engell, S. (2010). *Psykiatriboken: sinn - kropp - samfunn*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Sletten, M. A. (2015). Psykiske plager blant ungdom: sosiale forskjeller og historien om de flinke pikene. Hentet fra <http://hdl.handle.net/10642/2997>
- Sletten, M. A. & Bakken, A. (2016). *Psykiske helseplager blant ungdom- tidstrender og samfunnsmessige forklaringer* (4/2016). NOVA.
- Sletvold, J. (2005). I begynnelsen var kroppen- ; kroppen i psykoterapi: teoretisk grunnlag og terapeutiske implikasjoner. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, *42*(6), 497-504. Hentet fra <https://psykologtidsskriftet.no/fagartikkel/2005/06/i-begynnelsen-var-kroppen-kroppen-i-psykoterapi-teoretisk-grunnlag-og>
- Sosial-og helsedirektoratet. (2007). *Psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene* (9788280810823). Oslo: Sosial- og helsedirektoratet. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/veileder-i-psykisk-helsearbeid-for-barn-og-unge-i-kommunene>
- Store norske leksikon. (2011, 2. november). I *Store norske leksikon* Hentet 20.10.2018 <https://snl.no/erfaring>.
- Tetzchner, S. v. (2012). *Utviklingspsykologi* (2. utg. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Thomassen, M. (2006). *Vitenskap, kunnskap og praksis : innføring i vitenskapsfilosofi for helse- og sosialfag*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Thornquist, E. (1992). *Fysioterapeuters funksjon og rolle innen psykisk helsevern*. Oslo: Norske fysioterapeuters forbunds faggruppe for psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi. <https://doi.org/oai:nb.bibsys.no:999217938394702202>
- Thornquist, E. (2001). Kroppssyn og faglige utfordringer i dag. *Fysioterapeuten*, *14*. <https://doi.org/14.05.18> <https://fysioterapeuten.no/Fag-og-vitenskap/Fagartikler/Kroppssyn-og-faglige-utfordringer-i-dag>
- Thornquist, E. (2009). *Kommunikasjon : teoretiske perspektiver på praksis i helsetjenesten* (2. utg. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Thornquist, E. (2018). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori : for helsefag* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Vetlesen, A. J. & Henriksen, J.-O. (2003). *Moralens sjanser i markedets tidsalder : om kulturelle forutsetninger for moral*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Waldum-Grevbo, K. S., Haugland, Trude,. (2015). En kartlegging av helsesøsterbemanningen i skolehelsetjenesten. https://doi.org/https://sykepleien.no/search?search_keys=E+kartlegging+av+bemanningen
- World Health Organization. (1948). *Constitution of the World Health Organization*. Hentet fra https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf
- World Medical Association. (2017). WMA Declaration of Helsinki – Ethical principles for medical research involving human subjects. Hentet fra <https://www.wma.net/policies-post/wma->

declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/
2019-04-19

Wurm, M., Anniko, M., Tillfors, M., Flink, I. & Boersma, K. (2018). Musculoskeletal pain in early adolescence: A longitudinal examination of pain prevalence and the role of peer-related stress, worry, and gender. *Journal of Psychosomatic Research*, 111, 76-82.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2018.05.016>

Øgård-Repål, A., Strand, S. A. & Karlsen, T.-I. (2017). Karakterpress, kroppspress og gjengpress - Fokusgruppeintervju av jenter i 9. klassesetrinn etter funn fra Ungdata-undersøkelsen. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, (02), 109-120. <https://doi.org/10.18261/issn.1504-3010-2017-02-03>

Vedlegg 1 Vurdering fra REK

Sv_ REK sør-øst 2018_1173 Kroppssyn hos profesjonsutøvere i skolehelsetjenesten.eml

Emne:

Sv: REK sør-øst 2018/1173 Kroppssyn hos profesjonsutøvere i skolehelsetjenesten

Fra:

post@helseforskning.etikkom.no

Dato:

08.06.2018, 12:58

Til:

tonhoeg@frisurf.no

Hei,

Viser til din forespørsel om fremleggingsvurdering for prosjektet "Kroppssyn hos profesjonsutøvere i skolehelsetjenesten" (vår ref. 2018/1173).

REK har nå vurdert henvendelsen.

Formålet med prosjektet er å undersøke helsepersonells grunnlagstenkning og erfaringer, snarere enn å fremskaffe ny kunnskap om helse og sykdom. Prosjektet faller dermed ikke inn under helseforskningsloven, som forutsetter at formålet med prosjektet er å skaffe ny kunnskap om helse og sykdom.

Det kreves ikke godkjenning fra REK for å gjennomføre prosjektet. Prosjektet kommer inn under de interne regler som gjelder ved forskningsansvarlig virksomhet.

Jeg gjør oppmerksom på at konklusjonen er å anse som veiledende jfr. forvaltningsloven § 11. Dersom du likevel ønsker å søke REK vil søknaden bli behandlet i komitémøte, og det vil bli fattet et enkeltvedtak etter forvaltningsloven.

Med vennlig hilsen

Silje U. Lauvrak

Rådgiver

REK Sør-Øst

Tlf: 22 84 55 20

Vedlegg 2 Vurdering fra NSD



Magne Haukland
Postboks 4 St. Olavs plass
0130 OSLO

Vår dato: 06.07.2018

Vår ref: 61212 / 3 / EPA

Deres dato:

Deres ref:

Vurdering fra NSD Personvernombudet for forskning § 31

Personvernombudet for forskning viser til meldeskjema mottatt 20.06.2018 for prosjektet:

| | |
|----------------------|--|
| 61212 | <i>Grunnlagstenkning og implikasjoner for praksis, en undersøkelse av kroppssyn hos profesjonsutøvere i skolehelsetjenesten.</i> |
| Behandlingsansvarlig | <i>OsloMet - Storbyuniversitetet, ved institusjonens øverste leder</i> |
| Daglig ansvarlig | <i>Magne Haukland</i> |
| Student | <i>Tone Høgberget</i> |

Vurdering

Etter gjennomgang av opplysningene i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon finner vi at prosjektet er meldepliktig og at personopplysningene som blir samlet inn i dette prosjektet er regulert av personopplysningsloven § 31. På den neste siden er vår vurdering av prosjektopplegget slik det er meldt til oss. Du kan nå gå i gang med å behandle personopplysninger.

Vilkår for vår anbefaling

Vår anbefaling forutsetter at du gjennomfører prosjektet i tråd med:

- opplysningene gitt i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon
- vår prosjektvurdering, se side 2
- eventuell korrespondanse med oss

Vi forutsetter at du ikke innhenter sensitive personopplysninger.

Meld fra hvis du gjør vesentlige endringer i prosjektet

Dersom prosjektet endrer seg, kan det være nødvendig å sende inn endringsmelding. På våre nettsider finner du svar på hvilke endringer du må melde, samt endringskjema.

Opplysninger om prosjektet blir lagt ut på våre nettsider og i Meldingsarkivet

Vi har lagt ut opplysninger om prosjektet på nettsidene våre. Alle våre institusjoner har også tilgang til egne prosjekter i Meldingsarkivet.

Vi tar kontakt om status for behandling av personopplysninger ved prosjektslutt

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

Ved prosjektslutt 30.06.2019 vil vi ta kontakt for å avklare status for behandlingen av personopplysninger.

Se våre nettsider eller ta kontakt dersom du har spørsmål. Vi ønsker lykke til med prosjektet!

Marianne Høgetveit Myhren

Eva J. B. Payne

Kontaktperson: Eva J. B. Payne tlf: 55 58 27 97 / eva.payne@nsd.no

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Tone Høgberget, tonhoeg@frisurf.no

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 61212

REK har vurdert at prosjektet faller utenfor helseforskningslovens virkeområde.

VURDERING AV INFORMASJONSSKRIVET OG INNFØRINGEN AV NY PERSONVERNLOVGIVNING

Dere har opplyst i meldeskjemaet at utvalget (profesjonsutøvere i skolehelsetjenesten) vil motta skriftlig informasjon om prosjektet, og samtykke skriftlig til å delta. Vår vurdering er at informasjonsskrivet til utvalget er godt utformet.

I løpet av 2018 vil ny personopplysningslov med skjerpede krav til informasjon og samtykke tre i kraft. På grunn av prosjektets varighet oppfordrer personvernombudet at det gjøres enkelte tilføyinger i informasjonsskrivet for å imøtekomme disse endringene:

- at samtykke er det lovlige behandlingsgrunnlaget for behandling av personopplysninger
- kontaktopplysninger til institusjonens personvernombud
- deltakernes rettigheter, herunder rett til innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deltakeren, rett til å få slettet eller rettet de opplysningene som er registrert, eventuelt motsette seg at opplysningene registreres, rett til å få utlevert en kopi av opplysningene som er registrert (dataportabilitet), samt rett til å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet angående behandlingen av personopplysninger

Personvernlovgivningen stiller ikke krav til om samtykke gis skriftlig eller muntlig, men dere må kunne dokumentere at samtykke er innhentet. På våre nettsider finnes en ny mal for informasjonsskriv og samtykkeerklæring vi anbefaler at det tas utgangspunkt i:

http://www.nsd.uib.no/personvernombud/hjelp/informasjon_samtykke/informere_om.html.

TAUSHETSPLIKT

På bakgrunn av temaliste vil informanter bli bedt om å beskrive konkrete situasjoner med ungdom. Vi minner om at informantene har taushetsplikt, og at de ikke kan gi opplysninger som kan identifisere enkelte ungdommer direkte eller indirekte. Det er svært viktig at intervjuene gjennomføres på en slik måte at taushetsplikten overholdes. Intervjuer og informanter har sammen ansvar for dette, og bør innledningsvis i intervjuene drøfte hvordan dette skal håndteres. Vi forutsetter at dere er forsiktige ved å bruke eksempler under intervjuene.

INFORMASJONSSIKKERHET

Personvernombudet forutsetter at dere behandler alle data i tråd med OsloMet sine retningslinjer for datahåndtering og informasjonssikkerhet.

PROSJEKTLUTT OG ANONYMISERING

Prosjektslutt er oppgitt til 30.06.2019. Det fremgår av meldeskjemaet og informasjonsskrivet at dere vil anonymisere datamaterialet ved prosjektslutt.

Anonymisering innebærer vanligvis å:

- slette direkte identifiserbare opplysninger som navn, fødselsnummer, koblingsnøkkel
- slette eller omskrive/gruppere indirekte identifiserbare opplysninger som bosted/arbeidssted, alder, kjønn
- slette lydopptak

For en utdypende beskrivelse av anonymisering av personopplysninger, se Datatilsynets veileder:

<https://www.datatilsynet.no/globalassets/global/regelverk-skjema/veiledere/anonymisering-veileder-041115.pdf>

Vedlegg 3 Brev fra FoU-seksjonen OsloMet

Hei Magne og Tone

Jeg ser i NSDs prosjektportal at prosjektet 61212 *Grunnlagstenkning og implikasjoner for praksis, en undersøkelse av kroppssyn hos profesjonsutøvere i skolehelsetjenesten* behandler personopplysninger.

I godkjenningsbrevet fra NSD skriver de blant annet:

INFORMASJONSSIKKERHET

Personvernombudet forutsetter at dere behandler alle data i tråd med OsloMet sine retningslinjer for datahåndtering og informasjonssikkerhet.

PROSJEKTSLUTT OG ANONYMISERING

Prosjektslutt er oppgitt til 30.06.2019. Det fremgår av meldeskjemaet og informasjonsskrivet at dere vil

anonymisere datamaterialet ved prosjektslutt.

Anonymisering innebærer vanligvis å:

- slette direkte identifiserbare opplysninger som navn, fødselsnummer, koblingsnøkkel
- slette eller omskrive/gruppere indirekte identifiserbare opplysninger som bosted/arbeidssted, alder, kjønn
- slette lydopptak

Dere finner informasjon om OsloMets rutiner rundt behandling og lagring av forskningsdata på denne nettsiden. Merk spesielt våre rutiner rundt bruk av lydopptakere:

<https://tilsatt.hioa.no/personvern-dataplaner-databehandling>

Dersom dere har spørsmål om, lagring, sletting og anonymisering av data, ta kontakt med fou-teknisk@oslomet.no.

Mvh

Anette Lislrud
Seniorrådgiver

OsloMet – storbyuniversitetet
(tidl. Høgskolen i Oslo og Akershus)
Fakultetsadministrasjonen
FoU-seksjonen, Fakultet for helsevitenskap
Tlf: +47 67 23 68 01

Meld deg på vårt nyhetsbrev: www.oslomet.no/nyhetsbrev

Vedlegg 4 ROS-skjema

| RISIKO- OG SÅRBARHETSANALYSE FOR FORSKNINGSPROSJEKT VED OSLOMET | | | | | | | | | | |
|--|---|---|--|---|---|--|---|---|--------|--|
| Fyll ut arkene 1) Risikovurdering og 2) Oppsummering/Prioritering. Se på arkfanen "Veileder" for ytterligere informasjon. | | | | | | | | | | |
| Forskningsprosjekt - tittel: Prosjektleder: Prosjektnr NSD (hvis aktuelt): Prosjektnr REK (hvis aktuelt): Prosjektnr i UBW (Agresso) (hvis aktuelt): Prosjektets formål (kort beskrivelse): | | Grunnlagstenkning og implikasjoner for praksis, en undersøkelse av kroppssynn hos profesjonsutøvere i skolehelsetjenesten Tone Hågberget 61212 (2018/1173) Formålet har vært å bidra til å belyse hvordan profesjonsutøvere | | | Dokumentet skal lagres i arkivsystemet P360. Slik gjør du det: 1) Trykk på 360° øverst på høyre side i menylinja, etter at du har fylt ut skjemaet. 2) Logg på P360. 3) Trykk: Lagre som nytt dokument i P360. Det åpnes et vindu/sak i P360. Velg "Notat uten oppfølging". 4) Fyll ut saksnummer som gjeldt ditt fakultet/sentra og tittel på dokumentet. (Se egen bruksanvisning). 5) Trykk "Fullfør". | | | | | |
| Antall registrerte Informanter: Kategorier av registrerte Informanter (f.eks. studenter, medlemmer i et medlemsregister, pasienter) Beskriv hvordan eventuelle koblingsnøkler lagres: Antall prosjektmedarbeidere i forskningsprosjektet? | | 12 Fagpersoner ved to arbeidssteder i skolehelsetjenesten 3 | | | Saksnr i P360: HV: 18/1266 LUI: 18/10490 SAM: 18/11207 SPS: 18/11221 SVA: 18/11208 TKO: 18/09703 | | | | | |
| Nr. | Kategorier | Underkategorier | Hendelse | Beskrivelse/verdivurdering | Risikoelement | Eksisterende tiltak | Risikonivå | | | Nye tiltak |
| | | | | | | | S | K | Risiko | |
| | Vurder kun hendelser og risikoelement som er relevante for dette prosjektet. Bruk nedtrekksmeny (drop down). Du kan velge samme kategori på flere linjer. | Benytt nedtrekksmeny (drop down). | Hva kan skje? | Hva er den uønskede hendelsen? Hvilke tap oppstår? Hvilken betydning for prosjektet? | Brudd på KIT (K = Konfidensialitet, I = Integritet, T = Tilgjengelighet). Se på arkfanen "Veileder" for ytterligere informasjon. Fyll ut kolonnene til høyre, om eksisterende tiltak, risikonivå og nye tiltak, basert på de risikoelementene som er aktuelle, slik det er gjort i | Hva kan hindre det i å skjedd? Hvordan kan det oppdages? Spesifiser allerede eksisterende tiltak. | Sannsynlighet og konsekvens på en skala fra 1 til 4. 1 = Lav/liten, 4 = Svært høy. Risiko genereres automatisk som resultat av sannsynlighet og konsekvens. | | | Beskriv forslag til nye tiltak. De kan deles opp i organisatoriske, menneskelige og teknologiske sikringstiltak. |
| EKSEMPEL | Datoinnsamling | Lydopptak | Mister diktafon på vei fra informant til kontoret. | Uvedkommende får tilgang på opplysninger om informanter. Alle intervjudata som er lagret på diktafon mistes. Betydning for prosjektet avhenger av hvor mye informasjon som er lagret på diktafonen. | Konfidensialitet (At informasjon ikke blir kjent for uvedkommende) | Overføre informasjon fra diktafon til annen lagringsenhet etter hvert intervju. | 2 | 3 | 5 | Kryptere diktafon. Vurdere å bruke mobilapp. |
| | | | | | Integritet (At informasjon ikke blir endret utilsikket eller av uvedkommende) | [Tekst] | | | 0 | [Tekst] |
| | | | | | | Tilgjengelighet (At informasjon er tilgjengelig ved behov) | Samme som for konfidensialitet. | 3 | 4 | 7 |
| 1 | Datoinnsamling | Intervju | Lokaler der andre kan overheøre det som blir sagt. | Uvedkommende får tilgang til informasjon om deltagere i prosjektet | Konfidensialitet | Sørge for lokaler hvor uvedkommende ikke har tilgang. Benytte lokaler der deltagerne har tilhørighet og kontroll over lokalene. Kun informantens, student og sekretær med taushetsplikt er tilstede under intervjuet for å sikre at informantene kan snakke fritt. | 1 | 1 | 2 | |
| | | | | | Integritet | Som ovenfor | 1 | 2 | 3 | [Tekst] |
| 2 | Datoinnsamling | Lydopptak | Tap av lydopptak mellom intervjuets lokaler og kontor | Uvedkommende får tilgang til informasjon om deltagere i prosjektet | Konfidensialitet | Lydopptaker transporteres umiddelbart til kontor under tilsyn og lydfilen lastes straks over til kryptert minnepinne. | 1 | 1 | 2 | |
| | | | | | Integritet | | 0 | 0 | 0 | [Tekst] |
| 3 | Analyse | Transkripsjon | At personopplysninger ikke er tilstrekkelig avpersonlisert | Uønsket utlevering av personopplysninger | Konfidensialitet | Hver informant og tjenestested anonymiseres slik at det ikke blir mulig å identifisere enkeltpersoner eller sted. | 1 | 1 | 2 | [Tekst] |
| | | | | | Integritet | Data vil ikke endres vesentlig og andre vil ikke ha tilgang til informasjonen | 1 | 1 | 2 | [Tekst] |
| | | | | | Tilgjengelighet | Kun student vil ha tilgang til informasjonen | 1 | 1 | 2 | [Tekst] |
| 4 | Avslutning | Slette | | Uønsket utlevering av personopplysninger | Konfidensialitet | Lydfiler lagres på kryptert minnepinne som oppbevares innelåst og destrueres ved prosjektets slutt. | 1 | 1 | 2 | [Tekst] |
| | | | | | Integritet | Informasjonen vil ikke være tilgjengelig for uvedkommende | 1 | 1 | 2 | [Tekst] |
| | | | | | Tilgjengelighet | Kun student og veileder vil ha tilgang til informasjonen | 1 | 1 | 2 | [Tekst] |
| 5 | Avslutning | Anonymisering | | Uønsket utlevering av personopplysninger | Konfidensialitet | I den ferdige masteroppgaven vil ikke tjenestesteder eller informanter kunne identifiseres | 1 | 1 | 2 | [Tekst] |
| | | | | | Integritet | Data vil ikke kunne endres eller være tilgjengelig for uvedkommende | 1 | 1 | 2 | [Tekst] |
| | | | | | Tilgjengelighet | Informasjonen er kun tilgjengelig for student og veileder | 1 | 1 | 2 | [Tekst] |
| 6 | Avslutning | Slette | | Uønsket utlevering av personopplysninger | Konfidensialitet | Minnepinne og samtykkeskjemaer makuleres etter avslutning. | 1 | 1 | 2 | [Tekst] |
| | | | | | Integritet | Informasjonen vil ikke være tilgjengelig for uvedkommende eller endring | 1 | 1 | 2 | [Tekst] |
| | | | | | Tilgjengelighet | Kun student og veileder vil ha tilgang til informasjonen. | 1 | 1 | 2 | [Tekst] |

| | | | | | | | | | |
|---------|--------------------------|--|--|------------------|--|---|---|---|---------|
| Teknisk | Minnepenne/Eksterne disk | | Uønsket utlevering av personopplysninger | Konfidensialitet | Minnebrikke formateres før innlevering av lydopptaker. Transkribering foregår på passordbeskyttet PC uten nett-tilknytning i kontor uten adgang for uvedkommende. Minnepinne destrueres ved prosjektslutt. | 1 | 1 | 2 | [Tekst] |
| | | | | Integritet | Informasjon vil ikke endres eller være tilgjengelig for andre | 1 | 1 | 2 | [Tekst] |
| | | | | Tilgjengelighet | Kun student og veileder vil ha tilgang til informasjonen. | 1 | 1 | 2 | [Tekst] |
| | | | | Konfidensialitet | [Tekst] | | | 0 | [Tekst] |
| | | | | Integritet | [Tekst] | | | 0 | [Tekst] |
| | | | | Tilgjengelighet | [Tekst] | | | 0 | [Tekst] |
| | | | | Konfidensialitet | [Tekst] | | | 0 | [Tekst] |
| | | | | Integritet | [Tekst] | | | 0 | [Tekst] |
| | | | | Tilgjengelighet | [Tekst] | | | 0 | [Tekst] |

Oppsummering/tiltaksplan på grunnlag av risikovurderingen:

I risikovurderingen (forrige ark), beskrev du ulike hendelser, risikonivåer og eksisterende samt nye tiltak knyttet til disse.

I denne oppsummeringen/tiltaksplanen ønsker vi at du beskriver nærmere hvordan du har prioritert de valgene du har gjort knyttet til å behandle data i prosjektet.

Skriv gjerne kort om hvilke vurderinger du har gjort for tiltakene du har valgt, og hvilke risikoreduserende tiltak som skal gjennomføres i den forbindelse.

OPPSUMMERING:Tiltakene vil prioriteres fortløpende gjennomprosjektet. Navn på Tjeneststeder er ikke nedskrevet, kontaktinformasjon er anonymisert, kommunikasjon med e-post er slettet. Liste med demografiske data oppbevares innelåst og er anonymisert. Samtykke erklæringer oppbevares nedlåst. Lydopptaker ble transportert umiddelbart til kontor og oppbevart nedlåst. Lydopptak er overført til kryptert minnepinne på PC med passordbeskyttelse, men uten nett tilknytning i et lokale uten adgang for uvedkommende. Minnekort i lydopptaker ble formatert før innlevering. Minnepinne oppbevares nedlåst. Skal destrueres ved prosjektslutt. Transkripsjon foregikk i lokaler uten tilgang for uvedkommende, PC passordbeskyttet og uten nett-tilgang. Transkriptene ble passordbeskyttet, sikkerhetskopi oppbevares på kryptert minnepinne. Anonymisering ved prosjektslutt; Lydfil, transkribert materiale og samtykkeerklæringene slettes.

Dette er en forespørsel om å delta i studieprosjektet

«Kroppssyn hos profesjonsutøvere i skolehelsetjenesten»

Bakgrunn og formål

Formålet med studien er å belyse hvordan profesjonsutøverne i skolehelsetjenesten forstår og møter ungdom som de er i kontakt med. Studien ønsker å belyse profesjonsutøvernes erfaringer og forståelse av ungdoms livssituasjon og utfordringer de står overfor, med spesielt fokus på hvordan dette kommer kroppslig til uttrykk. Det ønskes en forståelse av hvordan profesjonsutøverne forholder seg til elevene og de utfordringer ungdommene står i.

Ansvarlige

Dette er et masterprosjekt ved OsloMet- storbyuniversitetet, fakultet for helsevitenskap.

Hvorfor får du spørsmål om å delta

Utvalget i prosjektet er profesjonsutøvere i skolehelsetjenesten. Det ønskes tverrfaglig sammensatte utvalg. Det skal foretas intervju på to ulike tjenestesteder.

Deltakelsen i studien innebærer

Data skal samles inn gjennom fokusgruppediskusjon. Det vil si at deltagerne møtes til en gruppediskusjon som varer inntil 1,5t. Det kan være aktuelt med ny forespørsel om deltagelse i en påfølgende gruppediskusjon. Prosjektleder skal være moderator, og det vil være tilstede en sekretær som bistår i det praktiske. Intervjuet vil bli tatt opp på lydfil. Spørsmålene vil omhandle beskrivelser, tanker og refleksjoner knyttet til konkrete situasjoner fra praksis.

Hva skjer med informasjonen fra studien

Vi vil bare bruke opplysningene fra deg til formålene vi har beskrevet. Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Lydfilen vil bli lagret kryptert, skrevet ut av prosjektleder og analysert av prosjektleder og veileder. Samtykkeerklæringer vil bli oppbevart nedlåst. Geografisk plassering vil bli anonymisert, navn på deltager vil ikke registreres, kun kjønn, alder (i intervaller) og profesjon. Tjenestestedenes organisering vil bli kort beskrevet.

Studien er planlagt ferdig 01.06.19. Lydfil og samtykkeerklæringer vil da slettes. Resultatene skal publiseres som en masteroppgave. Deltagerne vil ikke kunne gjenkjennes av andre, men det vil bli brukt sitater fra gruppediskusjonen, og disse vil kunne være gjenkjennelige for deltagerne.

Frivillig deltagelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke.

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 OsloMet-storbyuniversitetet 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:

OsloMet-storbyuniversitetet ved Magne Haukland, førstelektor ved institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid ved fakultet for helsevitenskap, tlf. 67 23 65 48.

Magne.haukland@oslomet.no. Magne Haukland er prosjektansvarlig

Tone Høgberget er prosjektleder, tlf. 97 94 37 60.

Vårt personvernombud : Instituttleder Unni Hembre, unni.hembre@oslomet.no
tlf. 67 23 60 15 / 916 07 114.

NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost (personvernombudet@nsd.no) eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Tone Høgberget

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «**Kroppssyn hos profesjonsutøvere i skolehelsetjenesten**», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

å delta i fokusgruppediskusjon.

Jeg samtykker i at mine opplysninger behandles fram til prosjektet er avsluttet ca 30.06.2019.

.

(Studiedeltaker, dato)

Vedlegg 6 Temaliste

Innledning

Jeg ønsker at dette blir en samtale der dere deler erfaringer og tanker. Det er hvordan dere tenker og handler som er interessant. Det er ønskelig med konkrete, utfyllende beskrivelser fra arbeidet. Jeg håper at alle vil snakke, og det beste er om dere snakker sammen. Jeg vil kanskje bryte inn for å endre samtalen tematisk eller for å sørge for at alle får ordet.

Før vi starter vil jeg minne om **taushetsplikten**. Siden jeg ber dere dele erfaringer, er det viktig å minne om at det ikke må komme fram informasjon som gjør at enkelt elever kan identifiseres direkte eller indirekte. Det må utvises forsiktighet med bruk av eksempler.

Konfidensialitet. Jeg håper at vi kan la det vi snakker om blir her i denne gruppa, slik at vi kan ha en åpen og fortrolig tone.

Temaliste/intervjuguide

Først vil jeg be dere si noe om hvordan dere tenker om kropp. Er det greit at vi tar en runde på. det?

1 Hvilke assosiasjoner har dere til ordet «kropp»?

2 Hvilke erfaringer har dere med ungdommer som tar opp kroppsrelaterte temaer?

- Fortell om en situasjon der en elev har tatt opp temaer som handler om kropp.
- Hvilke erfaringer har dere med elever som tar opp kroppslige forhold som dere etter hvert oppfatter er en del av et sammensatt bilde?
- Hva var det som fikk dere til å tenke at det var mer som var for denne eleven?
- Hva tenker dere dette handler om? (Hvordan tenker dere om kroppslige symptom og uttrykk?)

3 Hvilke erfaringer har dere med elever som ikke tar opp kroppsrelaterte temaer?

- Kan noen av disse situasjonene også handle om kropp?

4 Hvordan møter dere elevene i de ulike situasjonene?

- Hvordan samarbeider dere rundt elevene?

5 Hvilke situasjoner tenker dere at man kan jobbe med/via kropp med elever som oppsøker dere?

6 På hvilke måter tenker dere at man kan jobbe med/via kropp med elever som oppsøker dere?

7 Hva tenker dere er hovedutfordringene ved å være ung i dag?

8 Hvordan tenker dere ungdommenes forståelse stemmer overens med deres?

Vedlegg 7 Søkelogger

Søkelogg STHF fagbiblioteket

1

Database: Ovid MEDLINE(R) Epub Ahead of Print, In-Process & Other Non-Indexed Citations, Ovid MEDLINE(R) Daily, Ovid MEDLINE and Versions(R) <1946 to May 30, 2018>

Search Strategy:

1 (body adj (comprehension* or underst* or experience* or awareness* or percept* or perceiv*)).tw. (1380)
2 ADOLESCENT/ (1868345)
3 (adolescen* or teen* or youth*).tw. (292086)
4 2 or 3 (1947963)
5 "Attitude of Health Personnel"/ (110661)
6 4 and 5 (6047)
7 School Health Services/ (16027)
8 (school adj (health or based) adj service*).tw. (822)
9 7 or 8 (16290)
10 6 and 9 (65)

Søkelogger HIOA

8/24/2018 Print Search History: EBSCOhost

http://web.b.ebscohost.com/ehost/searchhistory/PrintSearchHistory?vid=66&sid=0a4301c8-cb72-4997-8bab-3dfe94e73ae8%40pdc-v-sessmgr02&bquery=adolescen*+OR+teen*+OR+youth*&bdata=JmRiPwM4aCZ... 1/2

Friday, August 24, 2018 8:14:20 AM

Query Limiters/Expanders Last Run Via Results

S15 S3 AND S10 AND S12 Search modes - Boolean/Phrase Interface - EBSCOhost
Research Databases

Search Screen - Advanced Search

Database - CINAHL with Full Text

33

S14 S10 AND S12 AND S13 Search modes - Boolean/Phrase Interface - EBSCOhost
Research Databases

Search Screen - Advanced Search

Database - CINAHL with Full Text

82

S13 S4 OR S5 Search modes - Boolean/Phrase Interface - EBSCOhost
Research Databases

Search Screen - Advanced Search

Database - CINAHL with Full Text

25,638

S12 S2 OR S11 Search modes - Boolean/Phrase Interface - EBSCOhost
Research Databases

Search Screen - Advanced Search

Database - CINAHL with Full Text

284,238

S11 adolescen* OR teen* OR youth* Search modes - Boolean/Phrase Interface -
EBSCOhost
Research Databases

Search Screen - Advanced Search

Database - CINAHL with Full Text

284,238

S10 S1 OR S6 OR S7 OR S8 OR S9 Search modes - Boolean/Phrase Interface - EBSCOhost Research Databases
Search Screen - Advanced Search
Database - CINAHL with Full Text
19,975

S9 "holis*" Search modes - Boolean/Phrase Interface - EBSCOhost Research Databases
Search Screen - Advanced Search
Database - CINAHL with Full Text
14,953

S8 "mind-body" OR "body-mind" Search modes - Boolean/Phrase Interface - EBSCOhost Research Databases 2,983

8/24/2018 Print Search History: EBSCOhost
[http://web.b.ebscohost.com/ehost/searchhistory/PrintSearchHistory?vid=66&sid=0a4301c8-cb72-4997-8bab-3dfe94e73ae8%40pdc-v-sessmgr02&bquery=adolescen*+OR+teen*+OR+youth*&bdata=JmRiPwM4aCZ... 2/2](http://web.b.ebscohost.com/ehost/searchhistory/PrintSearchHistory?vid=66&sid=0a4301c8-cb72-4997-8bab-3dfe94e73ae8%40pdc-v-sessmgr02&bquery=adolescen*+OR+teen*+OR+youth*&bdata=JmRiPwM4aCZ...)

Search Screen - Advanced Search
Database - CINAHL with Full Text
S7 embod* Limiters - Research Article
Search modes - Boolean/Phrase
Interface - EBSCOhost Research Databases
Search Screen - Advanced Search
Database - CINAHL with Full Text
1,254

S6 (MH "Holistic Nursing") OR (MH "Holistic Health") OR (MH "Holistic Care")
Search modes - Boolean/Phrase Interface - EBSCOhost Research Databases
Search Screen - Advanced Search
Database - CINAHL with Full Text
7,243

S5 school W3 (health OR based) Search modes - Boolean/Phrase Interface - EBSCOhost Research Databases
Search Screen - Advanced Search
Database - CINAHL with Full Text
25,638

S4 (MH "School Health Services+") Search modes - Boolean/Phrase Interface - EBSCOhost Research Databases
Search Screen - Advanced Search
Database - CINAHL with Full Text
16,586

S3 (MH "Attitude of Health Personnel+") Search modes - Boolean/Phrase Interface - EBSCOhost Research Databases
Search Screen - Advanced Search
Database - CINAHL with Full Text
61,058

S2 (MH "Adolescence") Search modes - Boolean/Phrase Interface - EBSCOhost Research Databases
Search Screen - Advanced Search
Database - CINAHL with Full Text
265,643

S1 body W3 (comprehension* OR underst* OR experience* OR awareness* OR percept* OR perceiv*)

Search modes - Boolean/Phrase Interface - EBSCOhost Research Databases
Search Screen - Advanced Search
Database - CINAHL with Full Text
1,354

Psycinfo 1. søkelogg 1, HIOA

8/24/2018 Ovid: Abstract Reference

[http://ovidsp.tx.ovid.com/sp-](http://ovidsp.tx.ovid.com/sp-3.31.1b/ovidweb.cgi?&S=KAJDFPCBFHDDAIGHNCEKLEMC MIDJAA00&SELECT=S.sh%7c&R=15&Process+Action=display)

[3.31.1b/ovidweb.cgi?&S=KAJDFPCBFHDDAIGHNCEKLEMC MIDJAA00&SELECT=S.sh%7c&R=15&Process+Action=display](http://ovidsp.tx.ovid.com/sp-3.31.1b/ovidweb.cgi?&S=KAJDFPCBFHDDAIGHNCEKLEMC MIDJAA00&SELECT=S.sh%7c&R=15&Process+Action=display)

1/9

Database(s): **PsycINFO** 1806 to August Week 3 2018

Search Strategy:

Searches Results

1

(body adj (comprehension* or underst* or experience* or awareness* or percept* or perceiv* or attitude* or image*)).mp. [mp=title, abstract, heading word, table of contents, key concepts, original title, tests & measures]

19269

2 exp School Nurses/ 811

3 (school adj (health or based) adj service*).mp. [mp=title, abstract, heading word, table of contents, key concepts, original title, tests & measures] 480

4 exp Health Personnel Attitudes/ 21724

5 teen*.mp. [mp=title, abstract, heading word, table of contents, key concepts, original title, tests & measures] 21836

6 youth*.mp. [mp=title, abstract, heading word, table of contents, key concepts, original title, tests & measures] 95584

7 embod*.mp. [mp=title, abstract, heading word, table of contents, key concepts, original title, tests & measures] 20127

8 ("mind-body" or "body-mind").mp. [mp=title, abstract, heading word, table of contents, key concepts, original title, tests & measures] 5718

9 holis*.mp. [mp=title, abstract, heading word, table of contents, key concepts, original title, tests & measures] 19522

10 1 or 7 or 8 or 9 62399

11 2 or 3 1246

12 adolescen*.mp. [mp=title, abstract, heading word, table of contents, key concepts, original title, tests & measures] 251075

13 5 or 6 or 12 308195

14 10 and 11 9

15 4 and 10 and 13 7

1. Age is just a number: WPATH-affiliated surgeons' **experiences** and **attitudes** toward vaginoplasty in transgender females under 18 years of age in the United

Psycinfo 2 søkelogg 2, HIOA

8/24/2018 Ovid: Abstract Reference

[http://ovidsp.tx.ovid.com/sp-](http://ovidsp.tx.ovid.com/sp-3.31.1b/ovidweb.cgi?&S=KAJDFPCBFHDDAIGHNCEKLEMC MIDJAA00&SELECT=S.sh%7c&R=14&Process+Action=display)

[3.31.1b/ovidweb.cgi?&S=KAJDFPCBFHDDAIGHNCEKLEMC MIDJAA00&SELECT=S.sh%7c&R=14&Process+Action=display](http://ovidsp.tx.ovid.com/sp-3.31.1b/ovidweb.cgi?&S=KAJDFPCBFHDDAIGHNCEKLEMC MIDJAA00&SELECT=S.sh%7c&R=14&Process+Action=display)

1/9

Database(s): **PsycINFO** 1806 to August Week 3 2018

Search Strategy:

Searches Results

1

(body adj (comprehension* or underst* or experience* or awareness* or percept* or perceiv* or attitude* or image*)).mp. [mp=title, abstract, heading word, table of contents, key concepts, original title, tests & measures]

19269

2 exp School Nurses/ 811

3 (school adj (health or based) adj service*).mp. [mp=title, abstract, heading word, table of contents, key concepts, original title, tests & measures] 480

4 exp Health Personnel Attitudes/ 21724

5 teen*.mp. [mp=title, abstract, heading word, table of contents, key concepts, original title, tests & measures] 21836

6 youth*.mp. [mp=title, abstract, heading word, table of contents, key concepts, original title, tests & measures]
95584
7 embod*.mp. [mp=title, abstract, heading word, table of contents, key concepts, original title, tests & measures]
20127
8 ("mind-body" or "body-mind").mp. [mp=title, abstract, heading word, table of contents, key concepts, original
title, tests & measures] 5718
9 holis*.mp. [mp=title, abstract, heading word, table of contents, key concepts, original title, tests & measures]
19522
10 1 or 7 or 8 or 9 62399
11 2 or 3 1246
12 adolescen*.mp. [mp=title, abstract, heading word, table of contents, key concepts, original title, tests &
measures] 251075
13 5 or 6 or 12 308195
14 10 and 11 9
15 4 and 10 and 13 7
1