

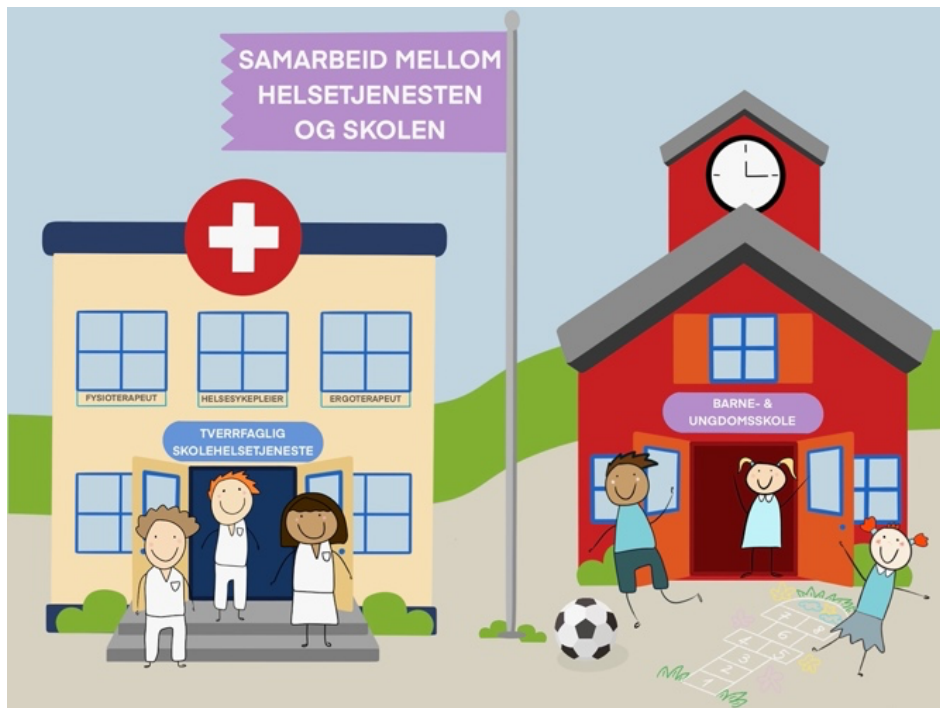
Masteroppgave

Masterstudium i fysioterapi

Mai 2021

På lag med skolen om helsefremmende og forebyggende arbeid

Erfaringer med utvikling av en tverrfaglig skolehelsetjeneste og
tjenestens samarbeid med skolen



Navn: Guro Bøhnsdalen Sønstebø

Kandidatnavn: 313

Emnekode: MAFYS5900

Antall ord: 20.533 ord

Fakultet for helsevitenskap
OSLO METROPOLITAN UNIVERSITY
STORBYUNIVERSITETET

Forord

Arbeidet med denne oppgaven har vært spennende og utfordrende, og ikke minst, en lærerik prosess. Det har gitt meg et innblikk i kvalitativ forskning, og en mulighet til å fordype meg i et spennende og viktig tema som berører barn og unge.

En stor takk til min faglige veileder Sigrid Østensjø for sitt engasjement, tilbakemeldinger og innspill, samt våre diskusjoner via telefon eller digitale møter på Zoom.

Videre ønsker jeg å takke hovedprosjektet «Fremtidens kunnskapsbaserte tverrfaglige skolehelsetjeneste» med prosjektleder Mikkel Magnus Thørrisen for et fint samarbeid. Spesielt vil jeg fremheve intervjupersonene som tok seg tid og stilte opp til intervju.

Til slutt, takk til venner og familie som har støttet meg gjennom hele prosessen. Takk for all oppmuntring underveis.

Sammendrag

Bakgrunn og hensikt: De siste årene har det fra helsemyndighetenes side vært økt satsing på skolehelsetjenesten som en tverrfaglig tjeneste, men det foreligger lite forskning og ingen klare retningslinjer for hva en tverrfaglig skolehelsetjeneste skal tilby og hva den best kan organiseres. Hensikten med mastergradsprosjektet er å fremskaffe erfaringsbasert kunnskap om *hvordan skape en tverrfaglig skolehelsetjeneste som samarbeider med skolene om å fremme barn og unges helse og trivsel?*

Metode: To fokusgrupper med helsepersonell som har deltatt i et fagutviklingsprosjekt som har mottatt midler fra Helsedirektoratet for å videreutvikle skolehelsetjenesten. Utvalget bestod av ni informanter; to ergoterapeuter, to fysioterapeuter og fem helsesykepleiere. Datamaterialet ble analysert ved bruk av refleksiv tematisk analyse (TA) beskrevet av Braun og Clarke (2006), med en induktiv orientering.

Funn: Analysen genererte fire temaer som samlet synes å kunne belyse problemstillingen: 1) Fra særrelasjon til mer tverrfaglige samarbeidsformer – en relasjonsbyggende prosess, 2) Dreining fra individorienterte til mer universelle helsefremmende og forebyggende tiltak – en krevende endringsprosess, 3) Tverrfaglig skolehelsetjeneste inn i skolen – en synliggjørings-prosess og 4) Bærekraftige helsefremmende og forebyggende tiltak – en samskapingsprosess. En dreining fra særrelasjon og individorienterte til mer tverrfaglige og universelle tilnærminger forutsetter en endring av forståelser, prioriteringer og arbeidsmåter. Å skape tillitsfulle og produktive samarbeidsrelasjoner krever at det avsettes tid til dette og at det skapes rom for å kunne dele kunnskap på tvers av faggruppene. Arbeidet med å integrere tverrfaglig skolehelsetjeneste og helsefremmende og forebyggende tiltak i skolehverdagen synes å være utfordrende. Funnene viser behov for å synliggjøre tverrfagligheten i skolehelsetjenesten og involvere skolens personell, elever og foreldre for at tiltak som implementeres skal bli bærekraftige.

Konklusjon: Studiets funn viser at utvikling av en tverrfaglig skolehelsetjeneste som kan samarbeide med skolene om helsefremmende og forebyggende arbeid er en krevende prosess som innebærer endring av arbeidsmåter og forståelser, synliggjøring av tverrfaglig skolehelsetjeneste og samskaping av tiltak med dem som omfattes av tiltaket. Det synes å være behov for å forankre samarbeidet mellom skolehelsetjenesten og skolene i kommunale samarbeidsavtaler som avklarer og tydeliggjør ansvarsområder og roller.

Summary

Background and objective: In recent years there has been an increased focus on the school health service as an interdisciplinary service, however there is little research and no clear guidelines for what an interdisciplinary school health service should offer and how it best can be organized. The purpose of this Master's project is to obtain/provide experience-based knowledge on *how to create an interdisciplinary school health service that collaborates with schools to promote the health and well-being of children and young people?*

Method: Two focus groups with health-related background have participated in a development project with aim to further develop the school health service. The project has received funding from the Norwegian Directorate of Health. The group consisted of nine informants: two occupational therapists, two physiotherapists and five public health nurses. The data was analyzed by using reflexive Thematic Analysis (TA) described by Braun and Clarke (2006), with an inductive orientation.

Findings: The analysis resulted in four themes highlighting the following processes:

From intradisciplinary to more interdisciplinary forms of collaboration - a relationship-building process, 2) A shift from individual-oriented to more universal health promoting and preventive measures – a demanding change process, 3) Interdisciplinary school health service into the school – a visualization process and 4) Sustainable health promoting and preventive measures – a co-creation process. A shift from intradisciplinary and individual-oriented to more interdisciplinary and universal approaches requires a change in understanding, prioritizing and ways of working together. It is required to create a trusting environment to allow for knowledge sharing across the professional groups resulting in productive and collaborative relationships. Integrating interdisciplinary school health services and health-promoting and preventive measures into the everyday life of the public school seems to be challenging. The findings from this study show a need to highlight the importance of the interdisciplinarity of the school health service and the involvement of school personnel, pupils and parents in order to implement sustainable measures.

Conclusion: The study's findings show that developing an interdisciplinary school health service which can cooperate with schools on health promoting and preventive work is a demanding process. This process involves changing already established working methods and understandings, highlighting interdisciplinary school health services and cooperative measures with the parties involved. The findings indicate a need to anchor the cooperation between the school health service and schools in municipal cooperation agreements that clarify roles and responsibilities.

Innholdsfortegnelse

1. Introduksjon	3
1.1 <i>Bakgrunn</i>	3
1.2 <i>Prosjekttilknytting</i>	6
1.3 <i>Oppgavens oppbygging</i>	6
2.0 Teoretiske rammeverk	7
2.1 <i>Skolehelsetjenesten – lovpålagt helsetilbud og satsingsområde</i>	7
2.2 <i>Helsefremmende og forebyggende arbeid blant barn og unge</i>	9
2.2.1 <i>Barn og unges helse og trivsel i Norge</i>	10
2.2.2 <i>Skolen som arena for helsefremmende og forebyggende arbeid</i>	11
2.3 <i>Samarbeid på tvers av faggrupper – begreper og kjennetegn</i>	13
2.3.1 <i>Ulike samarbeidsformer</i>	13
2.4 <i>Tverrfaglig samarbeid – forutsetninger for utvikling av samarbeidet og suksesskriterier..</i>	15
2.4.1 <i>Relasjonelt orienterte samarbeid</i>	15
2.4.2 <i>Suksessfaktorer for et velfungerende samarbeid</i>	16
2.5 <i>Samarbeid på tvers av fag og sektorer</i>	16
2.5.1 <i>Utfordringer knyttet til samarbeid på tvers av fag og sektorer</i>	17
2.5.2 <i>Systemrettet samarbeid mellom skolehelsetjenesten og skolen</i>	18
2.5.3 <i>Implementering av tjenester og tiltak i skolen</i>	18
2.5.4 <i>Medvirkning i endringsprosesser</i>	20
2.6 <i>Samarbeid mellom helsetjenesten og skolen – tidligere forskning</i>	20
3. Metode	23
3.1 <i>Metodisk tilnærming</i>	23
3.2 <i>Utvalg</i>	23
3.3 <i>Planlegging av fokusgruppeintervjuene</i>	25
3.4 <i>Gjennomføring av intervjuene</i>	26
3.5 <i>Analyse</i>	27
3.5.1 <i>Analysefasene i reflektiv TA</i>	28
3.6 <i>Etikk og personvern</i>	31
3.7 <i>Metodologiske refleksjoner</i>	33
3.7.1 <i>Forforståelse med betydning for prosjektet</i>	33
3.7.2 <i>Studiens troverdighet</i>	33

4.0 Presentasjon av funn	38
<i>4.1 Utvikling av en tverrfaglig skolehelsetjeneste med fokus på helsefremmende og forebyggende arbeid.....</i>	<i>39</i>
4.1.1 Fra særfglig til mer tverrfaglig samarbeidsformer– En relasjonsbyggende prosess	39
4.1.2 Dreining fra individorienterte til mer universelt utformede tiltak – en krevende endringsprosess	42
<i>4.2 Styrke samarbeidet med skolene om helsefremmende og forebyggende tiltak på individ, gruppe og universelt nivå.....</i>	<i>44</i>
4.2.1 Tverrfaglig skolehelsetjeneste inn i skolen – en synliggjøringsprosess	44
4.2.2 Bærekraftige helsefremmende og forebyggende tiltak – en samskapingsprosess.....	47
5.0 Diskusjon	51
5.1 Fra særfglige og individorientert til mer tverrfaglige og universelle tilnærminger	51
5.2 Integrering av skolehelsetjenesten og helsefremmende og forebyggende tiltak i skolehverdagen.....	55
6. Konklusjon og klinisk betydning	60
7. Referanser	62
8. Vedlegg	68

1. Introduksjon

1.1 Bakgrunn

De siste årene har det fra helsemyndighetenes side vært økt satsing på skolehelsetjenesten i et tverrfaglig perspektiv. Bakgrunnen er bekymringer rundt barn og unges fysiske og psykiske helse og at mange elever dropper ut av videregående skole (Bakken, 2020; Statistisk sentralbyrå, 2020). I 2017 lanserte Helsedirektoratet en nasjonal faglig retningslinje for helsefremmende og forebyggende arbeid i skolehelsetjeneste som har en sterk anbefaling om mer systemrettet samarbeid mellom skolehelsetjenesten og skolen (Helsedirektoratet, 2017a). I tillegg kom det i 2018 en ny forskrift som slår fast at skolehelsetjenester skal ha et tverrfaglig tilbud (Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten, 2018, §3). Skolehelsetjenesten har lenge vært forpliktet til å samarbeide med skolen, men denne forpliktelsen har ikke vært gjensidig. En endring i Opplæringsloven (1998, §15-A) i 2018 innebærer at skolen nå er forpliktet til å samarbeide med relevante tjenester både når det gjelder enkeltelever og universelle tiltak.

Skolehelsetjenesten skal ifølge forskriften inneholde tilbud som retter mot helsefremmende og forebyggende psykososialt arbeid (Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten, 2018, §6). Det er pågående diskusjoner i fagmiljøene om hvilke roller ulike faggrupper, slik som helsesykepleiere, fysioterapeuter og ergoterapeuter skal inneha, og hvordan en tverrfaglig skolehelsetjeneste kan utformes (Ergoterapeuten, 2018; Norsk Fysioterapeutforbund, 2018). Den nasjonale faglige retningslinjen tilsier at bemanningen i skolehelsetjenesten *skal* bestå av helsesykepleier og lege, og *bør* bestå av fysioterapeut og *kan* bemannes med psykolog og ergoterapeut (Helsedirektoratet, 2017a). Det foreligger ingen nyere offisielle tall som viser hvordan dagens skolehelsetjeneste er bemannet med unntak av for helsesykepleiere (Lassemo & Melby, 2020).

Barn og unge tilbringer mesteparten av dagen på skolen, hvilket gjør skolen til en viktig arena for helsefremmende og forebyggende arbeid (Meld. St. 18 (2010-2011), s. 9). Et sentralt spørsmål er derfor hvordan skolehelsetjenesten kan samarbeide med skolen for å fremme barn og unges trivsel og helse. Det foreligger ingen klare retningslinjer og lite forskning for hva en tverrfaglig skolehelsetjeneste skal tilby og hvordan den bør organiseres. En norsk spørreundersøkelse (Clancy et al., 2013) som inkluderte helsesykepleiere, leger, jordmødre

og barnevern, konkluderte med at ikke alle kommuner hadde organisert det tverrfaglige arbeidet på en måte som fremmet samarbeidet. Det respondentene rapporterte som aller viktigst for å få til et godt samarbeid var tillit, respekt og samarbeidskompetanse.

Det er også få norske studier som har utforsket tverrfaglig samarbeid i regi av skolene. En kvalitativ studie (Granrud et al., 2019) fant at helsesykepleierne ofte måtte argumentere for en plass i det tverrfaglige samarbeidet knyttet til elevenes psykiske helse. Et annet forskningsprosjektet (Federici et al., 2020) viste at lærerne og rektorene var svært positive til både skolehelsetjenesten og det å ha helsesykepleier som samarbeidspartnere. Studien trakk frem helsesykepleiernes helsefaglige bakgrunn som en viktig faktor for å skape et mer helhetlig syn på elevene. Forskning på tverrfaglig skolehelsetjeneste er således begrenset. Det er ikke funnet norske eller internasjonale studier som har utforsket tverrfaglig samarbeid mellom faggrupper som fysioterapeuter, ergoterapeuter og helsesykepleiere i møte med skolen.

Som del av arbeidet med å følge opp den nasjonale faglige retningslinjen for helsestasjons- og skolehelsetjenesten er det bevilget midler til *styrking* og *utvikling* av skolehelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2021). Styrking forstås som økt kapasitet som gjør tjenesten mer tilgjengelig og attraktiv for målgruppen, mens utvikling forstås som økt kvalitet, kompetanse og tverrfaglighet (Helsedirektoratet, 2021). Den økte satsingen på skolehelsetjenesten har bidratt til en rekke fagutviklingsprosjekter i kommunene og også forskningsprosjekter. Et slikt prosjekt er forsknings- og innovasjonsprosjektet «Fremtidens kunnskapsbaserte tverrfaglige skolehelsetjeneste» (Referansenummer 314233). Prosjektet har som mål å bidra til utvikling av en kunnskapsbasert og tverrfaglig skolehelsetjeneste, som er behovsbasert, implementerbar og nytenkende, og nyttiggjør seg mulighetene ny teknologi gir. Mastergradsprosjektet vil være et av flere delprosjekter som skal samle erfaringsbasert kunnskap fra forsøk på nye former for tverrfaglig skolehelsetjeneste og samarbeid med skolen.

Hensikten med mastergradsprosjektet

Hensikten med mastergradsprosjektet er å fremskaffe erfaringsbasert kunnskap om hvordan utvikle en tverrfaglig skolehelsetjeneste og om hvordan tjenesten kan samarbeide med skolene om helsefremmende og forebyggende arbeid for barn og unge.

Problemstilling:

Hvordan skape en tverrfaglig skolehelsetjeneste som samarbeider med skolene om å fremme barn og unges helse og trivsel?

Problemstillingen vil belyses ved hjelp av to forskningsspørsmål:

- Hvilke forutsetninger er grunnleggende i arbeidet med utvikling av en tverrfaglig skolehelsetjeneste, og hva er de største barrierene?
- Hvordan kan en tverrfaglig skolehelsetjeneste samarbeide med skolen om helsefremmende og forebyggende tiltak på universelt-, gruppe/klasse- og individnivå, og hva skal til for å lykkes?

1.2 Prosjekttilknytting

Som nevnt innledningsvis er mastergradsprosjektet tilknyttet forskningsprosjektet «Fremtidens kunnskapsbaserte tverrfaglig skolehelsetjeneste». Mastergradsprosjektet er tilknyttet en del av forskningsprosjektet som skal gi innsikt i hvilke utfordringer og innovative løsninger for skolehelsetjeneste som er erfart blant de som har deltatt i skolehelsetjenesteprojekter finansiert av Helsedirektoratet. Denne studiets kontekst er ett av fagutviklingsprosjektene som har fått midler fra tilskuddsordningen for å videreutvikle skolehelsetjenesten som en mer tverrfaglig tjeneste. Det ble gjennomført i en stor kommune i Norge. Målet var å utvikle en modell for tverrfaglig skolehelsetjeneste, samt prøve ut helsefremmende og forebyggende tiltak på individ-, gruppe/klasse og skolenivå i samarbeid med skolene.

Prosjektet startet med en etablerings- og planleggingsfase 2017, og fortsatte med utforming av tjenesten, og utvikling av tiltak og arbeidsmetoder på noen utvalgte skoler gjennom skoleåret 2018-2019. Organiseringen av prosjektet ble noe endret fra og med skoleåret 2019-2020. Prosjektgruppen ble delt i en barne- og ungdomsskolegruppe som hver for seg og samlet har utviklet helsefremmende og forebyggende tiltak som et tilbud til skolene og prøvd ut disse på skoler som har meldt sin interesse.

1.3 Oppgavens oppbygging

I neste kapittel presenteres oppgavens teoretiske rammeverk. I kapittel 3 beskrives valg av metode, datagenerering og analyse av datamaterialet. Kapittelet avsluttes med etiske og metodologiske refleksjoner. I kapittel 4 presenteres funn fra studien og i kapittel 5 diskuteres funnene i lys av teori og relevant empirisk forskning. Avslutningsvis i kapittel 6 munner oppgaven ut i en konklusjon og kliniske betydning.

2.0 Teoretiske rammeverk

I dette kapitlet presenteres det teoretiske rammeverket for oppgaven (kontekst, teori, begreper og relevante studier). Innledningsvis gjøres det rede for skolehelsetjenesten som et lovpålagt helsetilbud og som et politisk satsingsområde. Helsefremmende og forebyggende arbeid redegjøres for og settes i sammenheng med barn og unges helse og trivsel, samt med skolen som arena for helsefremmende og forebyggende arbeid. Deretter gjennomgås litteratur om samarbeid på tvers av fag og sektorer, samt forutsetninger og barrierer for utvikling av et tverrfaglig- og tverrsektorielt samarbeid. Etter dette redegjøres det for systemrettet samarbeid og implementering av tjenester og tiltak i skolen. Kapitlet avsluttes med en presentasjon av tidligere forskning på samarbeid mellom skolehelsetjenesten og skolen.

2.1. Skolehelsetjenesten – lovpålagt helsetilbud og satsingsområde

Helse- og omsorgsloven slår fast at alle kommuner skal ha en skolehelsetjeneste (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, §3-2). Helsetjenesten er et tilbud for barn og unge mellom 5 og 20 år, og er et lovpålagt helsetilbud med egen forskrift (Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten, 2018) og nasjonal faglig retningslinje (Helsedirektoratet, 2017a). Formålet med det helsefremmende og forebyggende arbeidet er ifølge forskriften om helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten (2018, §1) å *«fremme barn og unges psykiske og fysiske helse, gode sosiale- og miljømessige forhold, forebygge sykdom og skader, utjevne sosiale helseforskjeller og forebygge, avdekke og avverge vold, overgrep og omsorgssvikt»*.

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten har vært et viktig satsingsområde for regjeringen de siste årene. I 2015 la Helse- og omsorgsdepartementet frem en stortingsmelding (Meld. St. 26. (2014-2015) om fremtidens primærhelsetjeneste med forslag til hvordan den kommunale- og omsorgstjenesten kan utvikles for å møte dagens og fremtidens utfordringer. Regjeringen ønsket blant annet å bedre det helsefremmende og forebyggende helsetilbudet til barn og unge i kommunene. Et av tiltakene var at: *«Helsestasjons- og skolehelsetjenesten skal styrkes og videreutvikles ved å øke antall årsverk, skape mer flerfaglighet og tydeliggjøre tjenestens kjerneoppgaver»*. (Meld. St. 26. (2014-2015), s. 95). Helsetjenestene har de seneste årene hatt egne tilskuddsordning for å styrke og videreutvikle tjenesten, og også for å oppfylle formålet med tjenestene, som angitt i forskriften om helsestasjon- og skolehelsetjenesten (2018, §1). Fra og med 2021 endres tilskuddsordningen til at det kun blir gitt midler i form av treårige

lønnstilskudd til det myndighetene kaller kjernekompetanse (Helsedirektoratet, 2021). For skolehelsetjenesten innebærer det helsesykepleier, lege, fysioterapeut og psykolog.

I 2017 publiserte Helsedirektoratet en nasjonal faglig retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom (Helsedirektoratet, 2017a). Retningslinjen er ment å tydeliggjøre myndighetens krav til innhold i tjenesten, samt bidra til god kvalitet i alle ledd av tjenestetilbudet. Anbefalingene er delt inn i en sterk anbefaling («bør» eller «anbefales») og svak anbefaling («kan» eller «foreslås») avhengig av kvaliteten på den dokumentasjonen som ligger til grunn (Helsedirektoratet, 2019). I tillegg brukes formuleringen «skal» eller «må» på områder som i hovedsak er begrunnet ut fra gjeldende lov, forskrift eller faglig forsvarlighet. I figuren (2.1) under gjengis de 12 anbefalingene som er knyttet til samarbeidet med skolene slik det står i retningslinjen (Helsedirektoratet, 2017a). Tjenesten er også pålagt å ha et tilgjengelig lavterskeltilbud til elevene og deres foreldre som innebærer at de kan henvende seg uten avtale eller henvisning (Helsedirektoratet, 2017a).

Skolehelsetjenesten:

1. bør ha et systemrettet samarbeid med skolen,
2. bør ha oversikt over elevpopulasjonens helsetilstand,
3. skal bidra i undervisning i grupper eller klasser i den utstrekning skolen ønsker det,
4. skal tilby seg å bidra i skolens undervisning om seksuell helse,
5. bør tilby alle ungdomsskoleelever å besøke helsestasjon for ungdom,
6. bør bidra i skolens arbeid med tiltak som fremmer et godt psykososialt miljø,
7. bør bidra i skolens arbeid med universelle tiltak for å forebygge bruk av tobakk, alkohol og andre rusmidler,
8. bør bidra til gode rammer rundt skolemåltidet og mattilbudet i skolen,
9. bør bidra til at barn og ungdom kan være fysisk aktive,
10. skal bidra med helseinformasjon på skolens foreldremøter,
11. kan tilby gruppesamtaler for å støtte barn og ungdom som opplever samlivsbrudd mellom foreldre
12. bør i samarbeid med skolen bidra til å følge opp elever med bekymringsfullt fravær.

Figur 2.1. Viser de 12 anbefalingene som står i retningslinjen (skolehelsetjenesten 5-20 år) og er knyttet til samarbeidet mellom skolen og skolehelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2017a).

Som nevnt innledningsvis tilsier den faglige retningslinjen at bemanningen i skolehelsetjenesten *skal* bestå av helsesykepleier og lege, *bør* bestå av fysioterapeut og *kan* også bemannes med psykolog og ergoterapeut (Helsedirektoratet, 2017a). Bemanningen skal alltid vurderes ut fra hva som kreves av kompetanse for å drive en forsvarlig tjeneste. I 2016

gjennomførte Helsedirektoratet en nasjonal kartlegging av skolehelsetjenesten som viste at i barneskolen var 77,8 prosent av årsverkene helsesykepleier, og at øvrige faggrupper utgjorde 1-5 prosent. I ungdomsskolen utgjorde helsesykepleier 73,3 prosent av årsverkene (Helsedirektoratet, 2016). Kartleggingen viser at skolehelsetjenesten på dette tidspunktet primært var en særfaglig tjeneste. Det er ikke kommet nye normtall for bemanning i skolehelsetjenesten etter 2010 selv om antall oppgaver har økt som en del av den nye retningslinjen. Det som fortsatt er gjeldende er 3,5 årsverk for helsesykepleiere i barneskolen og 1,8 årsverk i ungdomsskolen per 1 000 elever. For fysioterapeuter er det anbefalt norm på 0,7 årsverk per 1 000 elever både i barneskolen og ungdomsskolen (Helsedirektoratet, 2016). Helsedirektoratets kartlegging i 2016 viste at antall årsverk lå langt under normen med unntak av helsesykepleier i ungdomsskolen. Det er ikke funnet normtall for ergoterapeut (Helsedirektoratet, 2010).

Det har vært en betydelig økning i antall årsverk i skolehelsetjenesten de siste årene. Tall fra statistisk sentralbyrå viser en økning på 23 prosent for barneskolene og 18 prosent for ungdomsskolene i perioden 2017 til 2019 (Statistisk sentralbyrå, 2021, s. 16). Rapporten viser dog vesentlige forskjeller i dekningsgrad mellom fylkene, før sammenslåingen i 2020. En SINTEF rapport fra 2020 (Lassemo & Melby, 2020, s. 6) har vurdert behovet for helsesykepleiere i årene fremover. Rapporten konkluderer med at bemanningen er for lav i forhold til de oppgavene helsesykepleierne er pålagt eller forventes å kunne ivareta. Det uttrykkes bekymring for at helsefremmende og primærforebyggende arbeid vil bli nedprioritert fordi arbeid med enkeltelever tar det meste av ressursene.

2.2 Helsefremmende og forebyggende arbeid blant barn og unge

Folkehelseloven (2012, §1) som trådte i kraft i 2012 skal bidra til en samfunnsutvikling som fremmer befolkningens helse, herunder utjevner sosiale helseforskjell. Folkehelsearbeidet skal fremme hele befolkningens helse og trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold og bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse (Folkehelseloven, 2012, §3). I 1986 ble den første internasjonale konferansen for helsefremmende arbeid holdt i regi av Verdens helseorganisasjon (WHO), der det mye omtalte «Ottawa-charter for Health Promotion» ble utformet (World Health Organization, 1986). Helsefremmende arbeid ble i charteret definert som *“the process of enabling people to increase control over, and to improve, their health”* (World Health Organization, 1986). Charteret fremhever at

helsefremmende og forebyggende arbeid ikke skal ivaretas av helsesektoren alene, men gjennom tverrsektorielt samarbeid.

Det forebyggende arbeidet rettet mot barn og unge handler først og fremst om å legge til rette for et godt oppvekstmiljø på alle arenaer der barn befinner seg (Glavin & Erdal, 2018, s. 30). Innenfor helsesektoren har det vært vanlig å dele forebyggende tiltak inn i tre *nivåer*, primær-, sekundær- og tertiærforebygging. *Primærforebygging* innebærer å sette i verk tiltak som opprettholder og styrker befolkningens helse og hindrer at sykdom og skade oppstår (Glavin & Erdal, 2018, s. 30). *Sekundærforebygging* innebærer å stanse sykdoms- og problemutvikling og redusere forekomst av sykdom ved å sette inn tiltak når det foreligger forhøyet risiko (Glavin & Erdal, 2018, s. 30). *Tertiærforebygging* skal hindre forverring av en tilstand og sikre best mulig liv med den helsesvikten som foreligger (Glavin & Erdal, 2018, s. 30).

Nyere forskning skiller mellom tre ulike *former* for forebyggende arbeid, universell, selektiv og indisert forebygging (Major et al., 2011). *Universell* (befolkningsrettet) forebygging er tiltak som rettes mot folk flest eller mot hele befolkningsgrupper. De har som regel små effekter på den enkelte, men kan treffe så mange at effekten på samfunnet vil kunne være stor (Major et al., 2011, s. 16). Et universelt tiltak i en skolesammenheng kan være å tilrettelegge for økt fysisk aktivitet for alle elever. *Selektiv* (grupperett) forebygging er tiltak rettet mot grupper med kjent og forhøyet risiko for å utvikle vansker eller lidelser. Slik risiko kan vurderes på grunnlag både av miljøbaserte og individbaserte faktorer (Major et al., 2011, s. 16). Et eksempel på et miljøbasert selektivt tiltak kan være skolebaserte innsatser mot mobbing hvis det er identifisert problemer i form av utestengning av elever fra fellesskapet. *Indisert* forebygging er tiltak rettet mot individer med høy sykdomsrisiko eller klare tegn på problemer (Major et al., 2011, s. 16). I skolesammenheng kan dette være tiltak rettet mot ungdom med begynnende rusproblemer eller tiltak rettet mot barn og unge med symptomer på psykiske vansker.

2.2.1 Barn og unges helse og trivsel i Norge

Barn i Norge har generelt gode oppvekstvilkår, men det er også mange som utsettes for store belastninger. Folkehelse rapporten fra 2018 beskriver helsetilstanden i Norge basert på helseregistre, helseundersøkelser, rapporter og forskningspublikasjoner (Grøholt et al., 2018). Rapporten viser at basert på elevundersøkelser fra 2017 rapporterte ni av ti norske barn at de

trives godt på skolen. Men, en av fem fullfører ikke videregående skole innen fem år. Frafall synes å henge sammen med psykiske problemer, økt risiko for uføretrygd, samt dårligere levekår og helse i voksen alder (Grøholt et al., 2018).

De årlige Ungdataundersøkelsene gir et bilde av status og utviklingstrekk med hensyn til hvilke fysiske, psykiske og sosiale utfordringer unge i Norge står overfor. Rapporten fra 2020 baserer seg på undersøkelser som omfatter elever på ungdomstrinnet og videregående i årene 2018 til 2020 (Bakken, 2020). Undersøkelsen viser at de aller fleste norske tenåringer har venner, mens en liten andel har ingen å være sammen med på fritiden, og en mindre andel er også plaget med ensomhet eller de opplever trusler og utfrysing fra jevnaldrende.

Tidligere rapporter har vist en økende forekomst av selvrapporterte fysiske og psykiske plager blant ungdom, som hodepine, vondt i magen, smerter i ledd, nakke eller muskler (Bakken, 2020). Skolerelatert stress og press knyttet til kropp og sosiale medier løftes frem som mulige årsaker til helseplager (Bakken, 2020). Undersøkelsen fra 2020 viser at økningen i disse plager ikke synes å fortsette, og at det også på andre områder som ensomhet og rusmidler er få endringer sammenlignet med de to siste årene. Årets rapport viser imidlertid en mer negativ utvikling når det gjelder ungdoms forhold til skolen. Andelen som har skulket skolen fortsetter å øke. En av tre er ikke spesielt fornøyd med skolen de går på, og hele 70 prosent rapporterer at de kjeder seg på skolen, og en av fem gruer seg ofte til å gå på skolen (Bakken, 2020).

2.2.2 Skolen som arena for helsefremmende og forebyggende arbeid

Skolen er viktig for barn og unges psykososiale utvikling og læring, og en viktig arena for helsefremmende og forebyggende arbeid. WHO lanserte i 1995 «Global School Health Initiative» med mål om å forbedre barn og unges helse gjennom helsefremmende og forebyggende arbeid i skoler (World Health Organization, 1995). I 1993 ble Norge invitert til å delta i prosjektet «European Network and Health Promoting Schools», et samarbeidsprosjekt mellom WHO, EU og Europarådet (Burgher et al., 1999). Hensikten med prosjektet var å utvikle et skolemiljø som fremmer helse og trivsel. Fra 1993-2003 deltok ti norske grunnskoler. I en norsk studie (Hjälmhult et al., 2002) som inngikk i dette samarbeidsprosjektet, fant ut at det viktigste for å bedre samarbeidet mellom skole og helsetjenesten synes å være skolens inkludering av skolehelsetjenesten, og helsetjenestens tilgjengelighet for å kunne delta i planlegging og gjennomføring av helsefremmende tiltak.

Skolen er i henhold til opplæringsloven (1998) forpliktet til å sørge for et godt fysisk og psykisk læringsmiljø på skolen. Loven slår fast at alle elever i grunnskolen og videregående opplæring har rett til et trygt og godt skolemiljø som fremmer helse, trivsel og læring (§ 9-A2) og at skolen skal jobbe kontinuerlig for å oppnå dette (§ 9A-3). I 2018 ble skolens pliktige til å samarbeid med relevante kommunale tjenester om vurdering og oppfølging av barn og unge med helsemessige, personlige, sosiale eller emosjonelle vansker, innlemmet i opplæringsloven (§15-8).

Stortingsmeldinger innen utdannings- og helsesektoren har de siste årene løftet frem betydningen av et tett samarbeid mellom skolen og kommunale tjenester som pedagogisk-psykologisk tjeneste (PP-tjenesten), helsestasjon- og skolehelsetjenesten (Meld. St. 19 (2014-2015); Meld. St. 26 (2014-2015); Meld. St. 6 (2019-2020)). Meldingen Tett på – tidlig innsats og inkluderende fellesskap i barnehage, skole og SFO (Meld. St. 6 (2019-2020)) vektlegger at fagkompetanse som er nær elevene skal styrkes, og likeledes tverrfaglig samarbeid og tidlig innsats. Barn og unge kan av ulike årsaker ha behov for støtte og oppfølging i kortere eller lengre perioder, f.eks. på grunn av utfordringer i skolemiljøet, eller grunnet vanskelig livssituasjon som følge av utfordringer i familien, helseproblemer, vold eller rus. Videre i stortingsmeldingen formidles det et behovet for mer tverrfaglig samarbeid på tvers av ulike tjenester for å støtte disse barna, og legger til at: *«et godt tverrfaglig samarbeid er en viktig forutsetning for å skape et miljø der alle inkluderes og opplever fellesskap og mestring, og det vil kunne forebygge at problemer utvikler seg, eller at de blir større enn nødvendig»* (Meld. St. 6 (2019-2020), s. 79).

Norske utdanningsmyndigheter har lenge etterspurt mer kunnskap om hvordan flerfaglig kompetanse i skolen kan benyttes på best mulig måte (Meld. St. 19 (2010)). Som en del av et forskningsprosjektet initiert av Utdanningsdirektoratet for å utvikle modeller for flerfaglig/tverrfaglig samarbeid i skolen, gjennomførte Arbeidsforskningsinstituttet (AFI) en kunnskapsoppsummering (Borg et al., 2014). Rapporten «Et lag rundt læreren» viser at å bringe faggrupper som sosialarbeider, lærerassistent og helsepersonell inn i skolen kan ha en positiv innvirkning på forhold som påvirker elevenes muligheter for å lære og fullføre skolegangen (Borg et al., 2014). Dette samsvarer med funn fra en studie (Baisch et al., 2011) fra USA som viser at helsesykepleiere utplassert på skolen bidro til at lærerne kunne bruke mindre tid på elevenes helseproblemer og at lærerne derigjennom kunne konsentrere seg mer om det pedagogiske. Selv om helsesykepleierne utvilsomt har en viktig rolle i

skolehelsetjenesten viser artikler (Fleming & Willgerodt, 2017; McIntosh et al., 2021) som tar for seg rammeverk og modeller for skolehelsetjenesten (begge fra USA) at inkludering av flere faggrupper vil kunne bidra til et mer helhetlig perspektiv på det helsefremmende og forebyggende arbeidet i skolen.

Kunnskapsløftet 2020 innebærer at alle læreplaner i grunnskolen og videreopplæring fornyes (fagfornyelsen). De nye læreplanene skal gjøre at skolens innhold blir mer tilpasset den kompetansen barn og unge trenger i fremtiden (Kunnskapsdepartementet, 2019). Den nye læreplanen har økt fokus på barn og unges helse og trivsel i skolehverdagen. Livsmestring og folkehelse er tatt inn som ett av tre tverrfaglige temaer i læreplanen (Utdanningsdirektoratet, 2020). Innenfor temaet livsmestring og folkehelse skal skolen legge til rette for at elevene får økt kunnskap om hva som fremmer god psykisk og fysisk helse. På den måten skal elevene kunne ta gode helsevalg, samt lære å håndtere medgang og motgang, og personlige og praktiske utfordringer i livet på best mulig måte (Utdanningsdirektoratet, 2020). Aktuelle områder innenfor dette temaet kan være fysisk og psykisk helse, levevaner, mediebruk og seksualitet. Den nye læreplanen legger også opp til mer praktisk læring, hvor det blant annet læring gjennom lek blir vektlagt mer hos de yngste barna (Kunnskapsdepartementet, 2019).

2.3 Samarbeid på tvers av faggrupper – begreper og kjennetegn

Samarbeid kan overordnet forstås som noe man gjør i fellesskap for å oppnå ønskede resultater. Men samarbeid kan variere både ut fra målet med samarbeidet, og med hensyn til typer av samarbeid. Hammerness et al. (2005, s. 360-361) skiller mellom ulike dimensjoner ved samarbeid, slik som *efficiency*, der målet er å utnytte ressursene mer effektivt, og *innovation*, som karakteriseres ved forbedring og utvikling. Innovasjon forutsetter at kunnskap kombineres og deles på tvers av fag for å skape nye løsninger eller tiltak i arbeidet med barn og unge (Mellin et al., 2011).

2.3.1 Ulike samarbeidsformer

Ifølge Choi og Pak (2006) kan samarbeid mellom ulike faggrupper ses som et kontinuum fra flerfaglig til transfaglig arbeid. Mellom disse to endepunktene ligger tverrfaglig samarbeid. Valg av samarbeidsform har innflytelse på både hvordan oppgaver løses og måten en gjør bruk av ulik faglig kompetanse i samarbeidet (Højholdt, 2013, 29-30). Samarbeidsformer og samarbeidsrelasjoner vil kunne endre seg over tid, og desto viktigere er det å være klar over

hvordan man samarbeider, fordi ulike samarbeidsformer vil stille ulike krav til de som inngår i samarbeidsrelasjonen (Højholdt, 2013, s.29-30). Utover å være klar over hvordan man samarbeider, vil det i mange sammenhenger også være nødvendig å tydeliggjøre hvorfor man samarbeider, d.v.s. formålet med samarbeidet. Choi og Pak (2006) har i sin oversiktsartikkel skissert hva som kjennetegner de tre samarbeidsformene: flerfaglig-, tverrfaglig- og transfaglig samarbeid. I tabellen 2.1 oppsummeres noen sentrale kjennetegn ved de tre samarbeidsformene.

Flerfaglig samarbeid	Tverrfaglig samarbeid	Transfaglig samarbeid
Arbeider parallelt eller sekvensielt	Arbeider i fellesskap på samme oppgave eller prosjekt	Arbeider sammen ut fra felles forståelsesrammer
Fagspesifikke mål	Felles mål	Felles mål og ferdigheter
Utfordrer ikke faggrensene	Faggrensene utfordres	Overskrider faggrensene
Addering av hver enkelt faggruppes kunnskap	Integrering av faggruppens kunnskap	Integrering av ulike former for kunnskap med et sterkt fokus på helhetlig perspektiv

Tabell 2.1. Viser kjennetegn ved flerfaglig-, tverrfaglig- og transfaglig samarbeid (Choi & Pak, 2006).

Flerfaglig samarbeid innebærer at flere faggrupper er involvert. Samarbeidet kjennetegnes ved at de ulike faggruppene arbeider parallelt og at målene er fagspesifikke. Dermed utfordres ikke faggrensene (Choi & Pak, 2006). Willumsen (2016, s. 38) beskriver flerfaglig samarbeid som at flere faggrupper arbeider ved siden av hverandre, for å belyse et problem eller løse en oppgave og slik bidrar med sin faglige kompetanse. Choi og Pak (2006) beskriver dette som en addering av de enkelte faggruppens kunnskaper og kompetanse.

Tverrfaglig samarbeid defineres som at «ulike faggrupper arbeider sammen om en felles utfordring eller et problem, mot et felles mål» (Glavin & Erdal, 2018, s. 24). Choi og Pak (2006) beskriver at samarbeidsformen kjennetegnes ved at faggruppene jobber tett sammen om en felles oppgave eller prosjekt, basert på felles mål. Deltakerne fatter beslutninger i fellesskap, som innebærer integrasjon av ulike faggruppers kunnskaper og ferdigheter (Willumsen, 2016, s. 39). Sammen skaper de mer omforent kunnskap, en slags «merviten», en syntese av faggruppens ulike bidrag (Willumsen, 2016, s. 39). Et slikt samarbeid utfordrer faggrensene, og det forutsetter derfor en tett dialog og god kommunikasjon mellom de som er involvert (Choi & Pak, 2006; Willumsen, 2016).

Transfaglig samarbeid kjennetegnes ved at faggruppene utvikler en integrert faglighet og felles kunnskap og forståelser som strekker seg utover eget fag (Willumsen, 2016, s. 40). I denne type samarbeid arbeider faggruppene med høy grad av fellesskap både i form av mål og ferdigheter. Dette kan resultere i at faggruppene overtar hverandres roller i en oppgaveløsning (overskrider profesjongrensene) (Choi & Pak, 2006).

2.4 Tverrfaglig samarbeid – forutsetninger for utvikling av samarbeidet og suksesskriterier

I 2011 foreslo et ekspertpanel i Interprofessional Education Collaboration (IPEC) noen kjernekompetanser for tverrfaglig samarbeid for å fremme helsetjenestenes kvalitet og effektivitet (Interprofessional Education Collaborative, 2011). I 2016 oppdaterte IPEC disse kjernekompetansene for bedre å integrere et folkehelseperspektiv (Interprofessional Education Collaborative, 2016). De reviderte kjernekompetanse la vekt på at tverrfaglig samarbeid utvikles gjennom gjensidig respekt, deling av kunnskap og forståelser, avklaring av roller og ansvar, dialog og kommunikasjon. Det er med andre ord relasjonelle faktorer som trekkes frem som viktige forutsetninger for et velfungerende tverrfaglig samarbeid.

2.4.1 Relasjonelt orienterte samarbeid

Anne Edwards har i lang tid forsket på profesjonell praksis, og de seneste årene på hva som skal til for å skape et gjensidig samarbeid mellom ulike faggrupper. Hun argumenter for en form for kompetanse som strekker seg ut over den enkelte faggruppes spesifikke kompetanse (professional expertise) (Edwards, 2010). Denne ekstra kompetansen som Edwards (2010) beskriver som «relational expertise» er basert på et aktivt forhold til kunnskapen som ligger til grunn for ens egen praksis som f.eks. helsesykepleier eller fysioterapeut, samt evnen til å ta inn over seg og respondere på hva de andre faggruppene kan tilby. Relasjonell ekspertise (Relational expertise) fremstår som det overordnede begrepet, men også to andre begreper står sentralt i Edwards studier av tverrprofesjonell praksis, «common knowledge» og «relational agency» (Edwards, 2010).

For å kunne forstå hverandre og håndtere komplekse oppgaver i fellesskap stilles det krav til skapning av felles kunnskap (common knowledge) (Edwards, 2012). Dette er noe som må jobbes med kontinuerlig. Edwards foreslår at felles kunnskap kan skapes gjennom å: 1) identifisere felles langsiktige mål, 2) diskutere faglige verdier og motiver slik at bakgrunnen

for handlinger kan forstås og 3) lytte, anerkjenne og engasjere seg i andres forståelser og motiver (Edwards, 2010, 2012). Det tredje begrepet, relasjonell handlekraft (relational agency) handler om det å kunne lytte til og anerkjenne andres tolkninger av et problem og kunne samhandle om problemet (Edwards, 2010). Slike være- og handlemåter vil kunne gi en utvidet forståelse av problemet eller oppgaven og kan være en ressurs for å oppdage nye sammenhenger og finne nye og kanskje uventede løsninger (Edwards, 2010).

2.4.2 Suksessfaktorer for et velfungerende samarbeid

Forskning viser at både relasjonelle forhold, forhold innad i organisasjonen og forhold utenfor organisasjonen, slik som utdanningssystemet, kan være viktige forutsetninger for et godt og effektivt tverrfaglig samarbeid. En litteraturgjennomgang (San Martín-Rodríguez L et al., 2005) som har sett på disse forutsetningene basert på empiriske studier viste at relasjonelle forhold var mer undersøkt enn organisasjonsrelaterte faktorer, og forhold utenfor organisasjonen. Relasjonelle forhold som viste seg å ha betydning for et vellykket samarbeid var: mellommenneskelige relasjoner, vilje til å samarbeid, gjensidig tillit og respekt og kommunikasjon. En rekke organisatoriske forhold ble også rapportert som betydningsfulle, som engasjert ledelse, formalisering av samarbeidet, samarbeidskultur, tid avsatt til samarbeid og realistiske mål for samarbeidet. Av forhold utenfor organisasjonen var det særlig profesjonaliseringen som skjer gjennom utdanningssystemet. Kjennskap til andre profesjoners kunnskapsgrunnlag og praksis og verdsetting av andre faggruppers bidrag var viktige forutsetninger for et vellykket samarbeid. (San Martín-Rodríguez L et al., 2005)

2.5 Samarbeid på tvers av fag og sektorer

Tverrsektorielt samarbeid viser til tverrfaglig samarbeid som involverer mer enn en sektor, slik som samarbeid mellom helse- og utdanningssektoren (Willumsen, 2016). De to sektorene er forankret i ulike lovverk (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011; 2018; Opplæringslova, 1998), med hvert sitt ansvarsområde, planer og retningslinjer (Helsedirektoratet, 2017a; *Læreplanverket*, u.å.) og har ulik faglig kompetanse. Myndighetene er opptatt av å styrke samarbeidet på tvers av fagområder og sektorer slik at bredere og mer tverrfaglig kompetanse blir tilgjengelig for barn og unge, og for de gruppene av barn med sammensatte utfordringer (Helsedirektoratet, 2017a; Meld. St. 6 (2019-2020); Meld. St. 26. (2014-2015). 0-24 samarbeidet er ett eksempel på et tverrsektorielt samarbeidsprosjekt som ble i gang i 2015 og avsluttet i mars 2021. Samarbeidet har vært mellom Helsedirektoratet, Barne-, ungdoms-

og familiedirektoratet, Arbeids- og velferdsdirektoratet, Integrerings- og mangfoldsdirektoratet og Utdanningsdirektoratet (0-24 samarbeidet, u.å). Samarbeidet har hatt som mål å legge til rette for bedre samarbeid mellom sektorene som grunnlag for mer helhetlig innsats overfor utsatte barn og unge under 24 år. Det handler om å kunne utnytte dagens ressurser bedre gjennom tettere samarbeid på tvers av fag og sektorer, slik at flere barn og unge lykkes i skolen og fullfører videregående opplæring, som grunnlag for en varig tilknytning til arbeidslivet (0-24 samarbeidet, u.å).

2.5.1 utfordringer knyttet til samarbeid på tvers av fag og sektorer

Helsedirektoratet gjennomførte i 2019 en bred gjennomgang av litteraturen med tanke på hvilke utfordringer barn og unge med sammensatte behov og deres familier møter i kontakt med offentlige tjenester (Helsedirektoratet, 2019). En av konklusjonene i rapporten er at systemet ikke er tilrettelagt for tverrsektorielt samarbeid, og at mangelfullt tverrsektorielt samarbeid hindrer helhetlig oppfølging på tvers av tjenester, skaper ustabile sektoroverganger, svekker informasjonsformidling og bidrar til at det er utfordrende å etablere sammenhengende tjenester (Helsedirektoratet, 2019). Det viser til både organisatoriske (sektorinndelingen), juridiske (svakheter i regelverket), kulturelle (ulike verdier, normer og problemoppfatninger blant fagfolkene) og økonomiske hindringer (tilgjengelige ressurser) (Helsedirektoratet, 2019).

Mangel på tid avsatt til samarbeid på tvers av faggrupper og sektorer er blitt trukket frem i flere studier (Dahl, 2018; Ekornes, 2015; Mælan et al., 2020). Ekornes (2015) finner i en spørreundersøkelse blant lærere at mangel på tid gjør det vanskelig å prioritere samarbeid med helsepersonell om elevenes psykiske helse. Funnene viste også at liten støtte i skoleledelsen, manglende tilstedeværelse av skolehelsetjenesten på skolen og samarbeidskompetanse hadde betydning for det tverrfaglige samarbeidet. En annen studie (Dahl, 2018) som undersøkte helsesykepleieres erfaringer med å arbeide med universelt helsefremmende og forebyggende arbeid viste at helsesykepleierne primært arbeidet individuelt og at mangel på tid ble nevnt som et hinder for å dreie arbeidet i mer universell retning. En tredje studie av Mælan et al. (2020) har undersøkt læreres og skoleledernes erfaringer med å samarbeide om elevenes psykiske helse med faggrupper og instanser som ikke har sitt daglige virke på skolen. En av funnene var at lærerne i en travel skolehverdag kunne overlate ansvaret for å støtte en elev med psykiske vansker til de eksterne fagfolkene,

men også at lærerne og de andre involverte fagfolkene synes å samarbeide mer når de lykkes med å bygge relasjoner basert på gjensidig tillit og respekt.

2.5.2 Systemrettet samarbeid mellom skolehelsetjenesten og skolen

I stortingsmelding Tett på – tidlig innsats og inkluderende fellesskap i barnehage, skole og SFO (Meld. St. 6 (2019-2020) ønsker regjeringen å bygge et lag rundt barna og elevene som blant annet inkluderer lærere, spesialpedagogiske ressurser, PP-tjenesten og helsestasjons- og skolehelsetjenesten. De ønsker også å dreie arbeidet fra individrettet til mer systemrettet tverrfaglig samarbeid. Det er vanlig å knytte begrepet systemrettet til systemteori, økologisk teori og teorier innen innovasjons- og organisasjonsutvikling (Midthassel et al., 2011). Systemrettet arbeid hviler på en forståelse av at organisasjonsmessige, kulturelle og relasjonelle faktorer påvirker hverandre gjensidig i arbeidet som gjøres med og for elever. Det vil si at innsats for å sikre elevene et godt fysisk og psykososialt miljø i skolen derfor vil innebære arbeid med systemene der elevene inngår og systemer som er opprettet for å støtte elevene (Midthassel et al., 2011).

Som tidligere beskrevet (s. 3) er det en sterk anbefaling i de nasjonale faglige retningslinjene for skolehelsetjenesten om at tjenesten bør ha et systemrettet samarbeid med skolene (Helsedirektoratet, 2017a). Målet er å utvikle et felles verdigrunnlag, avklaring av roller og ansvar og bedre kjennskap til hverandres regelverk. Det anbefales at skolehelsetjenesten deltar i aktuelle fora på skolen, som i møter med skolens ledelse og pedagogisk personale, skolens ressursteam samt elevrådsmøter og foreldremøter, og i skolens arbeid med å planlegge tiltak på universelt-, gruppe-, og individnivå (Helsedirektoratet, 2017a).

2.5.3 Implementering av tjenester og tiltak i skolen

Myndighetene forventninger om kunnskapsbaserte og effektive tiltak og tjenester i helse- og utdanningssektoren, har ført til økt fokus på hvordan implementere ny kunnskap i praksisutøvelsen (Fixsen, 2005). Forskeren Michael Fullan (2007, s.84) definerer implementering som «*Implementation consist of the process of putting into practice an idea, program, or set of activities and structures new to the people attempting or expecting to change*». Implementering innebærer en rekke komplekse prosesser knyttet til planlegging, iverksetting og gjennomføring av en innsats som innebærer en *endring* av nåværende praksis. Fullan (2007) beskriver tre hovedfaser i en endringsprosess: 1) Initiering, 2) Implementering og 3) Videreføring. Den første fasen handler om å forberede og lede opp til beslutningen om å

sette i gang et endringsarbeid. En viktig del av denne fasen er å forankre tiltaket i organisasjonens behov. Selve implementeringsfasen er preget av stor grad kompleksitet, noe som skyldes at visjoner, ideer og teorier skal omsettes i praksis. Den tredje fasen dreier seg om at tiltaket som etter hvert har blitt en del av praksisutøvelsen holdes aktivt og videreutvikles i organisasjonen.

Fixsen et al. (2005, 2009) har med bakgrunn i en litteraturgjennomgang identifisert seks ulike faser i en implementeringsprosess: 1) utforskning og adaptasjon, 2) program installasjon, 3) innledende implementering, 4) full gjennomføring, 5) innovasjon og 6) bærekraftig videreføring. Disse fasene vil bli kort gjennomgått og presentert under. *Utforskning og adaptasjon* handler om å utforske alternative endringer ut fra hvordan de samsvarer med de behovene som er identifisert i en organisasjon. I denne fasen er det avgjørende å involvere alle som omfattes av tiltaket, slik at det helt fra starten skapes en felles forståelse for den endringen som besluttes og derigjennom en felles forpliktelse. Når beslutningen om å gjennomføre en endring er tatt, vil neste fase (*program installasjon*) bestå av å forberede organisasjonen gjennom å sikre tilstrekkelig ressurser, nødvendig samarbeid om endringen og klargjøre mål. Opplæring og kompetanseutvikling er en viktig del av denne fasen, slik endringen kan gjennomføres på best mulig måte.

I den neste fasen (*innledende implementering*) starter arbeidet med å omsette visjoner, ideer og teorier til praksis. Denne fasen er krevende og ifølge Fixsen et al. (2009) er det en del endringsforsøk som stopper opp i denne fasen. I fase fire (*full gjennomføring*), vil den nye endringen i økende grad integreres i daglig praksis gjennom perioder med øving, tilpassing og læring. Fase fem (*innovasjon*) innebærer at deltakerne kan forbedre endringsprosjektet i etterkant. For eksempel kan det ved evaluering av prosjektet ha dukket opp nye og bedre løsninger underveis i implementeringsperioden. Den siste fasen (*bærekraftig videreføring*) handler om å holde endringen aktiv over en lengre periode slik at den blir bærekraftig. Ifølge Fullan (2007) må implementering sees som en prosess over tid, en kan forvente tre til fem års implementeringsarbeid før endringen er fullt integrert i organisasjonen.

De seneste årene har det vært økt fokus på at praksis i skolene skal være basert på forskning (Meld. St. 18 (2010-2011)). Dette gjør at skolen som kunnskapsorganisasjon må være i stand til å legge til rette for læring som er i tråd med endringer fra politiske visjoner, nye reformer eller andre tiltak (Bogsnes Larsen, et al., 2006). For eksempel kan det være nye læreplaner

(Utdanningsdirektoratet, 2019), eller tiltak for å bedre skolemiljøet. Innenfor litteratur på skoleutviklingsfeltet og forskning på implementeringsfeltet er det avdekket flere sentrale forutsetninger som kan påvirke implementerings- eller endringsprosesser, slik som en aktiv og støttende skoleledelse, lærernes tilslutning og nødvendig opplæring og kompetanseutvikling (Bogsnes Larsen, et al., 2006). Men også faktorer knyttet til hvordan nye planer, tiltak eller programmer iverksettes, og hvordan det «nye» integreres i skolens virksomhet, har avgjørende betydning for om et tiltak vil bli bærekraftig (Bogsnes Larsen, et al., 2006).

2.5.4 Medvirkning i endringsprosesser

Medvirkning er et sentralt begrep og en demokratisk rettighet både i helsesektoren og i utdanningssektoren. Medvirkning begrunnes også med at tiltak og tjenester blir bedre og mer effektive når alle som omfattes av en tjeneste eller et tiltak blir involvert (Helsedirektoratet, 2017b). Barn og unge har også rett til å få si sin mening og bli lyttet til når det gjelder alle forhold som angår dem. Dette er nedfelt i FNs barnekonvensjon artikkel 12 (1989), og i både pasient- og brukerrettighetsloven (1999, §3-1) og i opplæringsloven (§9 A-8; §9 A-9). Ifølge forskrift til opplæringsloven (2006, §3-10) skal elevene delta aktivt i vurderingen av eget arbeid, egen kompetanse og sin egen faglige og sosiale utvikling. I de nye læreplanene for grunnskolen og videregående opplæring er det nedfelt at «Læreren skal legge til rette for elevmedvirkning» (Utdanningsdirektoratet, 2019).

2.6 Samarbeid mellom helsetjenesten og skolen – tidlige forskning

Som vist til i introduksjonen er det få studier nasjonalt og internasjonalt som har undersøkt samarbeid mellom en tverrfaglig skolehelsetjeneste og skolen. De som foreligger, har hovedsakelig tatt for seg samarbeidet med helsesykepleier (Borg & Pålshaugen, 2019; Federici et al., 2020; Granrud et al., 2019; Phoenix et al., 2021; Reuterswärd & Hylander, 2017).

Som en del av utdanningsdirektoratets satsing på å bringe flere faggrupper inn i skolen ble det gjennomført en randomisert kontrollert studie «Et lag rundt eleven» av Federici et al. (2020). Studien undersøkte om økt helsesykepleier ressurs (3.5 timer/uke aktiv tilstedeværelse rettet mot 5.-7. trinn) hadde effekt på elevenes opplevde læringsmiljø og fravær (primære utfallsmål). Sekundære utfallsmål var læringsmiljø i bredere forstand og skoleprestasjoner målt som elevenes resultater på nasjonale prøver. Et annet viktig formål var å få innsikt i

helsesykepleiers rolle i arbeidet med å utvikle gode læringsmiljø, samt undersøke hvordan det flerfaglige samarbeidet mellom skolene og skolehelsetjenesten foregikk (Federici et al., 2020). Den tilførte ressursen skulle brukes til systemrettet og strukturert samarbeid med lærere, skoleledelse og annet sosial-pedagogisk personell. Resultatene viser at økt helsesykepleierressurs ikke hadde en positiv effekt på noen av utfallsmålene i gjennomsnitt. Men rektorer og lærere både ved tiltaks- og kontrollskolene var svært positive både til skolehelsetjenesten og det å ha helsesykepleier som samarbeidspartner. Helsesykepleiers tilgjengelighet på skolen, lavterskeltilbud og helsesykepleiers tilknytning til den øvrige helsesektoren fremheves som positivt, fordi helsetjenesten besitter en annen kompetanse enn lærerne (Federici et al., 2020).

To nyere norske studier (Borg & Pålshaugen, 2019; Granrud et al., 2019) har utforsket skolen om arena for tverrfaglig samarbeid knyttet til barn og unges psykiske helse. Den ene studien (Granrud et al., 2019) var basert på kvalitative intervjuer med helsesykepleiere som arbeidet i skolehelsetjenesten. Studien undersøkte helsesykepleiernes erfaringer med samarbeid med skolens personell om elevenes psykiske helse. Funnene viser at helsesykepleierne opplevde å ha liten innflytelse på utformingen av samarbeidet, og var avhengig av at skolens rektor og lærerne så betydningen av deres bidrag. Det var derfor viktig å vær synlig på skolen både for ungdommene og skolens personell, men mangel på tid opplevdes som en barriere. Samarbeidet med lærerne ble sett på som særdeles viktig fordi de møter elevene hver dag. Forankring av både samarbeidet og innholdet i samarbeidet i skolens planer ble trukket frem som en viktig forutsetning.

Den andre studien (Borg & Pålshaugen, 2019) utforsket kvaliteten på det tverrfaglige samarbeid knyttet til et fagutviklingsprosjekt «Skolen som en arena for barn og unges psykiske helse», som hadde som mål å få økt innsikt i hvordan skolene kan fremme unges psykiske helse. Fire år inn i prosjektet ble det gjennomført en spørreundersøkelse blant de som hadde deltatt i prosjektet og også i en sammenligningsgruppe. Halvparten av respondentene var skolepersonell og en fjerdedel var helsepersonell, hovedsakelig helsesykepleier. Resultatene viste at deltakelse i prosjektet var positivt assosiert med nye og mer innovative former for samarbeid. Funnene indikerte også bedre kvalitet på samarbeidet. I Sverige har faggrupper som sykepleier, leger, psykologer, sosialarbeidere og spesialpedagoger siden 2011 vært pålagt å samarbeide i tverrfaglige team for å fremme elevenes læring, utvikling og helse (Utbildningsdepartementet, 2010). En studie

(Reuterswärd & Hylander, 2017) som har utforsket helsesykepleieres erfaringer med sitt arbeid på skolene og med samarbeidet i det tverrfaglige skolebaserte teamet, viser at helsesykepleierne hadde forventninger om å bli trukket inn i det helsefremmende og universelt forebyggende arbeidet på skolen, noe som ikke var forventet av skolens personell. De måtte derfor argumentere for at de kunne bidra utover tiltak på individnivå. Det tverrfaglige samarbeidet ble sett på som meningsfullt og håndterbart hvis målene for teammøtene var klare, hvis andre fagpersoner var tilgjengelige på skolen, og hvis helsesykepleiernes roller ble tydelig kommunisert.

En kanadisk studie (Phoenix et al., 2021) basert på deltakende aksjonsforskning har utforsket samarbeidet mellom tverrfaglige team (ergoterapeuter, spesialpedagoger og logoped) og skolens personell om utvikling og iverksetting av inkluderende (universelle) tiltak på to barneskoler som hadde mange utsatte barn og familier. Funnene viser at teammedlemmene utøvde sine roller i relasjon til de andre i teamet, elevene, skolens personell og elevenes foreldre. Arbeidsformen for å sikre samarbeidsprosessen var regelmessige møter og tilstedeværelse i klasserommet. De mest sentrale barrierene var teammedlemmenes forankring i ulike organisasjoner, mangel på tid og for stor arbeidsmengde.

Samlet viser litteraturgjennomgangen at tverrfaglig skolehelsetjeneste er et lite utforsket tema, og at de få studiene som har vurdert samarbeidet mellom skolehelsetjenesten og skolene, hovedsakelig har inkludert helsesykepleiere. Dette peker mot behov for ytterligere forskning både nasjonalt og internasjonalt for å fremskaffe mer kunnskap om hvordan en tverrfaglig skolehelsetjeneste kan utformes. Det er også behov for å få et bedre kunnskapsgrunnlag for helsefremmende og forebyggende arbeide som et felles anliggende for både skolen og skolehelsetjenesten. Forskningsprosjektet som mastergradsprosjektet inngår i har som mål å utvikle en modell for en kunnskapsbasert og tverrfaglig skolehelsetjeneste gjennom en trinnvis prosess. Mastergradsprosjektet vil bidra med erfaringsbasert kunnskap fra faggrupper som har vært direkte involvert i utviklingen av en tverrfaglig skolehelsetjeneste gjennom å prøve ut ulike helsefremmende og forebyggende tiltak og måter å samarbeide med skolene på.

3. Metode

I dette kapittelet blir det redegjort for valg av metode, datagenerering og analyse av datamaterialet. Kapittelet avsluttes med etiske og metodologiske refleksjoner.

Mastergradsprosjektet inngår som en del av et større forskningsprosjekt, men utgjør som beskrevet i introduksjonen et selvstendig prosjekt. Fagutviklingsprosjektet som er blitt gjort rede for i kapittel 1 utgjør konteksten for mastergradsprosjektet.

3.1 Metodisk tilnærming

Hensikten med prosjektet er å utforske helsepersonells erfaringer med å utvikle en tverrfaglig skolehelsetjeneste og tjenestens samarbeid med skoler om helsefremmende og forebyggende arbeid. Med dette som bakgrunn ble kvalitativ metode valgt. Kvalitative tilnærminger er egnet for å belyse menneskers tanker, erfaringer, meninger og forventninger (Malterud, 2017a, s. 31). De bygger på forståelser av menneskers erfaring (fenomenologi) og fortolkning (hermeneutikk) og omfatter et bredt spekter av metoder for systematisk innsamling og analyser av tekst fra intervjuer, observasjoner eller dokumenter (Malterud, 2017a, s. 35–38). Fokusgrupper ble valgt som forskningsmetode fordi denne intervjuformen gir deltakerne mulighet til sammen å reflektere rundt et tema som de alle har erfaring med. Fokusgrupper har som ambisjon om å utnytte samhandlingen i gruppen for å få frem ulike fortellinger og på den måten en større bredde av synspunkter og erfaringer (Malterud, 2012, s. 18–19). Alle informantene i mastergradsprosjektet har hatt en tilknytning til eller en rolle i fagutviklingsprosjektet samtidig som de har en utøvende rolle i skolehelsetjenesten. Dette ga dem en felles plattform som utgangspunkt for å diskutere forhold som kan belyse prosjektets problemstilling.

3.2 Utvalg

Med utgangspunkt i at mastergradsprosjektet er forankret i et større forskningsprosjekt var mulige deltakere i fokusgruppene avgrenset til helsepersonell som hadde deltatt i fagutviklingsprosjektet. Mulige deltakere var alle fagutvikler helsesykepleiere og fysio- og ergoterapeuter som deltok/hadde deltatt i prosjektgruppen, og i tillegg helsesykepleiere på skolene som ikke var en del av prosjektgruppen. Prosjektgruppen var delt i en barneskole- og en ungdomsskolegruppe. To fysioterapeuter, to ergoterapeuter og to fagutvikler helsesykepleiere har deltatt/deltar i barneskolegruppen. Mens i ungdomsskolen har to fysioterapeuter, en ergoterapeut og en fagutvikler helsesykepleier deltatt/deltar.

Helsesykepleierne som deltar i prosjektgruppene arbeider slik som de andre helsesykepleierne i kommunen på en eller noen skoler, mens fysio- og ergoterapeutene har ingen fast skoletilknytning. Fysio- og ergoterapeutene er organisert i en egen tjeneste, mens helsesykepleierne er organisert i skolehelsetjenesten.

Rekruttering av deltakerne til fokusgruppeintervjuene foregikk ved at jeg henvendte meg til lederne av fagutviklingsprosjektet for å få tilsendt navn og e-postadresse til alle som deltar/har deltatt i fagutviklingsprosjektet og også helsesykepleiere som arbeider ute på skolene. Før jeg fikk tilsendt kontaktinformasjonen orienterte prosjektlederene ledelsen i skolehelsetjenesten og fysio- og ergoterapitjenesten om mastergradsprosjektet. Prosjektlederene sendte ut forespørsel via e-post til alle som deltar/har deltatt i fagutviklingsprosjektet og lederne i skolehelsetjenesten sendte ut forespørsel via e-post til alle helsesykepleiere i skolehelsetjenesten.

Den videre rekrutteringsprosessen foregikk ved at jeg tok kontakt med alle jeg hadde kontaktinformasjon til via e-post, til sammen 11 personer. I e-posten ble det opplyst om at jeg hadde fått kontaktinformasjon fra den ene prosjektlederen i fagutviklingsprosjektet. Informasjonsskrivet som var utarbeidet som grunnlag for eventuelt samtykke ble vedlagt i e-posten (Vedlegg 1). Alle 11 ga skriftlig samtykke til å delta i prosjektet. Jeg sendte e-post om mulige tider for intervju som de kunne velge mellom. Som følge av koronapandemien og nasjonale anbefalinger om ikke å ha fysiske møter måtte gjennomføringen av intervjuene foregå digitalt i Zoom. Det var vanskelig å finne en tid som passet for alle. Praktiske og tekniske utfordringer gjorde at en helsesykepleier og en ergoterapeut ikke kunne delta i intervjuene (en passet ikke tiden for og den andre kom ikke inn på Zoom grunnet dårlig nettverksforbindelse).

Det endelige utvalget bestod derfor av ni informanter; to ergoterapeuter, to fysioterapeuter og fem helsesykepleiere. Informantene, som alle var kvinner, hadde mellom 7 og 25 års erfaring med å jobbe med barn og unge. Alle har vært tilknyttet til fagutviklingsprosjektet (deltatt i prosjektgruppen ved oppstart av prosjektet og/eller som prosjektleder), og alle har også hatt/har en utøvende rolle som enten helsesykepleier, ergo- eller fysioterapeut. En fysioterapeut, en ergoterapeut, en helsesykepleier, og to fagutvikler helsesykepleiere representerte barneskolegruppen, mens en ergoterapeut, en helsesykepleier, og en fagutvikler

helsesykepleier representerte ungdomsskolegruppen. I tillegg deltok en fysioterapeut som har deltatt i begge gruppene. To av deltakerne har hatt en rolle som prosjektledere.

3.3 Planlegging av fokusgruppeintervjuene

En del av planlegging av fokusgruppeintervjuene var å sette seg grundig inn i fagutviklingsprosjektet og forskningsprosjektet «Fremtidens kunnskapsbaserte tverrfaglige skolehelsetjeneste». Dette fordi jeg ikke har hatt en tilknytning til noen av prosjektene. Fokusgruppeintervjuer kan være en krevende intervjuform, og gode og gjennomtenkte forberedelser er derfor viktig (Malterud, 2012, s. 29). Det ble gjort flere avveininger i forhold til sammensetningen av de to fokusgruppene når det gjaldt profesjonsbakgrunn, deltakelse i barne- eller ungdomsskolegruppene og om de arbeidet på barne- og ungdomstrinnet. For å få belyst problemstillingen på en god måte ble tverrfaglig deltakelse og erfaringer på tvers av barne- og ungdomsskolegruppen vektlagt. Alle faggrupper var representert i begge fokusgruppene. I tillegg måtte jeg ta hensyn til at to deltakere også hadde vært prosjektledere. Jeg valgte bevisst å plassere dem i hver sin gruppe.

En annen avveining som skulle tas var størrelsen på hver fokusgruppe. Antall deltakere bør være hensiktsmessig. Mens noen anbefaler seks til ti deltakere (Malterud, 2012), er det andre som argumenterer for fra fire til seks deltakere. Morgan (1997) påpeker at store grupper gir hver deltakerne mindre ansvar for å holde diskusjonen i gang og det gir også mindre mulighet for å få dybdeinformasjon fra den enkelte deltaker. Mindre grupper vil kunne gi hver deltaker mer tid og flere anledninger til å dele sine erfaringer. Med totalantall på ni deltakere, endte jeg opp med to fokusgrupper med henholdsvis fire og fem deltakere i hver gruppe. Dette var også en gruppestørrelse som lot seg håndtere som digitalt intervju. To fokusgrupper ga også mulighet for å gjøre hensiktsmessige endringer til neste fokusgruppeintervju. Da intervjuene skulle gjennomføres digitalt med bruk av Zoom, måtte jeg sette meg godt inn i programmet og formidle tilstrekkelig informasjon til deltakerne om bruken av det. For å etterligne så mye som mulig et fysisk intervju valgte jeg å ikke benytte funksjoner som «raise-hand» og «mute» før informantene tok ordet. Dette ville kunne ha begrenset den spontane interaksjonen mellom deltakerne, og også moderator.

En annen del av forberedelsene som ble gjort i forkant av intervjuene var å utarbeide en intervjuguide for å sikre at problemstillingene ble tilstrekkelig belyst (Malterud, 2017). Jeg valgte å lage to versjoner av intervjuguiden. Den ene, inkluderte hovedtemaene som ville bli

diskutert i intervjuene (vedlegg 2). Den andre, en utvidet versjon med mulige oppfølgingsspørsmål basert på gjennomgang av forskning og annen litteratur om tverrfaglig-/tverrsektorielt samarbeid og evalueringsrapporter fra fagutviklingsprosjektet. Intervjuguiden tok utgangspunkt i fire hovedtemaer: 1) Organisering av en tverrfaglig skolehelsetjeneste som har som mål å støtte skolen i det helsefremmende og forebyggende arbeid, 2) Utvikling og integrering av kompetanse som understøtter samarbeidet om helsefremmende og forebyggende tiltak i skolen, 3) Involvering av skolen, elever og foreldre i utforming og gjennomføring av helsefremmende og forebyggende tiltak og 4) Videreutvikling av en kunnskapsbasert og tverrfaglig skolehelsetjeneste og samarbeidet med skolen.

I forkant av intervjuene var det planlagt at jeg som masterstudent skulle ha rollen som moderator, med følge av en medhjelper. Denne fikk i oppgave å notere deltakernes navn, når den enkelte tok ordet og kroppslige uttrykk som reflekterte gruppedynamikken (som nikkebevegelser med hodet). Medhjelper som ble valgt er medstudent på masterstudiet, og hadde ingen tilknytning til fagutviklingsprosjektet eller forskningsprosjektet.

3.4 Gjennomføring av intervjuene

De to fokusgruppeintervjuene ble gjennomført med tre ukers mellomrom slik at jeg fikk mulighet til å gjøre meg noen refleksjoner som jeg tok med meg inn i det neste intervjuet, og som en begynnelse på analysearbeidet. Begge intervjuene foregikk som et zoom-møte. Noen av informantene satt på arbeidsplassen mens andre satt hjemme. Som moderator ledet jeg begge intervjuene og kom med oppfølgende spørsmål. Medhjelpers rolle var avgrenset til notering av hvem som snakket og gruppedynamikken.

Intervjuene ble tatt opp på lydbånd som gjorde at jeg som moderator kunne konsentrere meg om intervjuets temaer og gruppedynamikken (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 205). Intervjuene startet med en kort introduksjon om hensikten med prosjektet og intervjuene, tidsrammen for intervjuet, og en presentasjon av hovedtemaene som skulle diskuteres. Ifølge Malterud (2012) er det avgjørende for gyldigheten av intervjuene at deltakerne og moderator har en felles forståelse av hvilke temaer diskusjonen skal ha fokus på. Deretter ble deltakerne bedt om å fortelle kort om sin profesjonsbakgrunn, tilknytningen til fagutviklingsprosjektet og hvilket skoletrinn (barne- og/eller ungdomstrinnet) de arbeidet på. Det første intervjuet varte i 1 time og 18 minutter og det andre i 1 time og 40 minutter. Det første intervjuet ble litt kortere enn

det andre, noe som skyltes nettverksproblemer på arbeidsplassen til noen av informantene. Hovedtemaene var gjennomgående i begge intervjuene, mens oppfølgingsspørsmålene ble tilpasset hvordan samtalen forløp. Underveis i intervjuene noterte jeg meg noen stikkord som informantene sa for senere å ta det opp som et oppfølgingsspørsmål.

I etterkant av intervjuene reflekterte moderator og medhjelper blant annet over min rolle som moderator, rammene for intervjuet med tanke på intervjuguiden, disponering av tid per tema og hvordan det var å gjennomføre intervjuene digitalt. Dynamikken i gruppene ble også diskutert. Det ble løftet frem at i begge intervjuene deltok alle i samtalen, det var god samhandlingsflyt og deltakerne responderte på hverandres utsagn/innspill rundt temaene. Det ble gjort små justeringer fra det først til det andre intervjuet for få belyst forhold som ble lite diskutert i det første intervjuet, eller som jeg var blitt mer bevisst på gjennom mine refleksjonsnotater etter det første intervjuet.

3.5 Analyse

Forskningslitteraturen trekker frem en tematisk, tverrgående og datastyrt analyse som relevant i en fokusgruppestudie med et utforskende formål (Malterud, 2012). Analysetilnærmingen jeg har valgt er refleksiv Tematisk Analyse (TA) slik den er beskrevet av Braun og Clarke (2006, 2019, 2020). Hensikten med denne analysen er å identifisere mønstre av mening på tvers av datamaterialet med utgangspunkt i forskningsspørsmålene. Braun og Clarke (2020) hevder at en av fordelene med denne analysetilnærmingen er at den er teoretisk fleksibel, hvilket innebærer at den kan brukes på ulike måter, på ulike datasett og for å belyse ulike forskningsspørsmål.

Analysetilnærmingen handler om forskerens reflekterende og gjennomtenkte engasjement med datamaterialet, teori og den analytiske prosessen (Braun & Clarke, 2019). En nylig publisert artikkel av Braun og Clarke (2020) tar for seg ulike forhold forskeren må være oppmerksom på ved bruk av refleksiv TA og med mulige fallgruver, slik som mangelfull redegjørelse av analytisk tilnærming og forståelse av forholdet mellom koder og temaer. Ved bruk av refleksiv TA vil kodingen være en åpen og dynamisk prosess.

Braun og Clarke (2006) beskriver ulike orienteringer som kan anvendes i tematisk analyse. I denne studien har jeg valgt induktiv orientering der koding og utvikling av temaer har sin

forankring i dataene (Braun & Clarke, 2006). En deduktiv (teoridrevet) orientering derimot ville innebære at datamaterialet analyseres og fortolkes i lys av eksisterende teori og forskning. Braun og Clarke (2006) poengterer at det er sjeldent et enten – eller, fordi enhver analyse vil aldri kunne foregå i et teoretisk vakuum.

3.5.1 Analysefasene i reflektiv TA

Refleksiv TA innebærer en prosess som inneholder seks faser (Braun & Clarke, 2006). Selv om disse fasene er trinnvise og hver fase bygger på den forrige, er prosessen dynamisk. Jeg har gjennom hele analyseprosessen arbeidet frem og tilbake mellom de ulike fasene. Trinnene skal ifølge Braun og Clarke (2006) ses på som konseptuelle og praksisorienterte «verktøy» som guider forskeren gjennom analysen.

Fase 1. Gjøre seg kjent med datamaterialet

Den første fasen handler om å bli kjent med dataene. Umiddelbart etter hvert intervju reflekterte jeg over det som kom frem i samtalen og noterte ned iscenesettelsen av intervjuet, gruppedynamikken, min rolle som moderator og kort hva som kom frem i intervjuet. Når det første fokusgruppeintervjuet var gjennomført hørte jeg på lydopptaket. Deretter klargjorde jeg lydopptaket for videre analysearbeid gjennom å transkribere intervjuet. Det første intervjuet ble transkribert før det andre ble gjennomført. Det andre fokusgruppeintervju ble behandlet på samme måte. Intervjuene ble transkribert ord for ord, inklusive pauser («...») og «eh»-er og liknende. Materialet ble aidentifisert ved at navn ble byttet ut med «person 1, person 2» osv. For at konteksten for intervjuene (hvor fagutviklingsprosjektet hadde foregått) ikke skulle kunne gjenkjennes ble dialekt omskrevet til bokmål.

Det var noen informanter som snakket mer enn andre, men i begge intervjuene kom alle informantene til ordet uten for mye avbrytelser fra hverandre. Det sosiale samspillet mellom deltakerne kan være vanskelig å gjenskape når samtalen transformeres til tekst (Malterud, 2017a, s. 78). En fordel ved å selv transkribere intervjuene er at jeg kan legge merke til stemmeleie, pauser, sukk m.m., som inngår i skapingen av dataene. Latter og sukk, ble skrevet inn i teksten i parentes. Understrekning ble brukt for uttalelser med særlig engasjert stemmeleie («_»). I tillegg til at disse sosiale og emosjonelle aspektene ble notert under transkriberingen, noterte medhjelper også når deltakerne nikkete underveis i intervjuet, som jeg velger å tolke som en tilslutning til det som ble formidlet.

Fase 2. Systematisk koding av data

Denne fasen begynner når forskeren har gjort seg godt kjent med datamaterialet. Koder kan sies å utgjøre byggesteiner som kombineres som del av arbeidet med å identifisere temaer (Braun & Clarke, 2006). I tråd med Braun og Clarke (2006) startet jeg første del av kodingen med å bryte ned datamaterialet i mindre deler, også kalt analytiske enheter, for å identifisere og få frem viktige trekk i det transkriberte materialet sett i relasjon til problemstillingen og forskningsspørsmålene. Dette gjorde jeg ved å kopiere det transkriberte materialet (tekstutdrag) inn i en tabell med to kolonner (se tabell 3.1). Som en del av kodingen uthevet jeg ord og deler av setninger (venstre kolonne), og oppsummerte tekstutdragene med egne ord som jeg forsøkte å holde så datanære som mulig (høyre kolonne).

Tekstutdrag	Initial koding
Person 4: Ja for jeg tenker jo at vi har endt opp med en sånn større bevissthet om at vi må bruke tid sammen . Litt sånn uformell tid og. Det å bare være i sammen, være på hverandres møter for å bli kjent og ehh at man skal bli trygge på hverandre og oppleve at man er aktuelle for hverandre .	Bruke tid sammen i fagutviklingsgruppene for å bli kjent med hverandre faglig og bli trygge på hverandre som personer.
Person 4: Jeg tror skolen er vant til å se på oss som en ressurs og som nyttige i forhold til oppfølging av elever som sliter på et eller annet område. Men det å tenke at vi også har kompetanse utover dette . Det er her jeg tenker fysio og ergo kommer inn som en styrke for oss med kompetanse og kunnskap i forhold til mer universelle tiltak , det jeg vil kalle helsefremmende og primærforebyggende tiltak. Dere er med på å løfte skolehelsetjenesten i den retningen .	Skolene har forventninger om at helsesykepleier følger opp enkeltelever som strever, men er mindre kjent med at helsesykepleiernes kompetanse strekker seg utover dette Involvering av flere faggrupper vil kunne bidra til å dreie skolehelsetjenesten i mer universell retning

Tabell 3.1. Viser et eksempel på systematisk koding av data.

Fase 3. Generere foreløpige temaer fra det kodede materialet

Denne fasen starter når hele datamaterialet var kodet og kodene var sortert. I tråd med Braun og Clarkes (2006) beskrivelse av denne fasen startet jeg med å undersøke de sorterte data med

tanke på å identifisere foreløpige temaer med utgangspunkt i forskningsspørsmålene. Et tema vil ifølge Braun og Clarke (2006) omfatte mange fasetter knyttet til en mening eller erfaring. Ved identifisering av temaer hadde jeg fokus på både innholdet i samarbeidet og på samarbeidsprosessen internt i skolehelsetjenesten og i relasjon til skolene. Gjennom å sette sammen koder og se på sammenhenger mellom dem rettet oppmerksomheten mot at de foreløpige temaene dreide seg om ulike prosesser. Det viste seg at samarbeidet dreide seg om utvikling eller endring av etablerte forståelser og arbeidsmåter, *fra særfaglige til tverrfaglige samarbeidsformer* og *fra individorienterte til mer universelle tiltak*. Det trådte også frem at dette var *utfordrende og tidkrevende prosesser*, som forutsatte *etablering og bygging av relasjoner* og *en felles forståelse av helsefremmende og forebyggende arbeid for barn og unge*.

Et annet tema som ble identifisert ved sammenstilling av koder knyttet til det andre forskningsspørsmålet var, *hvordan implementere helsefremmende og forebyggende tiltak i skolene slik at de kan bli bærekraftige over tid*. Dette spørsmålet synes å henge sammen med koder som omhandlet at *skolehelsetjenesten måtte bli mer synlig på skolene, få bedre innsikt i skolehverdagen, og mer aktiv involvering av skolens personell, elever og foreldre*. Det ble også tydelig at samarbeid mellom to ulike sektorer, helse- og utdanningssektoren, krever en tydeligere *formalisering av samarbeidet som klargjør roller og ansvarsområder*.

Fase 4. Gjennomgang av foreløpige temaer

Denne fasen innebærer å sjekke de foreløpige temaene opp mot hele datasettet med tanke på om de kan belyse problemstillingen og forskningsspørsmålene på en distinkt og presis måte (Braun & Clarke, 2006). Dette er ifølge Braun og Clarke en interaktiv prosess som både reflekterer dataene, forskerens posisjon og forskningens kontekst (Braun & Clarke, 2019). I denne prosessen opplevde jeg at noen av temaene overlappet hverandre og det var derfor behov for å slå enkelte temaer sammen. Som en del av arbeidet fremtrådte de ulike prosessen som var involvert i å utvikle samarbeidet, i form av relasjonsbygging, endring i forståelser og arbeidsmåter, synliggjøring av tverrfaglig skolehelsetjeneste, og samskaping av tiltak.

Fase 5. Definere og navngi temaer

I denne fasen blir innholdet i hvert tema nærmere analysert, diskutert og navngitt (Braun & Clarke, 2006). Jeg gikk gjennom hvert tema for å se om de fremsto som meningstette og belyste ulike aspekter av tema. Temaene ble deretter navngitt slik at de kommuniserte

essensen i temaet. Jeg endte opp med fire temaer, som samlet synes å kunne belyse problemstillingen: Hvordan skape en tverrfaglig skolehelsetjeneste som samarbeider med skolene om å fremme barn og unges helse og trivsel? 1) Fra særrelasjon til mer tverrfaglige samarbeidsformer – en relasjonsbyggende prosess, 2) Dreining fra individorienterte til mer universelle helsefremmende og forebyggende tiltak – en krevende endringsprosess, 3) Tverrfaglig skolehelsetjeneste inn i skolen – en synliggjøringsprosess og 4) Bærekraftige helsefremmende og forebyggende tiltak – en samskapingsprosess.

Fase 6. Sammenstilling av analysen

Den siste fasen innebærer å flette sammen den analytiske fortellingen og dataekstraktene, og kontekstualisere analysen i forhold til eksisterende litteratur (Braun & Clarke, 2006). I denne fasen skrev jeg frem temaene og valgte ut sitater som var med på å understøtte og belyse innholdet i disse. Ifølge Braun og Clarke (2019) er det vanlig å oppdage nye sammenhenger i dataene når temaene skrives frem. Underveis i prosessen med å fremstille funnene gikk jeg tilbake til det kodede materialet og de transkriberte intervjuene. Dette førte til at noen sitater ble tatt ut og andre kom med, og også at den analytiske fortellingen ble noe omarbeidet. Fremstilling av funnene blir presentert i kapittelet 4 «Presentasjon av funn».

3.6 Etikk og personvern

Når en skal gjennomføre et forskningsprosjekt er det viktig å reflektere over forskningsetiske hensyn gjennom hele forskningsprosessen (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 38). Et sentralt forskningsetisk prinsipp er *informert samtykke* som innebærer at deltakerne informeres om prosjektets hensikt, hva deltakelse innebærer, hvordan opplysninger blir oppbevart og behandlet, og om retten til å trekke seg fra studien når som helst uten å oppgi grunn (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 104). Jeg utarbeidet et informasjonsskriv i henhold til Norsk Senter for Forskningsdata (NSD) sin mal for informasjonsskriv (NSD, u.å.) (Vedlegg 1). Informasjonsskrivet ble sendt til alle mulige deltakere som vedlegg til e-post. Deltakelse i prosjektet er basert på skriftlig informert samtykke og frivillig deltakelse. Forskningsprosjektet og mastergradsprosjektet ble meldt samlet til NSD personvernstjeneste (referansenummer 314233). (Vedlegg 3)

Alle opplysninger som samles inn behandles med *konfidensielt* og i samsvar med personvernsregelverket. Konfidensialitet i forskning innebærer at informantenes personopplysninger behandles fortrolig og beskyttet (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 106). Det kan være utfordrende å sikre anonymitet til deltakerne i et fokusgruppeintervju fordi personene vil være gjenkjennbare for hverandre (Malterud, 2012). I starten av intervjuet ble det presisert at alle har gjensidig taushetsplikt og at det som formidles i fokusgruppene ikke skal deles med personer som ikke har vært til stede. Intervjuene ble transkribert pseudonymisert ved bruk av koder i stedet for navn (person 1,2..9). Gjennom analysearbeidet og framskrivning av funnene ble det tydelig at det var viktig å synliggjøre profesjonsbakgrunn til den som «snakker» (helsesykepleier, fysioterapeut og ergoterapeut). Navnet på kommunen ble fjernet, og erstattet med «en kommune som har mottatt midler fra Helsedirektoratet for å videreutvikle skolehelsetjenesten».

Prinsippet om konfidensialitet innebærer også at utenforstående ikke skal få innsyn i materialet (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 106). I informasjonsskrivet ble det informert om at kun masterstudent, veileder og nøkkelpersoner i prosjektet «Fremtidens kunnskapsbaserte tverrfaglige skolehelsetjeneste» vil ha tilgang til lydopptakene og det transkriberte aidentifiserte materialet. Det er kun masterstudent som har informasjon om deltakerens navn og e-postadresse, og denne informasjonen vil bli overlevert til leder for hovedprosjektet når masteroppgaven er godkjent. Navnelisten og kontaktadressene er blitt oppbevart på en passordbeskyttet minnepenn, adskilt fra det transkriberte materialet. Lydopptakene og det transkriberte aidentifiserte materialet er også blitt lagret på en passordbeskyttet minnepenn. Hovedprosjektet har prosjektslutt etter fire år, og da vil alle opplysninger bli slettet.

Kvale og Brinkmann (2015, s.107) trekker frem hvor viktig det er å ta hensyn til forskjellen mellom tale- og skriftspråk når sitater fra datamaterialet benyttes i presentasjonene av oppgavens funn. I resultatdelen brukes sitater fra datamaterialet for å underbygge generaliseringer og fortolkninger, og som illustrasjon av sentrale funn. Sitatene er noe redigert for at informantenes muntlige tale skal fremstå som sammenhengende, men uten at meningsinnholdet er endret. Kvale og Brinkmann (2015, s. 213) understreker dette som et ledd i ivaretagelse av etiske hensyn i rapporteringen.

3.7 Metodologiske refleksjoner

3.7.1 Forforståelse med betydning for prosjektet

Forforståelse kan knyttes til tidligere erfaringer og antakelser og til faglige perspektiver som vil kunne ha innflytelse på hvordan dataene skapes, og hvordan datamaterialet analyseres og fortolkes (Malterud, 2017, s. 45). Det er derfor viktig å reflektere over egen rolle og den forforståelsen jeg som forsker bringer med meg inn i prosjektet. Refleksivitet innebærer å erkjenne og overveie betydningen av eget ståsted gjennom hele forskningsprosessen (Malterud, 2017, s. 19).

Min interesse for barn og unges helse startet under bachelorstudiet i fysioterapi da jeg valgte å tilknytte bacheloroppgaven til et større forskningsprosjekt (*Svendborgprosjektet*) som hadde til hensikt å undersøke effekten av daglig ekstra fysisk aktivitet i barneskoler i en dansk kommune. Jeg hadde derfor en del kunnskap om barn og unges helse, helsefremmende og forebyggende arbeid i skolen når mastergradsprosjektet skulle planlegges. Men jeg har ikke selv arbeidet i skolehelsetjenesten og hadde begrenset kunnskap om den norske skolehelsetjenesten. Med tanke på erfaring fra å samarbeide med andre faggrupper, har jeg samarbeidet flerfaglig og tverrfaglig, på sykehus og i kommunale tjenester med blant annet sykepleier, psykolog, leger, ergoterapeuter, sosionomer og helsefagarbeider.

Det at jeg har noe kunnskap om feltet, men ikke førstehåndserfaringer kan være en styrke når prosjektet har til hensikt å utforske en praksis som involverer min faggruppe. Begrenset erfaring med skolehelsetjenesten og med tverrfaglig samarbeid om og med barn og unge, kan ha påvirket både utformingen av intervjuguiden og gjennomføring av intervjuene.

Betydningsfull informasjon kan ha gått tapt eller fått for liten plass. Den litteraturen jeg har valgt å sette meg inn i ved planlegging og gjennomføring av prosjektet vil også inngå i min forforståelse av de temaene som utforskes. Gjennom å lese litteratur og innhente informasjon om forsknings- og fagutviklingsprosjektet ble jeg mer oppmerksom på egne fordommer og forståelser og jeg har prøvd å være bevisst på disse i møtet med informantene og datamaterialet.

3.7.2 Studiens troverdighet

I det følgende reflekterer jeg over hvordan metodiske valg gjennom hele prosjektet kan ha påvirket studiets kvalitet eller troverdighet. Når en skal vurdere en studies kvalitet, vil ulike

forskningstradisjoner prege valg av begreper. I kvalitativ forskning brukes ofte troverdighet som et overordnet begrep for pålitelighet, gyldighet og overførbarhet (Drageset & Ellingsen, 2010). Troverdighet omfatter hele studien, og vurderes ut fra i hvilken grad forskeren har frembrakt resultater som er pålitelige, gyldige og overførbare utover den konteksten de er skapt i (Drageset & Ellingsen, 2010). Det er en glidende overgang av betydningen av disse tre begrepene.

Pålitelig handler om at forskningen er utført på en tillitvekkende måte og omfatter konsistens mellom empiri, analyse og resultater (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 276). Konsistens handler om at det er en synlig rød tråd mellom problemstilling, teorier, metoder og data som fører frem til kunnskapen (Malterud, 2017, s. 25). En strategi for å styrke resultatenes pålitelighet innenfor kvalitativ forskning handler om å redegjøre for prosessene og betingelsene for hvordan kunnskapen er utviklet (Malterud, 2017, s. 17). *Gyldighet* handler om at man faktisk har undersøkt det man skulle undersøke, sagt med andre ord, i hvilken grad resultatene gjenspeiler de fenomenene som var av interesse å utforske (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 276).

Studien har benyttet fokusgruppeintervju som forskningsmetode. Hensikten med metoden er å få frem forskjellige synspunkter om et tema deltakerne har kunnskap om gjennom at deltakerne deler sine tanker og erfaringer (Malterud, 2012, s. 18). I kvalitative intervjustudier vil en prøve å etablere et utvalg med best mulig potensiale til å belyse problemstillingen (strategisk utvalg) (Malterud, 2012, s. 42). For fokusgrupper dreier dette seg om både det samlede utvalget og sammensetningen av gruppene. Aktuelle informanter for deltakelse i mastergradsprosjektet var avgrenset til helsesykepleiere, fysio- og ergoterapeuter som deltok/hadde deltatt i fagutviklingsprosjektet. Mulige deltakere utover de som per i dag har en tilknytning til fagutviklingsprosjektet er usikkert fordi det var prosjektledere og ledere i skolehelsetjenesten som hadde den første kontakten. Dette gjør at jeg ikke har informasjon om hvor mange som ble forespurt om de kunne være interessert i å delta. Et utvalg som hadde inkludert deltakere fra mer enn en kommune og/eller flere fra den kommunen som er inkludert ville kunne gitt en større bredde i utvalget. Når det gjelder sammensetningen av fokusgruppene ble de satt sammen slik at alle de tre faggruppene, helsesykepleier og fysio- og ergoterapeut, ble representert i hver gruppe. Dette ble ansett som viktig når hensikten var å utforske utviklingen av en tverrfaglig skolehelsetjeneste.

En sentral oppgave som moderator i fokusgruppeintervjuer er å legge til rette for at informantene får dele sine erfaringer, tanker og refleksjoner (Malterud, 2012, s. 72–74). Båndopptakene og det transkriberte materialet viste at alle informantene deltok i samtalen og på ulike måter som korte og lengre betraktninger, oppfølgende betraktninger og støttende utsagn og adferd som å nikke. En interessant observasjon var at intervjuet synes å bli innlemmet i en pågående refleksjons- og bevisstgjøringsprosess, illustrert med et utdrag fra kapittel 4 (presentasjon av funn) «Det du sa der ga meg noen tanker akkurat nå, det er jo akkurat det samme som når vi har individuell oppfølging av elever» (side 40). I det store og hele ble det kommunisert lite uenighet blant deltakerne. Meningsforskjeller kan ha blitt noe underkommunisert fordi informantene står i et avhengighetsforhold til hverandre både som samarbeidspartnere i fagutviklingsprosjektet og som kollegaer. For å prøve å motvirke dette var gruppene bevisst satt sammen på tvers av barne- og ungdomsskolegruppen slik at relasjonene mellom deltakerne ikke skulle være for tette.

En nylig publisert artikkel (Anvik et al., 2021) har undersøkt hvordan fokusgruppeintervjuer forstås og brukes i kunnskapsproduksjon om samhandling rundt personer med sammensatte tjenestebehov. Forfatterne er særlig opptatt av den interaksjonistiske dimensjonen og den sosiale dynamikkens betydning for kunnskapen som skapes, og er kritisk til at dette sjeldent kommer frem i presentasjon og analyse av funn (Anvik et al., 2021). For å få tydelig frem at det er ulike faggrupper som inngår i en interaksjon med der de deler sine erfaringer med samarbeidet, har jeg valgt å ta med noen dialogsitater i fremstilling av funn samt synliggjøre både deltakernes profesjonsbakgrunn og dialogen (f. eks side 40). Bruk av dialogsitater trekkes også frem i artikkelen av Anvik et al. (2021) som en god metode for å gi leseren en forståelse av intervjumaterialet og relasjonen mellom deltakerne.

I intervjusituasjonen var jeg bevisst på å stille spørsmål som var åpne og som inviterte til utfyllende beskrivelser vedrørende hovedtemaene i intervjuet. Malterud (2017, s.193) er tydelig på at det er viktig med oppklarende spørsmål underveis i intervjuet for å bidra til *dialogisk gyldighet*, men legger til at dette ikke kan gjøres like inngående i en fokusgruppe som i et individuelt intervju (Malterud, 2012, s. 132). Dialogisk gyldighet innebærer å skape en felles forståelse mellom forsker og deltakerne om den historien som skapes (Malterud, 2017, s. 193) s.193. For å sikre at min forståelse og oppfatning stemte overens med det informanten prøvde å formidle, gjentok jeg noen ganger det informanten hadde uttrykt. I begge intervjuene forsøkte jeg å lytte aktiv, og stille inviterende spørsmål som «du nevner...

hva tenker dere andre om det?» og «har dere andre noen tanker rundt dette, noe dere vil tilføye?» Denne måten å stille spørsmål på ble brukt for å få frem et mangfold av meninger som kunne bidra til å utdype temaet, som ifølge Malterud (2012) styrker intervjuenes gyldighet.

Når det gjelder den praktiske gjennomføringen av fokusgruppeintervjuene måtte disse gjøres digitalt på grunn av koronasituasjonen. Det lar seg ikke gjøre å vurdere om fysiske intervjuer ville ha forløpt annerledes da begge intervjuene ble gjennomført digitalt. Informantene var blitt vant til å møtes digitalt som del av håndteringen av pandemien. Fortrolighet med å kommunisere digitalt kan ha bidratt til at de ikke nølte med å ta ordet når en var ferdig med å snakke. Det at gruppene ikke var på mer enn fire og fem deltakere, og at deltakerne var godt kjent med hverandre kan også ha bidratt til dette. Det kan synes som digitale fokusgruppeintervjuer også kan fungere uten at deltakerne har møttes før intervjuet (Gissum & Drageset, 2020). Dette viser at godt forberedte fokusgruppeintervjuer kan gjennomføres digitalt uten at kvaliteten på forskningen nødvendigvis blir dårligere enn om man møtes ansikt-til-ansikt.

Forskerens ferdigheter og kompetanse kan også ha innvirkning på forskningsresultatenes gyldighet (Drageset & Ellingsen, 2010). Egen rolle som uerfaren forsker kan ha påvirket hele forskningsprosessen og derigjennom resultatene. Det har derfor vært nødvendig med et tett samarbeid med veileder som har lest begge transkripsjonen for begge intervjuene. En måte å sikre forskningsresultatets troverdighet på kan være å få tilbakemelding fra informantene, eller metodetriangulering (Malterud, 2017, s. 200). Ingen av disse valideringsmåtene lot seg gjennomføre innenfor tidsrammen for et mastergradsprosjekt.

Et sentralt aspekt for å kunne vurdere studiens gyldighet er å redegjøre for det teoretiske rammeverket som utgjør grunnlaget for innsamling av data og for analyser og fortolkning av datamaterialet (Malterud, 2017, s. 47). De teoretiske referanserammene ble utvidet underveis, i nært samspill mellom skapning av dataene og analysene. Teorigrunnlaget har hatt en begrenset rolle som analytiske verktøy, men er løftet frem i diskusjonen av resultatet. Analysen har som beskrevet under punkt 3.5.1 hatt en induktiv orientering, der koding og utvikling av temaer har sin forankring i dataene og hvordan jeg har fortolket disse. Selv om jeg har forsøkt å holde meg så datanært som mulig i analyseprosessen, vil mine fortolkninger være preget av min forforståelse, valgte teoretiske perspektiver og begreper, og også hva jeg

finner interessant. Ifølge Braun og Clarke vil en analyse aldri foregå i et teoretisk vakuum (Braun & Clarke, 2020).

Overførbarhet handler om hvorvidt funnene fra denne studien kan være gjeldene i andre sammenhenger enn den de er skapt i (Malterud, 2017, s. 66). Betingelsene og forutsetningene for resultatene som er analysert frem vil ifølge Malterud (2017, s.66) sette rammene for overførbarheten til andre kontekster. En form for overførbarhet som Kvale og Brinkmann (2015, s. 291) beskriver er *analytisk generalisering*, som handler om studiens rikholdige kontekstualiserte beskrivelser. Når overførbarheten av denne studiens funn skal vurderes er det ikke å komme utenom at informantene kun var rekruttert fra en kommune og et fagutviklingsprosjekt, hvilket kan være en begrensning i forhold til resultatenes overføringsverdi. Men, jeg har forsøkt å gi en inngående beskrivelse av konteksten for studien: studiens metodiske tilnærming, utvalget, planlegging og gjennomføring av fokusgruppeintervjuene, analyseprosessen, og prøvd å sette funnene inne i en større sammenheng gjennom å diskutere dem i lys av teoretiske forståelse og tidligere forskning. Dette vil kunne gjøre det mulig for en leser å vurdere rekkevidden av den kunnskapen som studien har generert.

4.0 Presentasjon av funn

Funnene presenteres i tråd med de gjennomførte analysene og for å belyse oppgavens problemstilling: Hvordan skape en tverrfaglig skolehelsetjeneste som samarbeider med skolene om å fremme barn og unges helse og trivsel? Problemstillingen omhandler to forhold som henger sammen – utviklingen av en tverrfaglig skolehelsetjeneste og tjenestens samarbeid med skolene om helsefremmende og forebyggende tiltak – som de påfølgende sitatene illustrerer.

Skolehelsetjenesten har jo primært vært helsesykepleier også er det jo hvordan vi skal være tverrfaglig organisert (...) Det vi ser har vært utfordringen er at vi har jobbet på hver vår tue og da samhandler vi ikke så godt. Jeg tenker at det hadde vært bra om vi kunne samhandle mer om det vi skal gjøre sammen med skolene, hvordan vi kan jobbe for barn og unge i denne kommunen sammen med alle på skolen. (ergoterapeut 2)

Vi trenger kompetanse på samarbeid, altså tverrfaglig samarbeid (...). Det å være trygg på egen rolle og ansvarsområde, vite hva min oppgave er, hva som er de andre samarbeidspartners oppgave og hva som er skolens oppgave. Og hva vi skal samarbeide om og hvordan vi skal samarbeide? (helsesykepleier 2)

Analysen genererte fire temaer som samlet synes å kunne belyse forhold av betydning for å skape en tverrfaglig skolehelsetjeneste som samarbeider med skolene om å fremme barn og unges helse og trivsel? 1) Fra sær faglige til mer tverrfaglige samarbeidsformer – en relasjonsbyggende prosess, 2) Dreining fra individorienterte til mer universelle helsefremmende og forebyggende tiltak – en krevende endringsprosess, 3) Tverrfaglig skolehelsetjeneste inn i skolen – en synliggjøringsprosess 4) Bærekraftige helsefremmende og forebyggende tiltak – en samskapingsprosess.

4.1 Utvikling av en tverrfaglig skolehelsetjeneste med fokus på helsefremmende og forebyggende arbeid

4.1.1 Fra særrelasjon til mer tverrfaglig samarbeidsformer – En relasjonsbyggende prosess

Et sentralt anliggende i arbeidet med å utvikle en tverrfaglig skolehelsetjeneste er relasjonsbygging. Informantene fremhever at en klar struktur for samarbeidet må være på plass som en «grunnmur» for å kunne bygge gode samarbeidsrelasjoner. Et sentralt element i relasjonsbyggingen var å synliggjøre faglige likheter og ulikheter og derigjennom få innsikt i de andre faggruppene forståelsesrammer og kompetanse. *Vi har en bit som er lik og så har vi noe som er ulikt og til sammen blir det kjempebra (helsesykepleier 3). Da får man en større forståelse for hverandre sine fagfelt, og vi ser hvor vi er enige og uenige, og hvordan vi utvikler oss sammen i en retning. Så det synes jeg har vært kjempepositivt, å bli kjent (...) Men det jo veldig ressurskrevende å opprette en sånn relasjon, men jeg tenker det er kjempeviktig. (fysioterapeut 1)*

Informanten erfarte hvor viktig det var å kunne tilbringe mye «tid sammen» for å skape tillitsfulle og produktive samarbeidsrelasjoner.

Vi har endt opp med en større bevissthet om at vi må bruke tid i sammen. Litt sånn uformell tid. Det å bare være sammen, være på hverandres møter for å bli kjent, bli trygge på hverandre og oppleve at man er aktuelle for hverandre. Og det med bakgrunn i at jeg tror at dere som fysio og ergo har strevd litt med å få innpass hos helsesykepleierne på skolene. For der er vi vant til å ha kontrollen selv, så har man ikke klart å se på samarbeidet i skolehelsetjenesten som en ressurs. (helsesykepleier 2)

Siste del av sitatet peker mot en særlig utfordring i arbeidet med å utvikle en tverrfaglig skolehelsetjeneste. De tre faggruppene stiller med et noe ulikt utgangspunkt i skolehelsetjenesten. Mens helsesykepleier er en etablert tjeneste ute på skolene med pålagte eller godt innarbeidede oppgaver, er fysio- og ergoterapeuter i ferd med å finne sin plass. Informantene var tydelige på at det å klargjøre forventninger til hverandre og til samarbeidet er sentralt i utviklingsarbeidet. Felles for de tre faggruppene er at de hadde mer erfaring med å samarbeide med pedagogisk personell på skolene og med barnas foreldre enn med andre helseprofesjoner. De hadde derfor begrenset kjennskap til hverandres faglige tilnærminger og

arbeidsmåter, men det synes å være en økende bevissthet rundt hvordan de kunne bevege seg fra særfgaglige til mer tverrfaglige arbeidsformer.

Historisk sett så har vi samarbeidet mer med lærerne enn helsesykepleierne når det gjelder enkeltelever. Men det spørs ofte hva sakene gjelder, om det er deltakelsesaktiviteter som foregår på skolen eller om det er spesifikt rettet mot ting som går på mestring av skolehverdagen. Men så er det jo å finne ut av de bakenforliggende årsakene som gjerne ikke kommer frem i et møte med lærerne. (ergoterapeut 2)

Det du sa der ga meg noen tanker akkurat nå, det er jo akkurat det samme som når vi har individuell oppfølging av elever, så er det først og fremst foreldre og lærere vi samarbeider med. Men la oss si at læreren forteller at eleven ikke er så ofte med i gym, så kan jeg nok bli flinkere bli å utvide tankegangen min «okei, her kunne jeg gjerne spilt på lag med en fysioterapeut eller en ergoterapeut». (helsesykepleier 5)

«Hverdagsmestring» ble løftet frem som et tilbud til skolene som var utviklet gjennom deling av kunnskap og erfaringer. Målet med undervisningsopplegget var å fremme barn og unges fysiske og psykiske helse og et godt psykososiale skolemiljø. Undervisningsopplegg var rettet mot alle elever på 5.trinnet. Det involverte alle de tre faggruppene både i utviklingen og gjennomføringen, men ble gjennomført slik at de ulike faggruppenes kompetanse ble synliggjort og anerkjent, *det er litt om psykologisk førstehjelp som helsesykepleierne har kjørt fra før av, også kommer fysio- og ergoterapeutene inn med litt om kroppsbevissthet og kroppsspråk (ergoterapeut 2). Ja det med kroppsbevissthet, kroppsspråk og stressmestring går litt hånd i hanske med følelser og hjelpsomme og plagsomme tanker som jeg underviste i (helsesykepleier 3)*

Det å utforme et tverrfaglig forankret undervisningsopplegg opplevde informantene som både faglig berikende og nødvendig for å kunne håndtere komplekse forhold og temaer på en tilfredsstillende måte. De opplevde at deling av kunnskap og faglige diskusjoner også kunne styrke den særfgaglige kompetansen.

Det har vært kjempenyttig og hatt diskusjoner i lag og jeg tror alle tre faggrupper har fått styrket sin kompetanse. (...) Vi får diskutert et tema fra flere faglige vinkler. Da får man en

større forståelse for hverandre sine fagfelt, vi ser hvor vi er enige og uenige, og hvor vi utvikler oss sammen i en retning. (fysioterapeut 1)

Deltakerne i fagutviklingsprosjektet har hatt anledning til å møtes regelmessig gjennom et par år. De har erfart at utviklingen av et tverrfaglig perspektiv på skolehelsetjenesten er både en krevende og til dels utfordrende prosess, *det glir ikke av seg selv, en må liksom ta et krafttak, og huske at vi er tverrfaglige* (helsesykepleier 4). Men muligheten for å bygge tette samarbeidsrelasjoner har ikke omfattet helsesykepleierne ute på skolene, som dermed ikke er gitt de samme forutsetningene for «eierskap» til en tverrfaglig skolehelsetjeneste.

Når vi fortsatt synes det svever litt, så er det ikke å forvente at den enkelte helsesykepleier ute på skolene som kun får noen drypp av og til skal ha en forståelse for og føle seg trygg på dette samarbeidet, så det har vært krevende og utfordrende å få til. (helsesykepleier 2)

Ja det med eierskap tror jeg er en viktig bit her. For hvem er det som eier det? Det er jo en tjeneste vi alle skal være i lag om. Men jeg tror nok at det er mange som har opplevd at det er fysio og ergo og helsesykepleierne i prosjektgruppene som eier det mer enn hele flokken. (fysioterapeut 1)

Men informantene var tydelige på at ikke bare helsesykepleierne, men også lederne av de involverte helsetjenestene må føle «eierskap» for å kunne lykkes i arbeidet med å utvikle en tverrfaglig skolehelsetjeneste.

En suksessfaktor for å få helsesykepleieren på hver enkelt skole til å eie det, tenker jeg er at lederne må eie det. For hvis ikke lederne eier det så får de det ikke ut i hele tjenesten. Både lederne for skolehelsetjenesten og for fysio -og ergoterapitjenesten må eie det. (helsesykepleier 1)

Betydningen av et utvidet eierskap blir tydelig, når informantene løfter frem helsesykepleiers etablerte tilstedeværelse på skolen som en mulig døråpner for andre helseprofesjoners bidrag i det helsefremmende og forebyggende arbeidet. De ser en mulighet i å bevisstgjøre og utvide helsesykepleiers rolle til også å inneha en koordinatorkfunksjon med ansvar for å trekke inn fysio- og ergoterapeut mer aktivt og dermed gjøre tjenesten mer tverrfaglig. Men å bevege

seg fra særfaglige til mer tverrfaglige samarbeidsformer utfordrer etablerte arbeidsformer og krever nye måter å samarbeide på.

Tverrfaglig skolehelsetjeneste krever en større bevissthet hos helsesykepleierne i forhold til rollen de har som å være en koordinator, også våge å ta den, altså klare å tenke at de har en oppgave som koordinator for skolehelsetjenesten på den skolen de er på. Det er en litt fremmede tankegang. Fordi tidligere har vi kunnet styre oss selv fordi vi har kun vært oss helsesykepleiere. Men sånn som nå når vi skal få inn andre faggrupper, så skaper det litt utfordringer for mange og for meg selv. (helsesykepleier 2)

4.1.2 Dreining fra individorienterte til mer universelt utformede tiltak – en krevende endringsprosess

Informantene var enige om at tverrfaglig skolehelsetjeneste har potensiale til å understøtte en dreining fra individorienterte til mer universelle helsefremmende og forebyggende tiltak, men at dette er en både krevende og utfordrende endringsprosess. Det siste av de to påfølgende sitatene illustrer hvordan enkeltelevers utfordringer kan møtes med mer universelle-/klasse helsefremmende og forebyggende tiltak. Fysioterapeutene formidlet at de i kroppsøvingsfaget hadde erfart at tiltak som primært var rettet mot enkeltelever kunne med små justeringer av undervisningsopplegget gjøre at timen ble gøyere for alle elevene.

Jeg tror skolen er vant til å se på oss som en ressurs og som nyttige i forhold til oppfølging av elever som sliter på et eller annet område. Men det å tenke at vi også har kompetanse utover dette. Det er her jeg tenker fysio og ergo kommer inn som en styrke for oss med kompetanse og kunnskap i forhold til mer universelle tiltak, det jeg vil kalle helsefremmende og primærforebyggende tiltak. Dere er med på å løfte skolehelsetjenesten i den retningen. (helsesykepleier 2)

Ja, for ofte er det ikke så vanskelig å vri litt om på aktivitetene slik at de blir gøyere for alle og lette å være med på, det handler om å snu litt på det, små justeringer, men allikevel noe lærerne ikke kanskje har kommet på selv. Det er her vi kan gjøre hverandre gode. (fysioterapeut 2)

Informantene beskriver dreiningen mot mer universelle tiltak som både en restrukturering av aktiviteter og endrede arbeidsprosesser, en endring helsetjenesten *må gripe nå, og klare å*

være i (helsesykepleier 2). En mulig hindring på veien er skolenes forventninger om at helsesykepleierne og også de andre profesjonene primært skal å bistå enkeltelever som strever. Det kan derfor være vanskeligere å argumentere for å bruke tid på mer universelle helsefremmende og forebyggende tiltak som skolen ikke ser umiddelbar nytte av.

En barriere er at skolen har forventninger til oss helsesykepleiere at vi skal kunne bidra sterkt i individuelle saker blant enkeltelever. Hvis vi har lyst til å dreie det litt mer mot å jobbe med grupper så ser jo ikke skolen den umiddelbare effekten av det og dermed så kan det vært vanskelig å få innpass og få bruke tid fra undervisningen. (helsesykepleier 5)

En annen barriere er mangel på helsesykepleierressurser ute på skolene fordi kommunen har en bemanning som gjerne er under halvparten av det som er anbefalt [fra sentrale helsemyndigheter] for å kunne ivareta alle oppgavene» (helsesykepleier 2). Det er krevende for helsesykepleierne å prioritere mer universelle og langsiktig tiltak når det ofte er saker som «brenner». Men de ser også mulige gevinster av å ikke bare å drive brannslukking på individnivå. En slik dreining kan bidra til bedre ivaretagelse av alle elevene på skolen og også til at barn som ikke «banker på døren» hos helsesykepleier kan få nødvendig hjelp.

En dreining av tiltak i mer universell retning forutsetter også at skolehelsetjenesten utvikler en felles forståelse av hva helsefremmende og forebyggende arbeid blant barn og unge innebærer, og mer kunnskap om hva som skal til for å skape et skolemiljø som kan fremme barn og unges fysiske og psykiske helse, trivsel og opplevelse av mestring. *Det å få en felles kunnskap og forståelse av hva som er en trygg og god skole, hva er det som fremmer helse og trivsel? At vi har disse diskusjonene. (helsesykepleier 2)*

Vi vil jo for så vidt det samme tenker jeg. Vi vil jo at elevene skal trives og mestre og ha det bra, men så er det liksom veien dit da. Hvordan gjør man det? Der har man forskjellige innfallsvinkler og det tenker jeg også er nødvendig fordi det er gjerne ikke bare en faktor som løser alle saker iallfall. (fysioterapeut 2)

Flere uttrykker også behov for mer forskningsbasert kunnskap som kan understøtte utvikling og implementering av konkrete helsefremmende og forebyggende tiltak. *Vi trenger mer kompetanse på det helsefremmende og forebyggende området. Hvilke faktorer er viktige å påvirke og hvordan gjør man det, og hva er det som fungerer sett i lys av et helsefremmende*

perspektiv (fysioterapeut 1), ja slik at man ikke setter i gang tiltak som er vist ikke å ha effekt. (helsesykepleier 1)

4.2 Styrke samarbeidet med skolene om helsefremmende og forebyggende tiltak på individ, gruppe og universelt nivå

4.2.1 Tverrfaglig skolehelsetjeneste inn i skolen – en synliggjøringsprosess

Informantene reflekterte over hvordan tverrfaglig skolehelsetjeneste kan utvikle seg slik at tjenesten blir mer integrert i skolen. Mens PP-tjenesten inngår i «skolefamilien» er skolehelsetjenesten en del av den kommunale helsetjenesten. *Skolen har allerede etablert et samarbeid med PPT, fordi de er jo på en måte i samme familie og det handler om pedagogisk og psykologisk tilpasning, men skolehelsetjenesten er liksom noe utenfor. (helsesykepleier 2)*

Informantene peker på at det kan være utfordrende å få til et samarbeid på systemnivå mellom to sektorer (utdanning og helse) som er forankret i ulike lovverk, direktorater og med spesifikke politiske føringer. *Helsedirektoratet jobber med sine føringer, og så jobber Utdanningsdirektoratet med sine, og så er det lite felles samarbeid (ergoterapeut 2). Ulike føringer gjør at skolen og skolehelsetjenesten ikke har de samme forventingene når det gjelder samarbeid om helsefremmende og forebyggende arbeid (ergoterapeut 2).*

Informantene er tydelig på at de som helsepersonell trenger mer kunnskap om hva skolene ser som sitt ansvar innenfor helsefremmende og forebyggende arbeid, og også mer innsikt i skolens hverdag. Dette anser de som nødvendig for å kunne samarbeide om tiltak på individ, gruppe og universelt nivå. En måte å bli bedre kjent med skolehverdagen på var hyppigere tilstedeværelse fra flere faggrupper på skolen, både i formelle og uformelle sammenhenger. Gjennom å være til stede ville de bli mer synlige og tilgjengelige som en tverrfaglig skolehelsetjeneste og kunne gi skolene bedre innsikt i hva en slik utvidet tjeneste har å tilby. Bedre kunnskap om og kjennskap til hverandres ansvar, kompetanse og tilnærminger til det helsefremmende og forebyggende arbeidet ble sett som en nødvendig forutsetning for å kunne utvikle gode og produktive samarbeidsrelasjoner mellom skolehelsetjenesten og skolen.

Vi må være synlige. Vi må være litt pågående og kan ikke trives best på kontoret. Vi må trives på skolen, i ganger og i pauserom, at vi er litt på og viser at vi er aktuelle for dem.

(helsesykepleier 2)

Jeg støtter også det med tilstedeværelse. Jeg tror at den faktoren er ganske avgjørende. Fordi da har du muligheten til å bygge opp den relasjonsbiten, de kjenner deg og de vet hva du står for, og da er det større sannsynlighet for at du blir brukt. Når du i er i nærheten så er det mye lettere å ta kontakt enn når de må gjøre det via telefon eller noe annet, da øker terskelen med en gang. (fysioterapeut 2)

Informantene vektla deltakelse fra flere faggrupper enn helsesykepleier i etablerte interne fora på skolen for å kunne diskutere tiltak som kan fremme elevenes fysiske og psykiske helse i et tverrfaglig perspektiv. Dette gjaldt også helsetjenestenes deltakelse i skolens ressursteam der skolen, PPT, skolehelsetjenesten og barnevernet deltar. Informantene formidler at i disse tverrsektorielle foraene diskuteres det blant annet om hvordan tjenestene best kan samarbeide om tiltak. Så langt hadde det bare vært helsesykepleier som representerte skolehelsetjenesten i ressursteamene, men informantene fremhever at en bredere deltakelse vil kunne synliggjøre skolehelsetjenesten som en tverrfaglig tjeneste.

Skolehelsetjenesten bør utvide sin deltakelse slik at fysio og ergo også er med i de faste møtene og ikke bare helsesykepleier sånn som det primært har vært. Jeg som er helsesykepleier, prøver jo å tenke at det er flere enn bare oss. For det er noe med å tenke tverrfaglig alltid, og vite hvilke ressurser vi har og hva vi kan tilby. Det er da jeg tenker vi burde vært flere representanter fra skolehelsetjenesten. (helsesykepleier 4)

Fysio- og ergoterapeuters tilstedeværelse på foreldremøter ble også trukket frem som viktig for å synliggjøre skolehelsetjenesten som en tverrfaglig tjeneste.

På hvert eneste foreldremøte må jeg si «for øyeblikket er det jeg som helsesykepleier som representerer skolehelsetjenesten, men jeg samarbeider med...» og så ramser du opp de forskjellige faggruppene, men skolen og foreldrene ser jo aldri de ansiktene og får da liten opplevelse av at skolehelsetjenesten er noe mer enn helsesykepleier. (helsesykepleier 5)

Høsten 2020 ble alle læreplaner for fag i grunnskolen og videregående opplæring fornyet. I den forbindelse ble «folkehelse og livsmestring» innført som et tverrfaglig tema i alle klassefag. Temaet skal blant annet gi elevene kompetanse som kan fremme deres psykiske og fysiske helse. Informantene trakk frem fagfornyelsen som en mulig fasilitator for et mer gjensidig samarbeid mellom skolehelsetjenesten og skolene om helsefremmende og forebyggende tiltak. I dette ligger det, at når skolene er forpliktet til å integrere «folkehelse og livsmestring» i ulike fag og dokumentere oppnåelse av kompetansemål, vil skolene kunne se nytten av å involvere skolehelsetjenesten i diskusjoner rundt hvordan en kan jobbe med «folkehelse og livsmestring ut fra ulike vinklinger.

Den nye fagfornyelsen har en del nye krav i forhold til dette med livsmestring og psykisk helse eller folkehelse. Hvis vi da treffer skolene på noe de allikevel skal i gang med, og de lurere på hvordan de skal få til, og hvis de klarer å se på oss [TSHT] som et supplement, da opplever jeg at de spisser ørene. Fordi jeg tenker at skolen er en veldig hektisk arena som mange som vil inn på, så kluet er å treffe dem på deres behov (helsesykepleier 2)

Men informanten har allerede erfart at ikke alle lærere er like motivert for å ta ansvar for å integrere tverrgående temaer i sine fag. «Jeg er bare en naturfagslærer, hvorfor skal jeg ha ansvar for å gjøre noe mer enn å lære elevene om det faget jeg har, det som står i fagplanene» (ergoterapeut 1). De foreslår at en måte å overskride slike barrieren på er å invitere til samtaler, være på tilbudssiden overfor skolene og skaffe seg oversikt over hvilke ressurser skolen besitter som de kan spille på lag med. Flere av informantene viser til begrepet «samskaping» når de snakker om et likeverdig samarbeid mellom aktuelle parter.

Jobben er vel gjerne samskapingen med de enkelte skolene, at man ikke kommer inn og tenker at «dette kan vi gjøre», men retter oss mer mot hva som er skolens behov. (...) Og hvilken kompetanse og ressurser de har og så finne en vei i sammen. (ergoterapeut 1)

Utover det tverrgående temaet «Livsmestring og folkehelse», legger også en rekke kompetansemål i ulike fag i læreplanen opp til mer praktisk læring. Tiltaket «Fysisk aktiv læring» ble trukket frem av fysio- og ergoterapeutene som et bidra til mer praktisk læring, og et tiltak som kan styrke samarbeidet mellom skole og helsetjenesten om det helsefremmende og forebyggende arbeidet.

Fysisk aktiv læring har fått en enda større plass i skolen etter de har fått disse begrepene [Livsmestring og folkehelse] og slik som de enkelte læreplanene er utformet med fokus på å jobbe i sammen, problemløsning, løse oppgaver utenfor den vanlige konteksten. Dette tror jeg er et kjempeviktig tiltak for å styrke klassemiljøet, og at elevene opplever mestring og trivsel. (fysioterapeut 1)

4.2.2 Bærekraftige helsefremmende og forebyggende tiltak – en samskapingsprosess

Å få helsefremmende og forebyggende tiltak integrert i skolens opplæring, og på den måten bli bærekraftig har vist seg å være en utfordrende prosess. Informantene har erfart at det er vanskelig å få gjennomførte tiltak videreført som en del av undervisningen eller skolehverdagen. *Vi har jo alltid ønsket at lærerne skal ta tiltaket med videre i hverdagen sin, men i hvor stor grad vi har lykket i det tror jeg er uvisst og ulikt* (fysioterapeut 1).

Informantene fremhever at en viktig forutsetning for et godt samarbeid med skolen om gjennomføring av tiltak er å kjenne til det som rører seg i skolen, være imøtekommende og sette seg inn i lærernes situasjon. Informantene peker således mot ulike former for implementering av tiltak i skolen – noe som gjennomføres av personer som ikke har sitt daglige virke i skolen, noe som kommer i tillegg til det lærerne allerede gjør eller som noe som skal kunne integreres i lærernes undervisning.

Det er å gå fra å komme inn til elevene å ha undervisning eller aktiviteter til at det skal bli en del av opplegget til lærerne. Der ser jeg at det er en lang vei å gå. Vi har vært inne og fått igangsatt en del tiltak, og hatt et samarbeid, og så trekker vi oss ut. Hvordan går det da videre? (ergoterapeut 1)

Det er jo lærerne som er der hver dag, så det handler om å finne sammen med lærerne hva de kan bruke i sin hverdag. Hvis tiltakene skal bli helsefremmende så må det gjennomføres i samarbeid med lærerne. (ergoterapeut 2)

Betydningen av ha eierskap til tiltakene ble trukket frem som en viktig forutsetning for å lykkes med å integrere helsefremmende og forebyggende tiltak i skolens undervisningsplaner. Det innebærer å involvere alle som skal delta i gjennomføring av tiltakene. Det gjelder også i utviklingen av tiltakene for å sikre at tiltak som iverksettes imøtekommer skolens behov.

Jeg tror du får mer eierforhold til helsefremmende og forebyggende arbeid hvis du er med og lager det selv, eller utvikler det og utarbeider det. Jeg tror vi må planlegge ting i sammen og gjøre ting i sammen. (helsesykepleier 1)

At man ikke kommer inn og tenker at «dette kan vi gjøre», men er mer rettet mot hva som er skolens behov, slik at de kommer med sine behov. Og så få til en dialog rundt hva som allerede blir gjort, hvilken kompetanse og ressurser som finnes på skolen, og på den måten finne en vei i sammen og at skolehelstjenesten ikke kommer med et ferdig opplegg. (ergoterapeut 1)

Informantene vektla at utvikling og gjennomføring av helsefremmende og forebyggende tiltak var en systematisk og dynamisk prosess med vekt på læring i fellesskap. *Vi må gjerne ta et steg tilbake, noen steg fremover og så må vi ta et steg tilbake igjen (ergoterapeut 1)*. Dette innebærer samarbeid over tid. Et eksempel på hvordan de hadde involvert lærerne mer aktivt i et undervisningsopplegg, var å få frem lærernes *tanker om hva som vil fungere i deres klasse, slik at vi kan utfylle hverandre og sikre at skolehelstjenesten ikke bare kommer inn med et stunt (helsesykepleier 5)*. Dette dreide seg om et undervisningsopplegg om helse relaterte tema for elever på 8. trinnet. Aktuelle temaer for slik undervisning kan være: psykisk helse, søvn, kosthold, fysisk aktivitet og pubertet. Erfaringer med implementering av tiltak viste at det kunne være nødvendig å arbeide tett sammen med både lærere, elever og foreldre fordi *ett år er ikke likt neste skoleår og en klasse er ikke lik neste klasse (helsesykepleier 4)*.

Både elevene og foreldrene synes å være mindre involvert i utvikling av helsefremmende og forebyggende tiltak enn skolens personell. Det var vanligere å konferere med lærere og miljøarbeidere om hva elevene vil kunne ha nytte av, enn å høre hva elevenes selv mener. Når elevene er kommet til ordet er det som oftest gjennom elevundersøkelser og diskusjoner i elevrådet. Informantene ser derfor nødvendigheten av et mer tettere samarbeid med elevene for få å innsikt i hva elevene har behov for og for å få innspill til hvordan undervisningsopplegg og andre helsefremmende og forebyggende aktiviteter kan gjøres relevante og attraktive for elevene. Å «være på lag med skolen» innebærer at både lærerne og elevene utgjør sentrale samarbeidspartnere.

Vi skal være på lag med skolen, fordi skolen er den arenaen elevene er på, men vi må ikke glemme å få inn elevene sin stemme, Men vi har utrolig lett for å tenke hva vi mener elevene

trenger, uten å egentlig lytte til deres stemme. Så derfor ikke et lag rundt eleven, men et lag med eleven. (helsesykepleier 5)

Informantene som er knyttet til ungdomsskolene formidlet at de er i gang med å utvikle en digital løsning for å kartlegge hva elevene ønsker av tiltak som kan fremme trivsel, mestring og fysisk og psykisk helse. De håper og tror at bruk av digitale plattformer vil kunne møte barn og unge på måter så gjør at de får en tydeligere stemme.

Selv om skolen har beslutningsmyndighet når det gjelder hvilke helsefremmende og forebyggende tiltak de ønsker gjennomføre, vil involvering av foreldrene være nødvendig for at tiltakene skal kunne få betydning utover skolehverdagen. Informantene formidler at utfordringer og problemer som fremtrer i skolehverdagen hos barn og unge skyldes ofte situasjoner utenfor skolen. *Veldig mye av det vi ser av adferd i skolen er ofte relatert til det som skjer i fritiden, i familien, blant venner eller bruk av sosiale medier (helsesykepleier 5).* Foreldrene er blitt informert om fagutviklingsprosjektet på foreldremøter og i andre fora der foreldrene er representert, men det stilles allikevel spørsmål om *hvordan få foreldrene enda mer involvert (ergoterapeut 2).*

Et annet sentralt aspekt når det gjelder å integrere helsefremmende og forebyggende tiltak i opplæringen er lærernes og elevenes opplevelse av nytte. For at få tilslutning fra lærerne må tiltak oppleves som både meningsfulle og virkningsfulle for å fremme elevenes helse, trivsel og mestring i skolehverdagen. Tverrfaglig skolehelsetjenesten kan sees som en «gavepakke» til skolene hvis samarbeidet oppleves som produktivt og ikke som merarbeid.

At de ser nytten av det. At det er ikke noe som kommer i tillegg til det de allerede gjør, men at de klarer å se sammenhengen mellom tiltakene og krav som stilles i læreplanen. (ergoterapeut 1)

Informantene er entydige på at dersom helsefremmende arbeid skal få en tydeligere plass i skolen må tiltak forankres i skolens ledelse og i skolens planarbeid. Dette innebærer at skoleledelsen tilrettelegger for og støtter opp under helse-utdannings samarbeidet. En slik ledelsesforankring synes å være nødvendig for å sikre bærekraftig implementering av helsefremmende og forebyggende tiltak på individ, klasse/trinn og skolenivå.

Basert på erfaringer fra de årene vi har vært ute på skolene, så tenker jeg at ting alltid må settes inn i et årshjul. Sånn at skolen selv må sette av tid, det tror jeg er veldig viktig. Da må det forankres i ledelsen som tar grep om det, slik at lærerne får tid til å planlegge og diskutere undervisningsopplegg. Det må være et forum for det, rett og slett. Vi kan ikke bare si at den enkelte lærer skal inn å gjøre noe uten at det inngår i skolens planer. (ergoterapeut 1)

Informantene har også erfart at samarbeidet mellom skolen og skolehelsetjenesten har vært for personavhengig. *Samarbeidet må forankres høyt oppe i kommunen for at vi skal kunne dra det videre og at det ikke er bare noe vi pusler med for oss selv (helsesykepleier 1).* De uttrykker behov for å formalisere samarbeidet mellom skolen og helsetjenesten gjennom en «samarbeidsavtale» som skal være gjeldende for hele kommunen. En slik felles rammeavtale tenker de vil kunne bidra til å sikre mer likeverdige tilbud. Avtalen bør blant annet inneholde strukturer for samarbeidet og en klargjøring av skolens og skolehelsetjenestens ansvar og hva de forventes å bidra med, *slik at det ikke er avhengig av hvem som er i skoleledelsen eller i skolehelsetjenesten (ergoterapeut 2).* Dette er et arbeid som ifølge informantene kommunen er i gang med.

5.0 Diskusjon

Hensikten med studien har vært å fremskaffe erfaringsbasert kunnskap om: Hvordan skape en tverrfaglig skolehelsetjeneste som samarbeider med skolene om å fremme barn og unges helse og trivsel? Funnene synliggjør at å bevege seg fra særfaglig til mer tverrfaglig samarbeid innebærer en rekke relasjonsbyggende prosesser som er krevende. Et annet funn er at mer tverrfaglig samarbeid internt i gruppen synes å understøtte arbeidet med å dreie tiltakene fra primært å være individorienterte til og bli mer universelle, noe som er et uttalt mål for skolehelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2017a). Funnene viser at en slik dreining forutsetter både endring av forståelser og av arbeidsmåter, som viste seg å være både utfordrende og tidkrevende prosesser.

Utvikling av en tverrfaglig skolehelsetjeneste innebar også å prøve ut hvordan en utvidet tjeneste kunne bidra inn i det helsefremmende og forebyggende arbeidet på barne- og ungdomsskoler. Funnene viser at det er behov for både å synliggjøre skolehelsetjenesten som en tverrfaglig tjeneste og for at helsepersonell får økt innsikt i skolens mandat og hverdag. Arbeidet med å få helsefremmende og forebyggende tiltak integrert i skolens planer og undervisning, og på den måten bli bærekraftig, viste seg å være utfordrende. Underveis i implementeringsprosessen av tiltak på skolene, hadde informantene fått en økt bevissthet om betydningen av å involvere både skolens personell og elevene mer aktivt i arbeidet. Dette gjaldt både utformingen av undervisningsopplegg, samt å tilpasse disse til den enkelte skole og/eller klasse. Oppsummert viser funnene at de fire prosessene – relasjonsbyggende-, endrings-, synliggjørings- og samskapingsprosess – er pågående prosesser som interagerer med hverandre.

5.1 Fra særfaglige og individorientert til mer tverrfaglige og universelle tilnærminger

Den nasjonale faglige retningslinjen for skolehelsetjeneste har en sterk anbefaling om at tjenesten bør ha en tverrfaglig tilnærming til helsefremmende og forebyggende arbeid i skolen (Helsedirektoratet, 2017a). Dette vil si at flere faggrupper arbeider sammen om en felles utfordring eller problem, mot et felles mål (Glavin & Erdal, 2018, s. 24). Ved oppstart av fagutviklingsprosjektet hadde de tre faggruppene mer erfaring i å jobbe individorientert sammen med skolen med ståsted i eget fag, enn med tverrfaglig samarbeid internt i skolehelsetjenesten. De hadde derfor begrenset kjennskap til hverandres faglige tilnærminger

og arbeidsmåter. Informantene erfarte at tverrfaglig samarbeid krever en større grad av integrering av kunnskap og forståelsesmåter på tvers av faggrenser enn både særfaglig og flerfaglig samarbeid (Willumsen, 2016). Funnene i studien viser at å overskride faggrenser kan være både en faglig utfordring og tidkrevende prosess. Informantene trakk frem betydningen av å kunne få bruke tid sammen og dele kunnskap for å skape tillitsfulle og produktive samarbeidsrelasjoner. Dette har støtte i funn fra en norsk spørreundersøkelse (Clancy et al., 2013) som utforsket tverrprofesjonelt samarbeid innenfor offentlig helse- og velferdstjenester. Funnene fra denne undersøkelsen viste at relasjonelle faktorer som tillit, respekt og samarbeidskompetanse ble vurdert som helt essensielle for å skape et vellykket samarbeid.

Anne Edwards (2010) argumenterer for at tverrfaglig samarbeid krever en form for kompetanse (relational expertise) som strekker seg ut over den enkelte faggruppes spesifikke kompetanse. Funnene fra studien viser at et sentralt aspekt i en tverrfaglig relasjonsbyggende prosess var å synliggjøre faglige likheter og ulikheter og derigjennom få innsikt i de andre faggruppens forståelsesrammer og kompetanse. Å anerkjenne og verdsette den fagkunnskapen som de andre faggruppene besitter er ifølge Edwards (2010, 2012) avgjørende for å kunne skape felles kunnskap (common knowledge). Et eksempel på en slik anerkjennende praksis var utarbeiding av undervisningsopplegget «Hverdagsmestring» som hadde som mål å fremme barn og unges fysiske og psykiske helse og et godt psykososialt skolemiljø. Undervisningsopplegget ble utviklet i fellesskap, men ble gjennomført slik at også faggruppens spesifikke kompetanse og ekspertise ble synliggjort. Eksempelet illustrerer både betydningen av å skape felles kunnskap gjennom relasjonelle prosesser og samtidig som den enkelte faggruppes kompetanse ble ivaretatt og styrket.

Felles eierskap til fagutviklingsprosjektet ble av informantene trukket frem som en viktig forutsetning for å kunne lykkes i arbeidet med å skape en tverrfaglig skolehelsetjeneste. Dette omfatter både fysio- og ergoterapeuter, helsesykepleiere og lederne av de involverte helsetjenestene. Informantene erfarte at muligheten for felles eierskap ble redusert når betingelsene for deltakelse i utviklingsarbeidet var så differensierte. Deltakerne i prosjektgruppen hadde tid avsatt til utviklingsarbeidet og kunne derfor prioritere dette, mens dette ikke var tilfelle for alle helsesykepleierne ute på skolene. Mangel på tid fremsto som en barriere for at alle helsesykepleierne i skolehelsetjenesten kunne få et eierforhold til tverrfaglig skolehelsetjeneste. Mangel på tid til å samarbeide på tvers av faggrupper ble også

trukket frem i flere studier som en barriere (Ekornes, 2015; Granrud et al., 2019; Phoenix et al., 2021). Men informantene var også tydelige på at lederne av de involverte helsetjenestene måtte føle eierskap. Ifølge Fixsen et al. (2009) er det avgjørende å involvere alle som omfattes av en endring helt fra starten, slik at det kan skapes en felles forståelse for hva det innebærer og dermed en felles forpliktelse. Funnene fra studien peker mot at en god forankring i hele organisasjonen vil kunne øke sannsynligheten for å lykkes med utviklingsarbeidet.

To artikler fra USA (Fleming & Willgerodt, 2017; McIntosh et al., 2021) som har tatt for seg rammeverk og modeller for skolehelsetjenesten viser at inkludering av flere faggrupper i skolehelsetjenesten vil kunne bidra til et bredere og mer helhetlig perspektiv på det helsefremmende og forebyggende arbeidet i skolen. Dette var også noe informantene i denne studien erfarte. Informantene påpekte også at å bevege seg fra en særfaglig til en mer tverrfaglig helsetjeneste innebærer å måtte utfordre etablerte rutiner og arbeidsmåter, og se nye muligheter for samarbeid med andre faggrupper. En utfordring i dette arbeidet var at de tre faggruppene i fagutviklingsprosjektet stiller med ulike utgangspunkt i skolehelsetjenesten. Mens helsesykepleieren er en etablert tjeneste ute på skolene med pålagte eller godt innarbeidede oppgaver, er fysio- og ergoterapeuter i ferd med å finne sin plass og få synliggjort sin kompetanse. For helsesykepleierne som er vant til å være alene ute på skolene dreide det seg om å bli bevisst på at de nå hadde flere å spille på lag med enn bare skolens personell og elevenes foreldre. Helsesykepleierens sterke posisjon i skolehelsetjenesten er også tydelig i tidligere forskning, som nesten utelukkende har hatt fokus på helsesykepleiernes rolle i det tverrfaglig samarbeidet med skolen og andre eksterne instanser som skolen samarbeider med (Borg & Pålshaugen, 2019; Federici et al., 2020; Granrud et al., 2019; McIntosh et al., 2021; Reuterswärd & Hylander, 2017).

Men, helsesykepleiernes etablerte tilstedeværelse på skolen ble av informantene i denne studien også sett på som en mulig døråpner for andre helsepersonells bidrag inn i det helsefremmende og forebyggende arbeidet. Behovet for en slik døråpner kan knyttes til at de tre faggruppenes kompetanse ifølge de nasjonale retningslinjene for skolehelsetjenesten er vektet ulikt. Mens helsesykepleier er en *skal* tjeneste, er fysioterapeuter en *bør* tjeneste og ergoterapeut en *kan* tjeneste (Helsedirektoratet, 2017a). Det vil kunne endre seg noe ettersom helsemyndighetene har hatt, og viderefører en egen tilskuddsordning for å videreutvikle helsestasjons- og skolehelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2021), men det gjenstår å se. For de neste tre årene vil det utelukkende bli gitt midler til det myndighetene definerer som

kjernekompetanse, som innenfor skolehelsetjenesten er helsesykepleiere, lege, fysioterapeut og psykolog (Helsedirektoratet, 2021). Det kan derfor synes som om at ergoterapeut ikke omfattes av tilskuddet.

Ifølge den nasjonale faglige retningslinjen er også skolehelsetjenesten forventet å dreie innsatsen mot mer universelle tiltak og systemrettet arbeid (Helsedirektoratet, 2017a). Informantene ga uttrykk for at de hadde betydelig mer erfaring med å arbeide på individnivå enn med helsefremmende og forebyggende arbeid på skole- og klasse/gruppenivå. Dette er i tråd med funn fra en norsk kvalitativ studie av Dahl (2018) som undersøkte helsesykepleiernes erfaringer med å arbeide med helsefremmende og forebyggende arbeid på universelt nivå. Studien av Dahl (2018) fant at helsesykepleierne hovedsakelig arbeidet individrettet, og at mangel på tid og uklare forventninger til arbeidet på universelt nivå gjorde at universell forebygging ikke ble prioritert. Dette samsvarer med funn fra egen studie som viser at det kan være vanskelig å prioritere universelle og mer langsiktige tiltak i en hektisk hverdag når tid er en begrenset ressurs. Det var særlig helsesykepleierne som beskrev at mye av tiden gikk med til å «drive brannslukking på individnivå». En nylig publisert rapport (Lassemo & Melby, 2020) som har sett på bemanningssituasjonen for helsesykepleiere har vurdert at bemanningen er for lav i forhold til pålagte arbeidsoppgaver og de konkluderer med dette kan gå ut over det helsefremmende og forebyggende arbeidet på universelt nivå.

Men det var ikke bare ressursmessige forhold som kunne oppleves som et hinder for å legge mer vekt på universelle tiltak. Informantene hadde også opplevd at skolene hadde forventninger om at helsesykepleierne og de andre helsepersonellgruppene primært skulle bistå enkeltelever som strever. Informantene erfarte at det kunne være krevende å argumentere for bruk av tid på universelle innsatser som skolen ikke ser umiddelbar nytte av. Dette samsvarer med funn fra en svensk studie av Reuterswärd og Hylander (2017), som viste at helsesykepleierne hadde forventninger om å kunne bidra i det helsefremmende og forebyggende arbeidet på skole- og klasse/gruppenivå, men at dette ikke var forventet fra skolens side. Ulike forventninger til hva som skal inngå i samarbeidet mellom skolen og helsetjenesten peker mot behov for klarere retningslinjer for samarbeidet om universelle tiltak og mot mer tverrfaglig samarbeid allerede i bachelorutdanningen. En litteraturgjennomgang som undersøkte hvilke forhold som hadde betydning for et velfungerende tverrfaglig samarbeid, viste at utdanningssystemet var den faktoren utenfor organisasjonen som hadde størst betydning (San Martín-Rodríguez et al., 2005). Når det er sagt, kan skolens forståelse

for bruk av mer tid på helsefremmende og forebyggende universelle innsatser trolig endre seg etter ny fagfornyelse (Kunnskapsdepartementet, 2019), som legger opp til mer fokus på barn og unges helse og trivsel i skolehverdagen.

Funnene fra denne studien og andre studier kan tyde på at forholdene ikke er lagt godt nok til rette for å sikre et produktivt samarbeid om universelle tiltak. Det er bekymringsverdig da Ungdataundersøkelser (Bakken, 2020) de siste årene har vist en økende forekomst av selvrapporterte fysiske og psykiske plager blant ungdom, og en negativ utvikling når det gjelder ungdoms forhold til skolen. For å fremme barn og unges psykiske og fysiske helse kreves det at tiltak igangsettes tidlig der flest barn og unge tilbringer tid (Major et al., 2011), og WHO har trukket frem skolen som en viktig arena (World Health Organization, 1995). Skolen er i henhold til opplæringsloven (1998, §9 A-2) forpliktet til å ha et godt fysisk og psykisk skolemiljø, og skolehelsetjenesten er forpliktet til å støtte skolene i dette arbeidet (Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten, 2018, § 6).

Den faglige retningslinjen for skolehelsetjenesten legger vekt på at skolehelsetjenesten og skolesektoren bør utvikle en felles forståelse for hvilke utfordringer barn og unge står overfor i dag, og hvordan de skal møte og håndtere disse utfordringene (Helsedirektoratet, 2017a). Informantene i studien vektlegger betydningen av å skape en felles forståelse av hva helsefremmende og forebyggende arbeid blant barn og unge innebærer, og hva som skal til for å skape et skolemiljø som kan fremme barn og unges helse og opplevelse av trivsel og mestring. De etterspør mer grunnleggende diskusjoner på tvers av fag og sektorer, samt mer forskningsbasert kunnskap som grunnlag for utvikling av mer universelle tiltak i samarbeid med skolene.

5.2 Integrering av skolehelsetjenesten og helsefremmende og forebyggende tiltak i skolehverdagen

I den nasjonale faglige retningslinjen for helsestasjons- og skolehelsetjenesten er det en sterk anbefaling om at skolehelsetjenesten bør ha et systemrettet samarbeid med skolen med tanke på å fremme elevenes fysiske og psykiske helse og et godt skolemiljø (Helsedirektoratet, 2017a). Systemrettet samarbeid hviler på en forståelse av at både organisasjonsmessige, kulturelle og relasjonelle faktorer har betydning i dette arbeidet (Midthassel et al., 2011). Informantene i denne studien opplevde at det kunne være utfordrende å utvikle et slikt

samarbeid mellom to sektorer som må forholde seg til ulike lovverk, direktorater og politiske føringer. Dette er i tråd med en tidligere norsk studie (Granrud et al., 2019) som undersøkte helsesykepleiernes erfaringer med å samarbeide med skolens personell om elevenes psykiske helse. Helsedirektoratet konkluderte på bakgrunn av en litteraturgjennomgang fra 2019 med at systemet ikke var tilrettelagt for tverrsektorielt arbeid (Helsedirektoratet, 2019).

Litteraturgjennomgangen ble gjort for å beskrive utfordringsbildet for barn og unge som har behov for tjenester fra flere sektorer. Det var både organisatoriske, juridiske, økonomiske og kulturelle forhold som vanskeliggjorde tverrsektorielt samarbeid. Dette synes ikke bare å være et norsk fenomen. Et aksjonsforskningsprosjekt fra Canada (Phoenix et al., 2021) viste at det å være lovmessig og faglig forankret i ulike organisasjoner utgjorde en barriere for at ergoterapeuter, logoped og spesialpedagog skulle kunne fremstå som et team overfor skolen.

Informantene var enige om at samarbeid mellom skolehelsetjenesten og skolen måtte forankres «høyt oppe i kommunen» og formaliseres gjennom en «samarbeidsavtale». Slik det nå fungerte kunne både samarbeidet og innholdet i samarbeidet bli for personavhengig.

Informantene argumenterte for at en kommunalt forankret samarbeidsavtale vil kunne gi en felles struktur for samarbeidet og bidra til å klargjøre skolehelsetjenestens og skolens roller og ansvar. Kravet til skolen om et mer forpliktende samarbeid med relevante kommunale tjenester som ble lovfestet i opplæringsloven i 2018 (§15-8), vil trolig kunne bidra til at både helse- og utdanningssektoren vil kunne se seg tjent med en kommunal samarbeidsavtale, et arbeid som ifølge informantene var igangsatt.

Det nye kunnskapsløfte (*fagfornyelsen*) kan også bidra til å knytte utdannings- og helsesektoren tettere sammen. Informantene trakk frem fagfornyelsen som en mulig fasilitator for et mer gjensidig samarbeid mellom skolehelsetjenesten og skolen om helsefremmende og forebyggende arbeid. En del av kunnskapsløftet er at «Livsmestring og folkehelse» innføres som et tverrgående tema (Kunnskapsdepartementet, 2019). Informantene ser muligheten for et tettere samarbeid når temaet skal integreres i ulike fag. De ser betydningen av å være på tilbudssiden overfor skolene og skaffe seg oversikt over hvilke ressurser skolen besitter som de kan spille på lag med. En del kompetansemål i læreplanene legger også opp til mer praktisk læring. Det helsefremmende og forebyggende tiltaket «Fysisk aktiv læring» ble trukket frem av fysio- og ergoterapeutene som et bidrag til å oppnå flere av de nye kompetansemålene. Et slikt tiltak vil kunne styrke skolehelsetjenestens samarbeid med

skolen, og bidra til at fysio- og ergoterapeuter blir mer integrert i skolens helsefremmende og forebyggende arbeid.

Funnene viser at hyppig tilstedeværelse på skolen, ikke bare av helsesykepleiere, men også ergo- og fysioterapeuter var et sentralt aspekt i arbeidet med å synliggjøre skolehelsetjenesten som en tverrfaglig tjeneste. Et eksempel på en slik synliggjøringsprosess var å bevege seg ut av kontoret og ut i ganger og i pauserom på skolen. En slik strategi har støtte i funn fra studien av Granrud et al. (2019) der helsesykepleierne trakk frem det å være synlig på skolen som en strategi for å få en tydeligere plass i det tverrfaglige samarbeidet knyttet til elevenes psykiske helse. Men informantene var også tydelig på at de som helsepersonell trengte mer innsikt i skolens skolehverdag for å kunne samarbeide om helsefremmende og forebyggende tiltak på individ, gruppe og universelt nivå. Regelmessig tilstedeværelse i klasserommet ble trukket frem i en kanadisk studie (Phoenix et al., 2021) som viktig både for å styrke samarbeidet mellom ergoterapeuten, logopeden og spesialpedagogen i det tverrfaglige teamet og for samarbeidet med elevene, skolens personell og elevenes foreldre.

Den nasjonale faglige retningslinjen inneholder en anbefaling om at skolehelsetjenesten bør delta i aktuelle fora på skolen for å styrke det systemrettede samarbeidet (Helsedirektoratet, 2017a). Informantene diskuterte ulike fora hvor det var viktig å få synliggjort skolehelsetjenesten som en tverrfaglig tjeneste. Foreldremøter og etablerte samarbeidsfora på skolen ble trukket frem som eksempel. Så langt var det kun helsesykepleier som representerte skolehelsetjenesten i disse foraene, men informantene var enige om at fysio- og/eller ergoterapeuten burde bli mer synlig både overfor foreldrene og skolens personell.

Informantene trekker også frem betydningen av å være tverrfaglig representert i skolens ressursteam for å få frem hvilke ressurser og tilbud helsetjenesten samlet kan tilby skolen, elever og foreldre. Tverrsektorielle møter i regi av skolen, slik som ressursteam, har vist seg å være en vanlig samarbeidsform mellom skolens personell, helsepersonell, PP-tjenesten og barnevern. Funn fra en spørreundersøkelse (Borg & Pålshaugen, 2019) som hadde som mål å få økt innsikt i det tverrprofesjonelle samarbeidet knyttet til barn og unges psykiske helse, viste at det blant helsepersonell primært var helsesykepleier som deltok i samarbeidet. Når målet er en mer tverrfaglig skolehelsetjeneste (Helsedirektoratet, 2017a), vil det være aktuelt å se nærmere på hvordan en mer tverrfaglig deltakelse fra helsetjenesten i etablerte samarbeidsfora kan bidra til å styrke det helsefremmende og forebyggende arbeidet for barn

og unge generelt og for grupper av utsatte barn, slik som barn med psykiske vansker og andre helseplager.

Prosessen med å synliggjøre skolehelsetjenesten som en tverrfaglig helsetjeneste, var nært knyttet opp til prosessen med å implementere helsefremmende og forebyggende tiltak i skolens undervisningsopplegg. Gjennom arbeidet med å utvikle og implementere tiltak på klasse/gruppe og universelt nivå var informantene blitt seg stadig mer bevisst på betydningen av å involvere lærerne og annet skolepersonell, og også elevene i utviklingen og gjennomføringen. Å involvere alle som omfattes av tiltak helt fra starten er avgjørende for å skape en felles forpliktelse og derigjennom eierskap og tilslutning til tiltaket (Fixsen et al., 2009). Informantene beskrev slik involvering som 'samskaping'. De var tydelig på at de som helsepersonell må gjøre seg kjent med det som rører seg i skolen og at de streber med å sette seg inn i lærerens situasjon. Dette samsvarer med funn fra studien fra Granrud et al. (2019), der samarbeid med lærerne trekkes frem som særdeles viktig fordi læreren møter elevene hver dag.

Funnene fra denne studien viser at både elevene og foreldrene synes å være mindre involvert i utvikling av helsefremmende og forebyggende tiltak på klasse/gruppe- eller universelt nivå enn skolens personell. Informantene formidlet at det var vanligere å konferere med lærerne og annet personell om hva elevene vil kunne ha nytte av enn å høre hva elevene selv mente. Dette kan tyde på at helsesykepleiere, fysio- og ergoterapeuter bør være mer tilstede i klasserom, elevråd og i skolemiljøet der elevene faktisk er, slik som beskrevet i studiene av Granrud et al. (2019).

Når det er sagt var informantene tydelige på betydningen av et tettere samarbeid med elevene for å sikre at undervisning om helserelevante tema og andre tiltak oppleves meningsfulle og nyttige for dem. En slik begrunnelse for elevmedvirkning synes å kunne forankres i et kvalitets- og nytteperspektiv på brukermedvirkning, i form av bedre kvalitet, mer treffsikre og effektive tjenester og bedre ressursutnyttelse (Hammerness, et al., 2005). Et eksempel på dette er at ungdomsskolegruppen i fagutviklingsprosjektet er i gang med å utvikle en digital plattform for å få mer innsikt i hva elevene selv mener kan fremme trivsel, mestring og deres fysiske og psykiske helse. Dette synes også å kunne ivareta barn og unges rett til å si sin mening og bli lyttet til i alle forhold som angår dem, inkludert planlegging, gjennomføring og vurdering av egen undervisning (De forente nasjoner (FN), 1989; Pasient- og

brukerrettighetsloven, 1999; Forskrift til opplæringslova, 2006). Det kan tenkes at en slik digital løsning gjør det mulig å møte barn og unge på måter som gjør det lettere å få elevenes stemme tydelig frem, og dermed legge til rette for elevmedvirkning.

Informantene hadde gjennom prosjektet fått en økende bevissthet om at helsefremmende og forebyggende tiltak måtte imøtekomme skolens behov, og at det derfor er viktig å kartlegge hvilken kompetanse og ressurser som finnes på skolene. Dette faller inn under første fase (utforsking og adaptasjon) og andre fase (program-installasjon) i implementeringsprosessen, slik Fixsen et al. (2009) presenterer den, og fase en (initiering) i Fullans (2007) beskrivelse av prosessen. I den første delen av selve implementeringsfasen (innledende implementering) starter arbeidet med å omsette visjoner, ideer og teorier til tiltak som lar seg implementere i praksis, og i den neste fasen (full gjennomføring) så starter arbeidet med å få tiltak integrert i praksisutøvelsen (Fixsen et.al, 2009). Informantene hadde prøvd ut flere tiltak på klasse/gruppe- og skolenivå, slik som hverdagsmestring og fysisk aktiv læring. Informantene var enige om at det var utfordrende å få utformet og implementert tiltak slik at de blir en integrert del av skolens undervisning og dermed bærekraftig over tid. Dette er i tråd med fase seks (bærekraftig utvikling) av Fixsen et al. (2009) og fase tre (videreføring) i Fullans (2007) beskrivelse av implementeringsprosessen. Informantene er tydelige på at et tettere samarbeid mellom helsepersonell, lærere og skoleledelse vil kunne sikre mer bærekraftige tiltak ved at skolen får et sterkere eierskap til tiltakene. Elevene og skolens personell må begge kunne oppleve glede og nytte av tiltak som iverksettes. De er også samstemte om at skoleledelsen må tilrettelegge for og støtte opp under samarbeidet mellom skolens personell og skolehelsetjenesten for å fremme barn og unges helse og trivsel.

6. Konklusjon og klinisk betydning

Hensikten med denne studien er å fremskaffe erfaringsbasert kunnskap om: Hvordan skape en tverrfaglig skolehelsetjeneste som samarbeider med skolene om å fremme barn og unges helse og trivsel? Problemstillingen omhandler to forhold som henger sammen – utviklingen av en tverrfaglig skolehelsetjeneste og tjenestens samarbeid med skolene om helsefremmende og forebyggende tiltak.

Analysen genererte fire temaer som samlet synes å kunne belyse problemstillingen: 1) Fra særfgaglige til mer tverrfaglige samarbeidsformer – en relasjonsbyggende prosess, 2) Dreining fra individorienterte til mer universelle helsefremmende og forebyggende tiltak – en krevende endringsprosess, 3) Tverrfaglig skolehelsetjeneste inn i skolen – en synliggjøringsprosess og 4) Bærekraftige helsefremmende og forebyggende tiltak – en samskappingsprosess.

Studiens funn viser at utvikling av en tverrfaglig skolehelsetjeneste som kan samarbeide med skolene om helsefremmende og forebyggende arbeid er både utfordrende og krevende fordi det innebærer endring av etablerte forståelser og arbeidsmåter. Funnene viser at et slikt endringsarbeid kjennetegnes av ulike prosesser som vil interagere med hverandre. Dette er prosesser knyttet til relasjonsbygging, endring i forståelser og arbeidsmåter, synliggjøring av tverrfaglig skolehelsetjeneste og samskaping av tiltak.

Å bevege seg fra særfgaglige til mer tverrfaglige samarbeidsformer og fra individorienterte til mer universelle tiltak forutsetter endring av forståelser, prioriteringer og arbeidsmåter. Etablering av samarbeidsrelasjoner og en felles forståelse av helsefremmende og forebyggende arbeid for barn og unge synes å være svært viktige forutsetninger i utviklingen av en tverrfaglig skolehelsetjeneste. For å skape tillitsfulle og produktive samarbeidsrelasjoner kreves det at det avsettes tid til dette og at det skapes rom for å kunne dele kunnskap på tvers av faggruppene.

Funnene viser også at hvis dreiningen mot en tverrfaglig skolehelsetjeneste skal få betydning for samarbeidet med skolene må det bli synlig at skoletjenesten består av mer enn helsesykepleiere, som i studiens kontekst er fysio - og ergoterapeuter. Dette forutsetter tilstedeværelse både i skolehverdagen og i ulike fora på skolen, som elevråd og foreldretvalg, og i skolens ressursteam. For at helsefremmende og forebyggende tiltak skal

bli bærekraftige i en skolesammenheng kreves det at tiltak imøtekommer skolens behov, og at skolens personell, elever og foreldre opplever nytte av det som iverksettes. Helsepersonells kunnskap om og innsikt i skolehverdagen, aktiv involvering av de som omfattes av tiltakene og forankre tiltak i skolens planer og ledelse, er også viktige forutsetninger for å få tiltak til å bli bærekraftige. Dette innebærer mer systemrettet samarbeid, som synes å kunne bli styrket gjennom den nye læreplanen (*fagfornyelsen*) som ble innført høsten 2020 der livsmestring og folkehelse skal inngå som et gjennomgående tema på tvers av klassefag. Men funnene viser også at når organisasjoner som er forankret i ulike lovverk og føringer skal samarbeide om helsefremmende og forebyggende arbeid, vil det være behov for å klargjøre ansvar og roller gjennom samarbeidsavtaler på kommunalt nivå.

Per i dag er det lite forskning og ingen klare retningslinjer for hva en tverrfaglig skolehelsetjeneste skal tilby og hvordan den kan organiseres for å fremme samarbeid med skolene om barn og unges helse og trivsel. De fleste empiriske studier som er publisert har nesten utelukkende hatt fokus på hvordan helsesykepleier kan inngå i et tverrfaglig samarbeid med og på skolen. Studien vil derfor bidra med ny kunnskap innenfor myndighetenes satsing på å styrke og utvikle en tverrfaglig skolehelsetjeneste. Selv om studiens utvalg utgår fra en kommune og ett fagutviklingsprosjektet, vil kunnskapen som er generert gjennom fokusgruppeintervjuer med ulike faggrupper som *skal* inngå (helsesykepleier), *bør* inngå (fysioterapeuter) eller *kan* inngå (ergoterapeuter) i en tverrfaglig skolehelsetjeneste, kunne være gyldig også i andre sammenhenger.

Denne studien inngår som tidligere nevnt i et større forskningsprosjekt som har som mål å utvikle en tverrfaglig og kunnskapsbasert skolehelsetjeneste. Et delmål er å fremskaffe erfaringsbasert kunnskap fra flere fagutviklingsprosjekter finansiert av Helsedirektoratet for å videreutvikle skolehelsetjenesten. Mens denne studien har hatt fokus på helsepersonell vil andre studier ha større fokus på skolepersonells, elevers og foreldres erfaringer. Kunnskapen fra mastergradsprosjektet vil således inngå som en av mange kunnskapskilder i forskningsprosjektet som har som ambisjon å utvikle en manual som skal omhandle hva en tverrfaglig skolehelsetjeneste skal tilby og hvordan den kan organiseres for å fremme helsefremmende og forebyggende arbeid i en skolesammenheng.

7. Referanser

- 0-24 samarbeidet. (u.å). *Kort om samarbeidet*. 0-24 samarbeidet. <https://0-24-samarbeidet.no/>
- Baisch, M. J., Lundeen, S. P., & Murphy, M. K. (2011). Evidence-Based Research on the Value of School Nurses in an Urban School System. *Journal of School Health*, 81(2), 74–80. <https://doi.org/10.1111/j.1746-1561.2010.00563.x>
- Bakken, A. (2020). *Ungdata 2020. Nasjonale resultater* [NOVA 2020]. OsloMet – storbyuniversitetet.
- Bogsnes Larsen, T. M., Lamer, K., Mørch, W. T., Olweus, D., & Helland, S. (2006). *Forebyggende innsatser i skolen- Prinsipper og strategier for implementering* (s. 140-149). Utdanningsdirektoratet. https://www.udir.no/globalassets/filer/tall-og-forskning/rapporter/forebyggende_innsatser/5/forebyggende_innsatser_implemtering.pdf
- Borg, E., Fossetøl, K., & Jarning, H. (2014). *Et lag rundt læreren. En kunnskapsoversikt*. Arbeidsforskningsinstituttet. https://www.udir.no/globalassets/filer/tall-og-forskning/forskningsrapporter/delrapport_kunnskapsoversikt_et-lag-rundt-lareren.pdf
- Borg, E., & Pålshaugen, Ø. (2019). Promoting Students' Mental Health: A Study of Inter-professional Team Collaboration Functioning in Norwegian Schools. *School Mental Health*, 11(3), 476–488. <https://doi.org/10.1007/s12310-018-9289-9>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Braun, V., & Clarke, V. (2019). *Reflecting on reflexive thematic analysis*, *Qualitative Research in Sport, Exercise and Health*, 11:4, 589-597. <https://doi.org/10.1080/2159676X.2019.1628806>
- Braun, V., & Clarke, V. (2020). One size fits all? What counts as quality practice in (reflexive) thematic analysis? *Qualitative Research in Psychology*, 1–25. <https://doi.org/10.1080/14780887.2020.1769238>
- Burgher, M. S., Rasmussen, V. B., & Rivett, D. (1999). *The European Network of Health Promoting Schools*. https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/252391/E62361.pdf
- Cecilie Høy Anvik, Trond Bliksvær, & Esben S B Olesen. (2021). Gruppen mener»? *Tidsskrift for velferdsforskning*, 24(1), 21–34. <https://doi.org/10.18261/issn.2464-3076-2021-01-03>
- Choi, B. C. K., & Pak, A. W. P. (2006). Multidisciplinarity, interdisciplinarity and transdisciplinarity in health research, services, education and policy: 1. Definitions, objectives, and evidence of effectiveness. *Clinical & Investigative Medicine*, 29(6), 351–364.
- Clancy, A., Gressnes, T., & Svensson, T. (2013). Public health nursing and interprofessional collaboration in Norwegian municipalities: A questionnaire study. *Scandinavian journal of caring sciences*, 27(3), 659–668. MEDLINE. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2012.01079.x>
- Dahl, B. M. (2018). Challenges and demands in the population-based work of public health nurses. *Scandinavian Journal of Public Health*, 46(20_suppl), 53–58. <https://doi.org/10.1177/1403494817743897>

- De forente nasjoner (FN). (1989). *FNs konvensjon om barnets rettigheter artikkel 12*. November 1989. <https://www.fn.no/om-fn/avtaler/menneskerettigheter/barnekonvensjonen>
- Drageset, S., & Ellingsen, S. (2010). *Å skape data fra kvalitativt. Samtale er en grunnleggende og kanskje den mest gyldige form for kunnskapsutvikling vi kjenner til*. Sykepleien Forskning. <https://sykepleien.no/sites/default/files/pdf-export/pdf-export-52930.pdf>
- Edwards, A. (2010). *Being an Expert Professional Practitioner: The Relational Turn in Expertise*. Springer Netherlands.
- Edwards, A. (2012). The role of common knowledge in achieving collaboration across practices. *Learning, Culture and Social Interaction*, 1(1), 22–32. <https://doi.org/10.1016/j.lcsi.2012.03.003>
- Ekornes, S. (2015). Teacher Perspectives on Their Role and the Challenges of Inter-professional Collaboration in Mental Health Promotion. *School Mental Health*, 7(3), 193–211. <https://doi.org/10.1007/s12310-015-9147-y>
- Ergoterapeuten. (2018, november). Forskrift åpner for ergoterapeuters kompetanse i skolehelsetjenesten. *Ergoterapeutene*. <https://ergoterapeutene.org/nyheter/forskrift-apner-for-ergoterapeuters-kompetanse-i-skolehelsetjenesten/>
- Federici, R. A., Helleve, A., Midthassel, U. V., Salvanes, K. V., Pedersen, C., Bergene, A. C., Bru, L. E., Rønsen, E., Solbue Vika, K., & Wollscheid, S. (2020). *Et lag rundt eleven. Økt helsesykepleierressurs i systemrettet og strukturert samarbeid med skole—En effektevaluering*. (Nr. 20783). Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning.
- Fixsen, D. L. (2005). *Implementation research: A synthesis of the literature* (Bd. 231). University of South Florida. <http://ctndisseminationlibrary.org/PDF/nirmonograph.pdf>
- Fixsen, D. L., Blase, K. A., Naoom, S. F., & Wallace, F. (2009). Core Implementation Components. *Research on Social Work Practice*, 19(5), 531–540. <https://doi.org/10.1177/1049731509335549>
- Fleming, R., & Willgerodt, M. A. (2017). Interprofessional Collaborative Practice and School Nursing: A Model for Improved Health Outcomes. *Online Journal of Issues in Nursing*, 22(3), 1–1. <https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol22No03Man02>
- Folkehelseloven (2011). Lov om folkehelsearbeid (LOV-2011-06-24-29). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29>
- Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten. (2018). *Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten*. (FOR-2003-04-03-450). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2018-10-19-1584>
- Forskrift til opplæringslova. (2006). Forskrift til opplæringslova. (FOR-1999-06-28-722). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2006-06-23-724>
- Fullan, M. (2007). *The new meaning of educational change* (4. utg.). Routledge Teachers College Press.
- Gissum, K. R., & Drageset, S. (2020, desember 4). *Fokusgruppeintervju fungerer utmerket som videokonferanse*. Sykepleien. <https://sykepleien.no/fag/2020/11/fokusgruppeintervju-fungerer-utmerket-som-videokonferanse>

- Glavin, K., & Erdal, B. (2018). *Tverrfaglig samarbeid i praksis: Til beste for barn og unge i kommune-Norge* (4. utg.). Kommuneforlaget.
- Granrud, M. D., Anderzèn-Carlsson, A., Bisholt, B., & Steffenak, A. K. M. (2019). Public health nurses' perceptions of interprofessional collaboration related to adolescents' mental health problems in secondary schools: A phenomenographic study. *Journal of Clinical Nursing*, 28(15–16), 2899–2910. <https://doi.org/10.1111/jocn.14881>
- Grøholt, E.-K., Bøhler, L., & Hånes, H. (2018). *Folkehelse rapporten*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/>
- Hammerness, K., Darling-Hammond, L., Bransford, J., Berliner, D., Cochran-Smith, M., McDonald, M., & Zeichner, K. (2005). Chapter Ten. How teachers learn and develop. I *Preparing teachers for a changing world*. Jossey-Bass.
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (LOV-2011-06-24-30). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Helsedirektoratet. (2010). *Utviklingsstrategi for helsestasjons- og skolehelsetjenesten*. (Rapport 1798). https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/utviklingsstrategi-for-helsestasjons-og-skolehelsetjenesten/Utviklingsstrategi%20for%20helsestasjons-%20og%20skolehelsetjenesten.pdf/_attachment/inline/8a58834a-8bd4-424d-b741-41d694447639:8129412f157d03fef0975de933d5f0523a1428f9/Utviklingsstrategi%20for%20helsestasjons-%20og%20skolehelsetjenesten.pdf
- Helsedirektoratet. (2016). *Kartlegging av årsverk i helsestasjons- og skolehelsetjenesten* (Rapport 2543). <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/kartlegging-av-arsverk-i-helsestasjons-og-skolehelsetjenesten>
- Helsedirektoratet. (2017a, februar). *Nasjonal faglig retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten>
- Helsedirektoratet. (2017b, oktober 17). *Brukermedvirkning*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/tema/brukermedvirkning>
- Helsedirektoratet. (2019). 7. Det svakeste ledd: Tverrsektorielt samarbeid. *Hvor skal man begynne?* <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/hvor-skal-man-begynne-et-utfordringsbilde-blant-familier-med-barn-og-unge-som-behøver-sammensatte-offentlige-tjenester/det-svakeste-ledd-tverrsektorielt-samarbeid>
- Helsedirektoratet. (2021, mars 12). *Styrking og utvikling av helsestasjons- og skolehelsetjenesten*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/tilskudd/styrking-og-utvikling-av-helsestasjons-og-skolehelsetjenesten>
- Hjälmhult, E., Wold, B., & Samdal, O. (2002). Skolehelsetjenesten og helsefremmende arbeid: Samarbeid mellom helsesøstre og lærere ved de norske skolene i «Europeisk nettverk av Helsefremmende skoler». *Vård i Norden*, 22(1), 42–46. <https://doi.org/10.1177/010740830202200108>
- Højholdt, A. (2013). *Tværfaglig samarbejde — I teori og praksis*. Hans Reitzels Forlag.
- Interprofessional Education Collaborative. (2016). *Core competencies for interprofessional collaborative practice: 2016 update*. Interprofessional Education Collaborative.

- <https://hsc.unm.edu/ipe/resources/ipec-2016-core-competencies.pdf>
- Interprofessional Education Collaborative Expert Panel. (2011). *Core competencies for interprofessional collaborative practice: Report of an expert panel*. Interprofessional Education Collaborative. https://www.aacom.org/docs/default-source/insideome/ccrpt05-10-11.pdf?sfvrsn=77937f97_2
- Kunnskapsdepartementet. (2019, november 18). *Fornyser skolens innhold: Nye læreplaner skal gi elevene tid til mer fordypning*. Regjeringen.no. <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/nye-lareplaner-skal-gi-elevne-tid-til-mer-fordypning/id2678138/?expand=factbox2678141>
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Gyldendal akademisk.
- Lassemo, E., & Melby, L. (2020). *Helsesykepleiere i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Status, utvikling og behov* (Rapport 01346). SINTEF, Digital. https://www.sintef.no/globalassets/sintef-digital/helse/2020_01346_rapport-part-1---signert.pdf
- Læreplanverket*. (u.å.). Hentet 3. mai 2021, fra <https://www.udir.no/laring-og-trivsel/lareplanverket/>
- Major, E. F., Dalgard, O. S., Schjelderup Mathisen, K., Nord, E., Ose, S., Rognerud, M., & Aarø, L. E. (2011). *Bedre føre var... Psykisk helse: Helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger* (Rapport). Nasjonalt folkehelseinstitutt. <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2011/rapport-20111-bedre-fore-var---psykisk-helse-helsefremmende-og-forebyggende-tiltak-og-anbefalinger-pdf.pdf>
- Malterud, K. (2012). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Universitetsforlaget.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* Kirsti Malterud (4. utg.). Universitetsforlaget.
- McIntosh, C. E., Dale, B., Kruzliakova, N., & Kandiah, J. (2021). Interprofessional Collaboration in School-Based Settings Part 1: Definition and the Role of the School Nurse. *NASN School Nurse*, 36(3), 170–175. <https://doi.org/10.1177/1942602X20985420>
- Meld. St. 6 (2019-2020). *Tett på – tidlig innsats og inkluderende fellesskap i barnehage, skole og SFO*. Kunnskapsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-6-20192020/id2677025/>
- Meld. St. 18 (2010-2011). *Læring og fellesskap*. Kunnskapsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-18-20102011/id639487/?ch=1>
- Meld. St. 19 (2009-2010). *Tid til læring*. Kunnskapsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/Meld-St-19-20092010/id608020/?ch=1>
- Meld. St. 19 (2014-2015). *Folkehelsemeldingen—Mestring og muligheter*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-19-2014-2015/id2402807/>
- Meld. St. 26 (2014-2015). *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-6-20192020/id2677025/>

- Mellin, E. A., Anderson-Butcher, D., & Bronstein, L. (2011). Strengthening Interprofessional Team Collaboration: Potential Roles for School Mental Health Professionals. *Advances in School Mental Health Promotion*, 4(2), 51–60.
<https://doi.org/10.1080/1754730X.2011.9715629>
- Midthassel, U. V.(2011). Utvikling av håndbok i klasseledelse – en skoleomfattende sak. I U. V. Midthassel, E. Brue, S. K. Ertesvåg & E. Roland. *Tidlig intervensjon og systemrettet*. Universitetsforlaget.
- Morgan, D. L. (1997). *Focus groups as qualitative research: Bd. v. 16* (2nd ed.). SAGE.
- Mælan, E. N., Tjomsland, H. E., Baklien, B., & Thurston, M. (2020). Helping Teachers Support Pupils with Mental Health Problems Through Inter-professional Collaboration: A Qualitative Study of Teachers and School Principals. *Scandinavian Journal of Educational Research*, 64(3), 425–439.
<https://doi.org/10.1080/00313831.2019.1570548>
- Norsk Fysioterapeutforbund. (2018, september 14). *Innspill til ny stortingsmelding om folkehelse*. Norsk Fysioterapeutforbund. <https://fysio.no/Forbundsforbidsiden/Aktuelt/Fag-helse-og-arbeidslivspolitik/Innspill-til-ny-stortingsmelding-om-folkehelse>
- NSD. (u.å.). *Informasjon til deltakerne*. Norsk Senter for Forskningsdata.
<https://nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/sjekkliste-for-informasjon-til-deltakerne>
- Om Helsedirektoratets normerende produkter*. (2019, februar 6). Helsedirektoratet.
<https://www.helsedirektoratet.no/produkter/om-helsedirektoratets-normerende-produkter>
- Opplæringsloven. (1998). Lov om grunnskolen og den videregående opplæringa (LOV-1998-07-17-61). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1998-07-17-61>
- Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Phoenix, M., Dix, L., DeCola, C., Eisen, I., & Campbell, W. (2021). Health professional–educator collaboration in the delivery of school-based tiered support services: A qualitative case study. *Child: Care, Health and Development*, 47(3), 367–376.
<https://doi.org/10.1111/cch.12849>
- Reuterswärd, M., & Hylander, I. (2017). Shared responsibility: School nurses’ experience of collaborating in school-based interprofessional teams. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 31(2), 253–262. <https://doi.org/10.1111/scs.12337>
- San Martín-Rodríguez L, Beaulieu M, D’Amour D, & Ferrada-Videla M. (2005). The determinants of successful collaboration: A review of theoretical and empirical studies. *Journal of Interprofessional Care*, 19, 132–147.
<https://doi.org/10.1080/13561820500082677>
- Statistisk sentralbyrå. (2020, juni 22). *Gjennomføring i videregående opplæring*. ssb.no.
<https://www.ssb.no/utdanning/statistikker/vgogjen/aar/2020-06-22>
- Statistisk sentralbyrå. (2021). *Årsverk i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. En kvalitetsvurdering av årsverksdata fordelt mellom de ulike deltjenestene i 2018 og 2019* (s. 16–21). https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/_attachment/449012?_ts=1783f9df1f8

- Utbildningsdepartementet. (2010). *Skollag (2010:800)*.
https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/skollag-2010800_sfs-2010-800
- Utdanningsdirektoratet. (2019). *Nye læreplaner – grunnskolen og gjennomgående fag vgo*.
<https://www.udir.no/laring-og-trivsel/lareplanverket/Nye-lareplaner-i-grunnskolen-og-gjennomgaende-fag-vgo/>
- Utdanningsdirektoratet. (2020, august). *2.5 Tverrfaglige temaer*.
<https://www.udir.no/lk20/overordnet-del/prinsipper-for-laring-utvikling-og-danning/tverrfaglige-temaer/>
- Willumsen, E. (2016). Tverrprofesjonelt samarbeid i utdanning og praksis i helse- og velferdssektoren. I *Tverrprofesjonelt samarbeid* (2. utg.). Universitetsforlaget.
- World Health Organization. (1986). *The Ottawa Charter for Health Promotion*. World Health Organization.
https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf
- World Health Organization. (1995). *Global school health initiative*. World Health Organization; World Health Organization.
https://www.who.int/school_youth_health/gshi/en/

8. Vedlegg

Vedlegg 1 - Informasjonsskrivet

Vedlegg 2 - Intervjuguide med hovedtematikker

Vedlegg 3 - Norsk Senter for Forskningsdata sin vurdering

Vil du delta i forskningsprosjektet

”På lag med skolen om helsefremmende og forebyggende arbeid»?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et mastergradsprosjekt hvor formålet er å samle inn erfaringsbasert kunnskap om utvikling av tverrfaglig samarbeid i skolehelsetjenesten og tjenestens samarbeid med skolen. Prosjektet er en del av forsknings- og innovasjonsprosjektet «Fremtidens kunnskapsbaserte tverrfaglige skolehelsetjeneste» som er utviklet i samarbeid mellom Stavanger kommune og forskningsmiljøet ved Avdeling folkehelse på Det helsevitenskapelige fakultet, Universitetet i Stavanger (UiS). I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Formålet med prosjektet er å utforske helsepersonells erfaringer med å utvikle en tverrfaglig skolehelsetjeneste som kan samarbeide med skolen om helsefremmende og forebyggende tiltak for barn og unge. Det vil ha fokus på hvordan et slikt tverrfaglig og tverrsektorielt samarbeid kan organiseres og utformes, både når det gjelder hva skolehelsetjenesten skal bidra med og hvordan tjenestemottakerne best kan involveres slik at tjenesten kan skreddersys til den enkeltes skoles behov.

Forskningsspørsmål:

- Hvilke forutsetninger er grunnleggende i arbeidet med utvikling av en tverrfaglig og kunnskapsbasert skolehelsetjeneste, og hva er de største barrierene?
- Hvordan kan en tverrfaglig helsetjeneste samarbeide med skolen om helsefremmende og forebyggende tiltak på universelt-, gruppe- og individnivå, og hva er suksessfaktorene?

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

UiS er ansvarlig for forsknings- og innovasjonsprosjektet «Fremtidens kunnskapsbaserte tverrfaglige skolehelsetjeneste», og OsloMet er samarbeidende institusjon. Det inngås en databehandleravtale med OsloMet. Mastergradsprosjektet er en del av masterprogrammet for Fysioterapi på OsloMet - Storbyuniversitet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du får spørsmål om å delta i denne studien fordi du har deltatt i fagutviklingsprosjektet [REDACTED] for å styrke og videreutvikle helsestasjons- og skolehelsetjenesten som en tverrfaglig virksomhet. Utvalget utgjøres av helsepersonell som har deltatt i skoleåret 2019/2020. Kontaktinformasjon til aktuelle deltakere er utlevert av prosjektledelsen fra fagutviklingsprosjektet.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i studien, vil du få tilsendt en forespørsel om å delta i et fokusgruppeintervju sammen med andre deltakere fra [REDACTED], samt helsesykepleiere på skolene som har vært involvert (ca. 5 deltakere i hver gruppe). Intervjuet vil vare i 60-90 minutter og det vil bli tatt opp på lydbånd. Intervjuet vil bli gjennomført digitalt (på Zoom eller Teams) som følge av covid-19 situasjonen. Intervjuet vil bli ledet av en masterstudent. Fokuset vil være deltakernes erfaring med å utvikle en tverrfaglig og kunnskapsbasert skolehelsetjeneste, både samarbeidet internt i tjenesten og også samarbeidet med skolen om helsefremmende og forebyggende tiltak. Hvem har deltatt, hva har dere samarbeidet om, hvilke roller har de ulike faggruppene hatt, hva har dere gjort når dere lykkes, hva har vært utfordrende og hvordan kan slike utfordringer møtes.

Det er frivillig å delta

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

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Opplysningene vil bli behandlet konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Det er kun forskere og studenter tilknyttet prosjektgruppen ved UiS, samt ved OsloMet som samarbeidspartner (via databehandleravtale), som vil kunne få tilgang til data. Øvrige samarbeidspartnere i prosjektet (Stavanger kommune og Sense of Science) vil ikke få tilgang til de innsamlede opplysningene. Alle personidentifiserbare opplysninger vil bli avidentifisert. Opplysningene vil bli lagret i tråd med UiS prosedyrer for sikker lagring. OsloMet er samarbeidende institusjon, og alle opplysninger vil derfor bli lagret på et passordbeskyttet område ved OsloMet i henhold til databehandleravtale. Koblingsnøkkelen til personidentifiserbare opplysninger vil bli oppbevart nedlåst og adskilt fra personopplysningene.

Datamaterialet vil kunne bli brukt i rapporter, artikler og studentoppgaver fra forskningsprosjektet «Fremtidens kunnskapsbaserte tverrfaglig skolehelsetjeneste». All datapresentasjon vil skje i anonymisert form, slik at det ikke vil være mulig å identifisere enkeltpersoner.

Hva skjer med opplysningene dine når avsluttet forskningsprosjektet?

Alle opplysninger vil bli makulert/slettet ved prosjektslutt.

Dine rettigheter

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

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

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Opplysninger om deg behandles basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra UiS 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:

- behandlingsansvarlig institusjon (UiS) ved Mikkel Magnus Thørrisen, på telefon: 67236754/46634758 eller e-post: mikkel.m.thorrisen@uis.no eller
- vårt personvernombud: Universitetet i Stavanger, personvernombud@uis.no, eller OsloMet personvernombud@oslomet.no, eller

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

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

Dersom du har lyst til å delta og har ytterlige spørsmål, ta kontakt med Guro Bøhnsdalen Sønnebø på e-post: s341372@oslomet.no eller på telefon: 47833926

Du samtykker til deltakelse ved å svare på epost: «Jeg samtykker til deltakelse» til s341372@oslomet.no.

Med vennlig hilsen

Mikkel Magnus Thørrisen
(Prosjektleder for «Fremtidens kunnskapsbaserte
tverrfaglig skolehelsetjeneste»)

Guro Bøhnsdalen Sønstebø
(Masterstudent)

Vedlegg 2 - Intervjuguide med hovedtematikker

Tittel: På lag med skolen om helsefremmende og forebyggende arbeid. Erfaringer med utvikling av tverrfaglig samarbeid i skolehelsetjenesten og tjenestens samarbeid med skolen.

Introduksjon: Fortelle om hensikten med prosjektet og intervjuene, tidsrammen for intervjuet, taushetsbelagte opplysninger, og en prestasjon av hovedtemaene som skal diskuteres.

Kort introduksjonsrunde om bakgrunnen til informantene i forhold til profesjonsbakgrunn, tilknytning til fagutviklingsprosjektet og hvilket skoletrinn (barne- og/eller ungdomstrinnet) de arbeidet/arbeider med.

Tema 1. Organisering av en tverrfaglig skolehelsetjeneste som har som mål å støtte skolen i det helsefremmende og forebyggende arbeid

Basert på de erfaringene dere har så lang:

- **Hvordan bør en tverrfaglig skolehelsetjeneste som har som mål å støtte skolene i det helsefremmende og forebyggende arbeidet organiseres?**

Tema 2. Utvikling og integrering av kompetanse som understøtter samarbeid om helsefremmende og forebyggende tiltak i skolen

Basert på de erfaringene dere har:

- **Hvilken kompetanse er det behov for i en tverrfaglig skolehelsetjeneste som skal samarbeide med skolene om helsefremmende og forebyggende arbeid?**

Tema 3. Involvering av skolen, elever og foreldre i utforming og gjennomføring av helsefremmende og forebyggende tiltak

I evalueringsrapporten 2019/2020 står det at dere har utviklet og gjennomført helsefremmende og forebyggende tiltak på universelt-, gruppe/klasse- og individnivå.

- **Hvordan har dere samarbeidet med skoler, elever og/eller foreldre om utvikling av tilbudene?**

Tema 4. Videreutvikling av en kunnskapsbasert og tverrfaglig skolehelsetjeneste og samarbeidet med skolen

Basert på de erfaringene dere har med å utforme og gjennomføre tiltak som skal understøtte det helsefremmende og forebyggende arbeidet på skolene.

- **Hva er viktig i det videre arbeidet med tanke på å utvikle en tverrfaglig kunnskapsbasert skolehelsetjeneste?**

NSD NORSK SENTER FOR FORSKNINGSDATA

NSD sin vurdering

Prosjekttittel

Fremtidens tverrfaglige skolehelsetjeneste. Et forsknings- og tjenesteinnovasjonsprosjekt

Referansenummer

314233

Registrert

13.10.2020 av Mikkel Magnus Thørrisen - mithor@oslomet.no

Behandlingsansvarlig institusjon

Universitetet i Stavanger / Det helsevitenskapelige fakultet

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Mikkel M. Thørrisen, mikkel.m.thorrisen@uis.no, tlf: 46634758

Type prosjekt

Forskerprosjekt

Prosjektperiode

01.10.2020 - 01.10.2024

Status

11.11.2020 - Vurdert

Vurdering (1)

11.11.2020 - Vurdert

BAKGRUNN

Meldingen omfatter arbeidspakke 1 og 2 i det aktuelle prosjektet. Arbeidspakke 3 og 4 vil meldes inn senere, som en endringsmelding, i god tid før igangsetting.

De endelige informasjonsskrivene og intervjuguidene tilknyttet utvalgene "Foreldre/foresatte" og "Myndighets-/kontaktpersoner i andre land" (tilhørende arbeidspakke 1 og 2), vil lastes opp så snart de foreligger, og i god tid før oppstart av den aktuelle datainnsamlingen. Dersom de allerede opplastede intervjuguidene tilknyttet utvalgene "Elever", "Lærere/skoleledelse" eller "Skolehelsepersonell" (også tilhørende arbeidspakke 1 og 2) endres vesentlig, ber vi om at dere melder oss om dette ved å laste de opp i meldeskjema og sende inn skjema på nytt.

VURDERING

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet

11.11.2020 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

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

nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle særlige kategorier av personopplysninger om helse og alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 01.10.2024.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte (samt elevenes foresatte) til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som de registrerte (eller elevenes foresatte) kan trekke tilbake. Elevene vil også samtykke til deltakelse.

Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes (for elevene: foresattes) uttrykkelige samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 a), jf. art. 9 nr. 2 bokstav a, jf. personopplysningsloven § 10, jf. § 9 (2).

UTVALGETS TAUSHETPLIKT

Vi minner om at deler av utvalget (skoleansatte og helsepersonell) har taushetsplikt. Det er viktig at intervjuene gjennomføres slik at det ikke samles inn opplysninger som kan identifisere enkeltelever eller avsløre taushetsbelagt informasjon. Vi anbefaler at dere er spesielt oppmerksom på at ikke bare navn, men også identifiserende bakgrunnsopplysninger må utelates, som for eksempel alder, kjønn, navn på skole, diagnoser og eventuelle spesielle hendelser. Vi forutsetter også at dere er forsiktig med å bruke eksempler under intervjuene.

Forskerne og de ansatte har et felles ansvar for det ikke kommer frem taushetsbelagte opplysninger under intervjuene. Vi anbefaler derfor at forskerne minner de ansatte om taushetsplikten før intervjuet starter.

PERSONVERNPRINSIPPER

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

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

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20).

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

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

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

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

OsloMet er samarbeidende institusjon og er oppgitt som databehandler i prosjektet. Zoom eller Teams er også databehandler i prosjektet. NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29.

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

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp underveis (hvert annet år) og ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet/pågår i tråd med den behandlingen som er dokumentert.

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Lene Chr. M. Brandt
Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)