



UiT Norges arktiske universitet

Det helsevitenskapelige fakultet – institutt for psykologi

Psykologisk Førstehjelp: En kvalitativ studie av implementeringen av forebyggende verktøy i skolehelsetjenesten i Tromsø kommune.

Andrea Wedege Stavnem og Maiken Nicolaisen
PSY-2901 Hovedoppgave, vår 2020



UiT / NORGES ARKTISKE
UNIVERSITET

Psykologisk Førstehjelp: En kvalitativ studie av implementeringen av forebyggende verktøy i skolehelsetjenesten i Tromsø kommune.

Psykologisk Førstehjelp: A qualitative study of the implementation of preventive programs in the school health services in Tromsø.

Andrea Wedege Stavnem og Maiken Nicolaisen

PSY-2901

Veiledere

Professor Geir Lorem

Professor Catharina A. E. Wang

Hovedoppgave for graden Cand. Psychol.

Det Helsevitenskapelige Fakultet

Institutt for Psykologi

Universitetet i Tromsø – Norges Arktiske Universitet

Mai 2020

Forord

Denne kvalitative studien handler om helsesykepleierne i Tromsø kommunes erfaringer med implementeringen av Psykologisk Førstehjelp (PF), og er en avsluttende hovedoppgave ved profesjonsstudiet i Psykologi ved Universitetet i Tromsø våren 2020. Som studenter ved profesjonsstudiet i psykologi hadde vi begge vår 4. års praksis ved Psykhjelpen i Tromsø. Der ble vi kjent med PF som verktøy i individuelle samtaler. Vi kontaktet professor Catharina E. A. Wang med forespørsel om å være vår veileder til en mulig hovedoppgave om PF. Sammen med Wang kontaktet vi enhetsleder for forebyggende helsetjenester i Tromsø kommune og fagkoordinator. Vi ble deretter enige om et samarbeid der vår hovedoppgave skulle være et bidrag i evalueringen av implementeringen av PF i Tromsø kommune.

Vi har utviklet forskningsspørsmål, prosjektbeskrivelse og intervjuguide i samarbeid med våre veiledere. Vi har selv gjennomført rekruttering av deltakere, intervjuer, transkribering og skrevet oppgaven. Vi gjennomførte analysen av datamaterialet med tett oppfølging fra vår hovedveileder. Begge forfatterne har bidratt i alle deler av oppgaven.

Vi ønsker å takke helsesykepleierne som deltok i denne studien for at dere har delt deres tanker og erfaringer med oss, uten dere hadde ikke denne oppgaven blitt til! Vi ønsker også å takke vår hovedveileder professor Geir Lorem og biveileder professor Catharina E. A. Wang for deres uvurderlige oppfølging, tilbakemeldinger og motivasjon underveis i en krevende, men lærerik prosess. Sist, men ikke minst vil vi takke enhetsleder i forebyggende helsetjenester i Tromsø kommune Britt Simonsen for godt samarbeid underveis med oppgaven.

Sammendrag

Høsten 2017 vedtok kommunestyret i Tromsø å implementere Psykologisk Førstehjelp (PF) som forebyggende tiltak for alle på 2., 5. og 8. trinn i Tromsø-skolene. Samtidig ble det også vedtatt at implementeringen skulle evalueres innen utgangen av høsten 2020, der denne studien er et bidrag til det. Vi gjennomførte en kvalitativ studie med fenomenologisk innfallsvinkel og deskriptivt design. Vi intervjuet helsesykepleiere ($n=9$) i skolehelsetjenesten som har deltatt på opplæringskurs og som har erfaring med bruk av PF. Intervjuene ble analysert tematisk med programmet Nvivo 12. Våre funn viser at deltakerne er positive til PF som forebyggende og helsefremmende tiltak, men at de ønsker et tettere samarbeid med skolen og lærerne. Opplæringskurset de deltok på i forkant av implementeringen var mer vinklet mot teorien bak PF enn den praktiske gjennomførelsen av undervisningen. Det medførte noen utfordringer med implementeringen, blant annet at undervisningen gjennomføres noe ulikt på de forskjellige skolene selv om den er ment å gjennomføres likt. Mulige metodologiske begrensninger samt konklusjon og implikasjoner for implementeringen tas opp i diskusjonsdelen.

Nøkkelord: Forebyggende tiltak, Psykologisk Førstehjelp, skolehelsetjeneste, helsesykepleier, implementering.

Innledning

Denne studien omhandler implementeringen av Psykologisk førstehjelpsskrin (PF) i skolehelsetjenesten i Tromsø Kommune, herunder deltakernes erfaringer med opplæringen de fikk i forkant av implementeringen, samt bruk av PF som forebyggende undervisningsverktøy i skolehelsetjenesten. Arbeidet med implementeringen av PF startet i 2016 da forebyggende helsetjenester søkte midler fra Helsedirektoratet til utprøving og implementering. I 2017 ble det dannet en prosjektgruppe for utprøving av PF i skolehelsetjenesten. Etter prosjektgruppens arbeid ble det politisk vedtatt i kommunestyret i Tromsø at PF skulle implementeres som forebyggende tiltak i skolehelsetjenesten i Tromsø kommune fra skoleåret 2018/2019. Samtidig som vedtaket om å implementere PF i grunnskolen i Tromsø kommune ble det også fattet vedtak om at implementeringen skulle evalueres. Denne studien er et bidrag til dette.

Funnene fra vår studie kan gi et viktig bidrag til kvalitetssikring av forebyggende verktøy i skolehelsetjenesten og er slik relevant for blant annet skolehelsetjenestens arbeidsoppgaver. Intensjonen bak PF er å danne en form for felles språk for barn, ungdom, foreldre og fagpersoner som vil danne et godt grunnlag for videre oppfølging både i førstelinjen og i spesialisthelsetjenesten. Et felles språk vil også kunne være viktig med tanke på tverrfaglig samarbeid og nyttig med tanke på å forebygge og forbedre barn og unges psykiske helse generelt. Funnene fra studien vil derfor være interessante for forebyggende helsetjenester i andre kommuner, for psykologfaglig arbeid med fokus på forebygging, helsefremming, og lavterskel psykisk helsearbeid.

Psykisk helse og psykiske vansker. Psykisk helse defineres som «en opplevelse av å ha det bra, med muligheter til å virkeliggjøre sine talenter, mestre vanlige belastninger i livet, finne glede i arbeid og aktiviteter, samt delta og bidra i samfunnet» (Andersen, 2018).

Psykiske vansker og lidelser er et økende helseproblem, ikke bare i verden, men også i Norge (Mykletun, Knudsen & Mathiesen, 2009; Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid, 2018). Psykiske vansker og lidelser kan betraktes å være på et kontinuum. Psykiske vansker kan defineres som å ha det vondt inni seg og hvis dette utvikler seg til å bli sterkere og vedvarende, samt bli til hinder for daglig fungering, vil man kalle det for en psykisk lidelse. Ifølge WHO vil psykiske lidelser være én av de viktigste årsakene til sykdomsbelastning i såkalte høyinntektsland i 2020 (Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid, 2018). Også i Norge er det rapportert bekymringsfulle tall. Folkehelseinstituttet (2018) rapporterte at 15-20 % av barn og unge mellom 3 og 18 år i Norge har nedsatt funksjon på grunn av psykiske vansker som angst, depresjon og atferdsproblemer.

Psykiske vansker tidlig i barne- og ungdomsårene kan få store konsekvenser for individet senere i livet (Essau, Lewinsohn, Olaya, Seeley, 2014). Blant annet foreligger det evidens på at psykiske vansker i ung alder er assosiert med økt risiko for å falle ut av skole og arbeidsliv (Veldman, Bültmann, Almansa & Reijneveld, 2015; Esch et al., 2014), samt forhøyet risiko for utvikling av psykopatologi, rusmisbruk og suicidalproblematikk senere i livet (Doering et al., 2019; Essau et al., 2014). Forebygging blir derfor viktig for å motvirke at disse problemene oppstår i utgangspunktet ved at flere gjennomfører utdanning, kommer seg ut i arbeidslivet, stifter familie og bygger gode relasjoner. Helsefremming vil være viktig for å fremme ressurser hos flere slik at de klarer å håndtere belastninger som nødvendigvis er en del av livet.

Et viktig forskningsområde er å identifisere risikofaktorer som kan påvirkes i samfunnet og beskyttelsesfaktorer man kan fremme hos individer (Fenwick-Smith, Dahlberg & Thompson, 2018). De beskyttende faktorene som har vist å føre til positive utfall etter traumatiske eller stressende hendelser har i forskningslitteraturen blitt kalt for resiliens. I dag foreligger det enighet i det psykologiske fagmiljøet om at resiliens kan defineres som

motstandsdyktighet i møte med stress og katastrofer, der individet til tross for negative hendelser utviser god fungering (Rutter, 2012). Mykletun, Knudsen og Mathiesen (2009) ga på vegne av Folkehelseinstituttet ut en systematisk oversikt med formål å beskrive utbredelsen av de ulike psykiske lidelsene på ulike alderstrinn, sårbarhetsfaktorer, risikofaktorer og beskyttelsesfaktorer for psykiske lidelser blant barn og ungdom i Norge. De argumenterer for at noen av resiliens-faktorene er å fremme god utvikling og god helse. Dette kan gjøres gjennom å øke barn og ungdoms evne til å mestre stress og øke deres evne til å regulere egne følelser, gode oppvekstvilkår og sosial støtte fra familie og venner. Videre argumenterer Fenwick-Smith, Dahlberg og Thompson (2018) for at blant annet ferdigheter som problemløsning, emosjonsregulering og realistiske målsettinger er med på å fremme resiliens.

Forebyggende og helsefremmende arbeid

De siste årene har det blitt lagt stor vekt på utforming og implementering av forebyggende og helsefremmende tiltak som retter seg mot barn og ungdom (Fenwick-Smith, Dahlberg & Thompson, 2018). Psykiske vansker er ikke bare til skade for individet selv. Utvikling av slike problemer medfører også stor samfunnsøkonomisk påkjenning i form av for eksempel økt behov for hjelp i psykisk helsevern (Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid, 2018). Her er tanken at det er mer lønnsomt å forebygge enn å reparere og behandle skader.

Forskjellen mellom helsefremmende og forebyggende tiltak kan være vanskelig å skille (Boustani et al., 2020). Forebyggende tiltak er ment å redusere risiko for å utvikle sykdom, skade, sosiale problemer og dødelighet før det inntreffer. Helsefremmende tiltak er ment å føre til bedre livskvalitet, trivsel og muligheter til å mestre utfordringer og belastninger man utsettes for, i tillegg til å redusere sannsynligheten for utvikling av sykdom

(Braut, 2018). Et forebyggende tiltak kan eksempelvis være å slutte å røyke for å redusere risikoen for lungekreft og fremtidig sykdom, samtidig som det er et helsefremmende tiltak fordi det kan gi bedre livskvalitet og bedre selvopplevd helse. En annet eksempel er tiltak som er ment å redusere ensomhet som også vil kunne forebygge risiko for å utvikle depresjon og andre helseplager, samt være helsefremmende ved å øke trivsel og styrke relasjoner. Mange tiltak har dermed både helsefremmende og forebyggende effekt selv om de i utgangspunktet er ment å gjøre det ene eller det andre.

Det finnes flere ulike programmer og tiltak rettet mot forebygging av psykiske vansker som har varierende evidensgrunnlag, lengde på intervensjon, fokus og målgruppe (Fenwick-Smith, Dahlberg & Thompson, 2018). Det er også variasjon i hvem som utfører programmene, for eksempel (sosial)lærer, helsesykepleier, psykolog eller annet helsepersonell (Boustani et al., 2020). Programmer som leveres til alle elever i et klassetrinn eller til en hel skole kategoriseres som universelle programmer (Fenwick-Smith, Dahlberg & Thompson, 2018). Vi tar utgangspunkt i universelle programmer i denne oppgaven fordi det er i samsvar med måten PF har blitt implementert på i Tromsø kommune.

Evidens tyder på at psykososiale intervensjoner inkludert kognitiv atferdsterapi (KAT) kan forebygge utvikling av depresjon og angst (Bennet-Levy et al., 2010). Tiltak som er forankret i KAT har til felles at de fokuserer på sammenhenger mellom hvordan personer tenker, føler og handler (Haugland, Mauseth & Raknes, 2013). Forebyggende og helsefremmende tiltak som baserer seg på teorien bak KAT kalles for *lav-intensitet kognitiv terapi* (Bennet-Levy et al., 2010). Tanken er at KAT-baserte tiltak er lett tilgjengelige, at de i en tidlig fase vil kunne redusere utviklingen av alvorlig problematikk, samt å føre til at de som trenger det søker mer omfattende hjelp.

I en meta-analyse av Cuijpers, Straten, Mihalopoulos og Beekman (2008) fant de at KAT-baserte tiltak kan forebygge psykiske helseproblemer hos barn, ungdom og voksne, og at risikoen for å utvikle depresjon i gjennomsnitt reduseres med 16 % ved bruk av lav-intensitets kognitiv terapi. Bennet-Levy og kollegaer (2010) argumenterer for at selv om dette er en beskjeden effekt kan det ha stor påvirkning på befolkningshelsen dersom slike programmer iverksettes universelt. Videre understreker Jane-Llopis, Hosman, Jenkins og Anderson (2003) viktigheten av å iverksette forebyggende og helsefremmende tiltak der det er påvist effekt. Psykisk helse kan bedres ved å øve på å gjenkjenne og regulere ens egne følelser, øve på å gjenkjenne negative automatiske tanker og stille spørsmål ved dem, lære å finne alternative hjelpsomme tanker og i større grad la seg styre av dem, samt å gjøre handlingsvalg basert på slike tanker (Beck, 1995; Haugland, Mauseth & Raknes, 2013).

Implementering av forebyggende og helsefremmende tiltak. Å implementere kan oversettes til å iverksette, utføre eller realisere (Persvold, 2020). Implementering blir dermed en planlagt og målrettet systematisk prosess der kunnskapsbaserte programmer eller prinsipper integreres i et praksisfelt, og rommer dermed det som skjer i den praktiske konteksten (Larsen, 2017). En viktig forutsetning for god implementering er at tiltaket er godt beskrevet, planlagt og systematisert, samt at det er samsvar mellom hvordan tiltaket beskrives utført og hvordan det faktisk utføres (Domitrovich et al., 2008).

Ifølge Larsen (2017) kan god implementering i skolen sikres på tre måter; 1) forberede skolen på innføring av programmer og tiltak; 2) fokusere på og tilrettelegge for systematisk arbeid over tid, samt gjennomføring med fokus på programlojalitet og/eller lokale tilpasninger; 3) evaluering og vedlikehold av programmer og tiltak. Forberedelse av skolen innebærer å tilrettelegge for gode samarbeidsrutiner med den aktuelle skolen, herunder fordeling og prioritering av ressurser, samt motivasjon til gjennomføring av tiltaket. I tråd med dette understrekes viktigheten av motivasjon fra lærere og øvrig skolepersonell,

elevmedvirkning, samt informering og engasjering av foreldre. Fokus på og tilrettelegging for systematisk arbeid over tid innebærer å gjennomføre tilstrekkelig og god opplæring av de som skal utføre tiltaket, rolleavklaring og felles forståelse for mål og planer med implementeringen. Programlojalitet sikter til viktigheten av å gjennomføre tiltaket slik som det står beskrevet med hensyn til mål og innhold for å sikre best mulig effekt av tiltaket. Programmer med løse strukturer har større spillerom når det gjelder utførelse av tiltaket, og lokale tilpasninger vil være en naturlig del av implementeringen. Evaluering innebærer evaluering av interne rutiner, gjennomføringen og effekten av tiltaket. Evaluering av prosessen er en viktig forutsetning for å kunne lykkes med implementeringen da dette vil føre til innsikt i hva som fungerer og hva som ikke fungerer.

Psykologisk Førstehjelp

PF er et verktøy som har sitt teoretiske grunnlag fra den kognitive modellen, mer spesifikt KAT. Det er et psykologisk-pedagogisk verktøy utviklet av psykologspesialist Solfrid Raknes (Raknes, 2013). Materialet har programmer tilpasset barn i alderen 8-12 år og ungdom i alderen 13-18 år. I tillegg finnes det et program for barn i førskolealder og opp til 7 år kalt "Grønne tanker, Glade barn". PF er utviklet slik at barn og ungdom skal få kunnskap om hvordan tanker, følelser og handlinger henger sammen slik at de skal kunne støtte seg selv og be om hjelp i situasjoner som oppleves som vanskelige (Raknes, 2013). PF kan brukes både som et samtaleverktøy og som selvhjelpsmateriell for barn og ungdom.

Ifølge Raknes, Hansen, Cederkvist og Nordgaard (2016) kan PF være med på å bidra til at barn og unge blir mer bevisste på egne og andres tanker, følelser og mestringsstrategier. Ved å bruke PF sammen med barna vil man kunne hjelpe dem til å forstå og sette ord på egne tanker og følelser. Ved å gi dem muligheten til å si det de føler og tenker vil de også kunne få aksept, forståelse og støtte fra andre. Ut fra dette kan det antas at PF er med på å utvikle barns

kommunikasjonsferdigheter med hensyn til å formidle egne følelser, som Raknes (2013) argumenterer for er i tråd med den kognitive modellen. I samsvar med dette argumenterer også Raknes for at PF vil kunne bidra til å redusere symptomtrykk hos barn og unge i en tidlig fase, og samtidig gjøre at flere søker nødvendig hjelp og støtte når utfordringer blir for vanskelige å håndtere alene. PF vil dermed også kunne være et viktig forebyggende og helsefremmende hjelpemiddel i skolehelsetjenesten.

Psykologisk Førstehjelpsskrin som verktøy. PF leveres i et skrin som inneholder en manual med veiledning og eksempler for barn og unge, to hjelpefigurer som skal illustrere røde og grønne tanker, samt en blokk med utfyllingsark med hjelpehånden på. Manualen består av illustrasjoner og tekst som forklarer grunnprinsippene i kognitiv atferdsterapi. Ifølge Raknes (2013) er budskapet i manualen at man kan påvirke hvordan man har det gjennom hvordan vi tenker og handler. Innledningsvis er følelsesbevissthet et tema. Deretter introduseres tanke-bevissthet, der Raknes (2013) bruker “røde tanker” og “grønne tanker” som begreper på negative automatiske tanker og alternative tanker fra KAT. Heftet inneholder flere illustrerte eksempler på situasjoner som kan være vanskelige for barn eller ungdom, for eksempel å ha framføring på skolen. Dette er ment å fungere som en normalisering av ulike opplevelser, tanker og følelser.

Hjelpehånden er en figur av en hånd på et utfyllingsark og fungerer som en barnevennlig versjon av ABC-modellen som benyttes i KAT (se Appendix D). Her er fingrene og håndflaten delt inn i 6 ulike temaer. Hensikten med hjelpehånden er at den skal gjøre det enklere å sortere tanker og følelser når de oppleves som vanskelige og uoversiktlige (Haugland, Mauseth & Raknes, 2013). Videre beskriver de at hjelpehånden skal fungere som et strukturere redskap for å se situasjonen utenfra, samt på sitt beste bidra til rekonseptualisering, nytenkning og problemløsning. Det er tenkt at ferdig utfylte hjelpehender kan benyttes av barn og unge som en huskelapp i vanskelige situasjoner senere.

Førstehjelpsskrinet inneholder også noe Raknes (2013) kaller for eksternaliserende figurer. Dette er små røde og grønne figurer som er ment å hjelpe barna og de voksne til å forholde seg aktivt, lekende og eksternaliserende til vanskelige situasjoner, tanker og følelser. Eksternalisering i terapi innebærer at man gir problemet eller de vanskelige følelsene «en skikkelse» eller et objekt utenfor personen som legger til rette for at det blir mulig å snakke om dem uten fokus på skyld, skam, anklager eller kontroll. Dette åpner ofte for problemløsning og kreativitet både hos barnet, foreldrene og hjelperne (Haugland, Mauseth & Raknes, 2013).

Veiledet selvhjelp. Nasjonalt Kompetansesenter for psykisk helsearbeid (2018) argumenterer for at veiledet selvhjelp “innebærer at man har bistand fra en annen person, som kan ha rollen som støttespiller underveis i prosessen. Dette kan være en helsearbeider, en psykolog, fastlegen eller andre. Pårørende kan også være en slik støttespiller”. Med dette menes det at metoden bygger på et systematisk samarbeid mellom bruker og helsepersonell, der bruker selv står for gjennomføring av tiltakene. I tillegg understreker de at veiledet selvhjelp gjerne bygger på prinsipper fra kognitiv terapi. Forskning har vist gode resultater ved bruk av denne metoden ved en rekke former for psykiske helseproblemer (Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid, 2018).

Solfrid Raknes beskriver PF som et “selvhjelpsverktøy” og argumenterer for at de prinsippene som underligger veiledet selvhjelp også underligger PF. Tanken er at PF gjennom undervisning i grupper eller i individuelle samtaler skal gi barn og unge et “verktøy til å hjelpe seg selv” (Raknes, 2013). Hun argumenterer videre for at PF bidrar til at barnet eller ungdommen utvikler kunnskap, ferdigheter og mestringsstrategier som vil hjelpe dem til å håndtere psykiske vansker alene og at flere vil søke støtte og hjelp når de opplever at de trenger det.

Forebyggende arbeid i skolehelsetjenesten i Norge

Ifølge Opplæringslova (1998, § 9) heter det at “alle elever i grunnskoler og videregående skoler har rett til et godt fysisk og psykososialt miljø som fremmer trivsel, helse og læring”. I dette ligger det både at skolen selv skal være en arena der barn og unge trives, i tillegg til at skolen har et ansvar å fremme god psykisk helse blant elever som går på skolen i Norge (Dalgard et al., 2011). Implementering av helsefremmende og forebyggende tiltak i kommunene gjennom skolehelsetjenesten er en del av dette arbeidet.

I 2017 ble det utarbeidet og publisert nasjonale faglige retningslinjer for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjoner, skolehelsetjenesten og helsestasjoner for ungdom (Helsedirektoratet, 2017). Denne veilederen peker på at skolehelsetjenesten i kommunen bør bidra i skolens arbeid med universelle forebyggende tiltak som fremmer et godt psykososialt miljø og god psykisk helse, og samtidig forebygger mistrivsel, mobbing og psykiske plager blant barn og ungdom (Martinsen, Eines & Barrett, 2017). Videre påpekes det at skolehelsetjenesten bør delta i skolens arbeid med å planlegge tiltak på universelt-, gruppe- og individnivå.

Skolen som arena for forebyggende arbeid. Folkehelseinstituttet (2018) argumenterer for at det forebyggende og helsefremmende arbeidet for å bedre barn og unges psykiske helse må foregå der barn og unge befinner seg. Videre argumenterer de for at de viktigste arenaene for dette arbeidet vil være utenfor helsetjenestene. Skolen er en arena der barn og unge i Norge tilbringer store deler av hverdagen og implementering av tiltak på skolen vil dermed nå flere. I tillegg argumenterer Boustani og kollegaer (2020) for at skolen er en ideell setting for at barn kan øve på de ferdighetene de lærer i ulike situasjoner slik at ferdighetene videre kan generaliseres og brukes i ulike situasjoner gjennom livsløpet.

Helsesykepleierens rolle i det forebyggende arbeidet. I den norske skolehelsetjenesten står helsesykepleieren sentralt i det helsefremmende og forebyggende arbeidet. Helsesykepleierens profesjonsrolle innebærer å ivareta en spesialisert og selvstendig kommunal tjeneste med forebyggende og helsefremmende arbeid rettet mot barn, ungdom og deres familier, særlig knyttet til helsestasjon og skolehelsetjeneste (Norsk sykepleierforbund, 2019). I tråd med helsesykepleierens profesjonsoppgaver har de også et ansvar til å bidra i det forebyggende og helsefremmende arbeidet som fremkommer i de faglige nasjonale retningslinjene for skolehelsetjenesten (Martinsen, Eines & Barrett, 2017).

Psykologisk Førstehjelp i skolehelsetjenesten. Raknes og Haugland (2013) har sammen utviklet støttemateriell og en veileder til bruk av PF i førstelinjen og skolehelsetjenesten som forebyggende og helsefremmende tiltak. Undervisningsopplegget er tiltenkt ulike fagpersoner, eller “hjelpere” som Raknes kaller det, slik som lærere, helsesykepleiere, psykologer, sosiallærere eller andre som jobber helsefremmende i skolehelsetjenesten. For å sikre god kvalitet og sammenlignbar opplæring av de som skal gjennomføre tiltaket har det blitt utviklet standardisert opplæring, samt et standardisert undervisningsopplegg for de ulike trinnene som får undervisningen. Opplæringen hjelper i førstelinjen får ifølge Haugland, Mauseth og Raknes (2013) som hensikt å fungere for hjelpere på tvers av kompetanse, siden PF er utviklet for å kunne bli tatt i bruk av flere hjelpere og faggrupper i førstelinjetjenesten. Tradisjonell KAT er som oftest assosiert med behandling av psykiske lidelser, men PF som forebyggende tiltak er tiltenkt å ha effekt på psykiske vansker hos barn og unge. Derfor har det vært viktig for Raknes (2013) at tradisjonelle begreper fra KAT har blitt “oversatt” til mer allmenn-psykologiske begreper. Dette er noe Raknes og Haugland (2013) bruker mye tid på i opplæringen av hjelpere i førstelinjen.

Alt materialet som brukes i klasseromsundervisningen ligger tilgjengelig på Solfrid Raknes' egen hjemmeside www.solfridraknes.no. Her finner man powerpoint-presentasjoner med vedlagt manus og støttemateriell som filmer til bruk i undervisning eller som veiledning til voksne.

Evidens på PF som forebyggende verktøy. En viktig forutsetning for bruk av evidensbaserte metoder er at de bygger på solid empirisk teori, at de retter seg mot en veldefinert målgruppe og at det foreligger en manual for opplæring og beskrivelse av tiltak (Haugland, Mauseth & Raknes, 2013). Rasmussen og Neumer (2020) har nylig gjennomført en kunnskapsoppsummering over PF som forebyggende og helsefremmende tiltak. Ifølge denne rapporten er PF et teoretisk forankret tiltak knyttet til kognitiv atferdsterapi. Det foreligger imidlertid ingen effektstudier av PF slik tiltaket er beskrevet av Solfrid Raknes. De argumenterer videre for at for å kunne hevde at tiltaket er virksomt er det nødvendig med effektstudier av god metodisk kvalitet, samt et økt fokus på implementeringskvalitet. Per i dag foreligger det ingen slike studier og tiltaket har dermed blitt klassifisert med evidensnivå 2. Det vil si at tiltaket er teoretisk forankret, men det foreligger ingen dokumentasjon på evidens på tiltaket i seg selv.

Implementering av Psykologisk Førstehjelp i Tromsø kommune

Implementeringen av PF inngår i *Plan for skolehelsetjenester 2018-2022* som ble vedtatt av kommunestyret i Tromsø den 20. juni 2018. I denne skriver Forebyggende helsetjenester (2018) at hensikten med implementeringen av PF er at skolehelsetjenesten bør bidra i skolens arbeid med universelle tiltak som fremmer et godt psykososialt miljø og god psykisk helse, samt forebygging av mobbing og psykiske plager blant barn og ungdom (Forebyggende helsetjenester Tromsø kommune, 2018, s. 12). Barn og unge bruker store deler av sitt hverdagsliv på skolen. Skolen vil derfor være en viktig arena for

helsefremmende- og forebyggende tiltak. Implementeringen av PF er ment som et bidrag til dette.

Prosjektgruppe. Før implementeringen av PF dannet forebyggende helsetjenester en tverrfaglig prosjektgruppe for å sikre samarbeid mellom de ulike instansene. Prosjektgruppen startet sitt arbeid med implementeringen av PF i Tromsøskolen våren 2017 og skulle bidra til en god implementeringsprosess ved at både skolen og helsetjenesten i kommunen var representert (Martinsen, Eines & Barrett, 2017). Prosjektgruppen bestod av helsesykepleier Anette Karlsen Eines, pedagog May Jorun Martinsen og kommunepsykolog Elisabeth O. Barrett.

Prosjektgruppen utarbeidet mål for implementeringen av PF som er beskrevet i *Rapport av prosjektet Psykologisk Førstehjelp* (Martinsen, Eines & Barrett, 2017), og gjenspeiler på mange måter Tromsø kommunes egen plan for Skolehelsetjenesten (2017);

1. Å arbeide helsefremmende og forebyggende i skolen, og å arbeide systematisk med psykisk helsearbeid.
2. Bedre samarbeid med skolen i forhold til psykisk helse.
3. Komme tidlig inn, gi barna et redskap til å kunne hjelpe seg selv.
4. Arbeide på systemnivå mot skoleeier for å kunne implementere dette som et varig tilbud i skolehelsetjenesten både i barne- og ungdomsskole.

Pilot før implementeringen. I prosjektperioden ble det gjennomført til sammen syv undervisnings-piloter for 2., 5. og 8. klassetrinn på 3 ulike skoler i Tromsø i løpet av 2017. Undervisningspilotene innebar utarbeidelse av informasjonsmateriell til samarbeidspartnere, opplæring av helsesykepleiere og systemarbeid for å sikre god forankring og videre implementering etter prosjektperioden (Martinsen, Eines & Barrett, 2017, s. 3).

Helsesykepleiere har vært sentrale under prosjektperioden og under implementeringen av PF. De har gjennomgått en opplæring i undervisningsopplegget til PF med blant annet Solfrid Raknes og én av kommunepsykologene i Tromsø kommune den 19-20 oktober 2017. Under disse opplæringsdagene fikk helsesykepleierne informasjon om PF og den kognitive modellen, universelt forebyggende tiltak, samt gruppearbeid og øvelse på undervisningsopplegget for 5. og 8. trinn (Martinsen, Eines & Barrett, 2017). Prosjektgruppen har også hatt flere møter med helsesykepleierne under prosjektperioden for å diskutere implementeringsprosessen. Etter opplæringsdagene høsten 2017 skulle helsesykepleierne øve seg på å gjennomføre undervisningsopplegget på barne- og ungdomsskolene i Tromsø våren 2018.

Etter gjennomføringen av pilotprosjektet ble det gjort en evaluering av målene før den endelige utrulling i samtlige skoler i Tromsø kommune trådte i kraft. Det fremkom av evalueringen at det var vanskelig å få til bindende samarbeidsrutiner med skolene. Det forelå ingen skriftlige samarbeidsrutiner eller prosedyrer for gjennomføring av tiltaket.

Prosjektgruppen beskriver at det var vanskelig å komme i posisjon til å snakke med skoler som ikke deltok på informasjonsmøtene om PF. Dermed ble det også vanskelig for helsesykepleierne på de aktuelle skolene å komme i posisjon til å utprøve PF våren 2018, slik at de ikke fikk utprøvd PF før utrulling til alle skolene i løpet av skoleåret 2018/2019.

Prosjektgruppen evaluerte imidlertid at selve undervisningsopplegget var klargjort og nedskrevet. Når det gjelder de andre målene for Forebyggende Helsetjenester, slik som det å gi barna et redskap til å hjelpe seg selv, samt implementering som et varig tilbud i skolehelsetjenesten argumenterer prosjektgruppen for at det er vanskelig å vurdere måloppnåelse etter pilotprosjektet, og at målene vil kunne oppfylles etter hvert som helsesykepleierne er i gang med undervisning i full skala ute på skolene.

PF som undervisningsopplegg i Tromsøskolen. Helsepsykepleierne i Tromsø

kommune har flere års erfaring med bruk av PF i individuelle samtaler med barn og unge på helsestasjoner og i skolene. De har dermed god kjennskap til teorien bak PF og metoden fra før (Martinsen, Eines & Barrett, 2017). Gjennom implementeringen skulle helsepsykepleierne ta et kjent redskap ut i en ny arena, fra hjelpemiddel i individuelle samtaler til undervisning som forebyggende tiltak. I undervisningen snakker helsepsykepleierne om tanker, følelser, prinsippene til PF, psykisk helse generelt, og de illustrerer hjelpehånden og røde og grønne tanker med bruk av forskjellige aktuelle eksempler. De har også tatt i bruk korte filmer i undervisningen for å bryte opp tavleundervisningen, gjøre undervisningen mer engasjerende, og å visualisere budskapet på en klar og morsom måte. De samme filmene blir vist i innføringen til lærerne. De fikk utlevert en powerpoint-presentasjon laget av Solfrid Raknes som de skal bruke i undervisningen. For de ulike trinnene er det ulik lengde på undervisningsopplegget; i 2. og 8. klasse er det to timer og i 5. klasse er det fire timer.

Helsepsykepleierne har hatt ansvar for å gjennomgå metoden sammen med lærerne på de aktuelle skolene før undervisningen. Her har helsepsykepleierne som har jobbet på den aktuelle skolen hatt ansvar for å ta kontakt med skolen, avtale tidspunkt for informasjonsmøte med lærerne om PF, samt tidspunkt for gjennomføring av undervisningen med elevene. I tillegg har helsepsykepleierne også hatt ansvar for å videreformidle informasjon til hjemmet. Det har de gjort ved å sende hjem et informasjonsskriv til foreldrene og ved å gjennomføre foreldremøter. Selve undervisningen har helsepsykepleierne gjennomført med lærer til stede. Tanken bak var at lærerne på de aktuelle skolene skal kunne videreføre arbeidet med PF i klassen (1) ved at læreren selv kan videreføre undervisningen i PF, (2) ved at PF skal “farge klasse-språket” og fremme et godt klassemiljø, og (3) ved at læreren kan bruke PF i situasjoner som oppstår med enkeltelever.

Studiens formål

Formålet med studien er å utforske helsesykepleiernes erfaringer med implementeringen av PF i skolehelsetjenesten i Tromsø kommune. Ved å intervju helsesykepleierne i kommunen ønsker vi å få innsikt i deres syn på PF som forebyggende og helsefremmende verktøy og deres forventninger til et redskap som PF. Vi ønsker også å undersøke deres erfaringer med bruk av PF i individuelle samtaler, deres erfaringer med opplæringen i PF for bruk i undervisning i klasserom, og hvordan de har erfart bruk av PF i en ny kontekst som et universelt forebyggende tiltak som undervisningsopplegg.

Vi ble invitert inn av Tromsø kommune og forskningsspørsmålene i studien har derfor utgangspunkt i kommunens egne mål for implementeringen av PF. Målene var a) å arbeide helsefremmende og forebyggende i skolen, og å arbeide systematisk med psykisk helsearbeid, b) å bedre samarbeid med skolen angående psykisk helse c) å komme tidlig inn og å gi barna et redskap til å kunne hjelpe seg selv, og d) arbeide på systemnivå med skoleeier for å kunne implementere dette som et varig tilbud i skolehelsetjenesten både i barne- og ungdomsskolen. Forskningsspørsmålene blir derfor hvilke erfaringer helsesykepleierne har hatt med implementeringen av PF i skolen, i hvilken grad de mener at kommunens mål har blitt oppnådd gjennom implementeringen, og hva de tenker kan gjøres bedre i en slik implementeringsprosess, fra opplæringen i forkant til gjennomføringen av undervisningen og evaluering i etterkant. Vi lurer også på hvilke erfaringer de har med å flytte PF fra en kjent arena, individuelle samtaler, til en ny arena, klasserommet.

Metode

Valg av metode og forskningsdesign

For å besvare våre forskningsspørsmål valgte vi å gjennomføre kvalitative semi-strukturerte intervjuer. Kvalitative metoder gjør det mulig å undersøke menneskers erfaringer, opplevelser og holdninger, og man bruker metoder for datainnsamling som blant annet intervju, fokusgruppe eller observasjon (Creswell, 2013). Formålet med studien var å evaluere implementeringen av PF i skolehelsetjenesten i Tromsø kommune. Vi undersøkte helsesykepleiernes erfaringer med bruk av PF i individuelle samtaler, deres erfaringer med implementeringen av PF som undervisningsopplegg i skolehelsetjenesten, og opplæringen de fikk i forkant. Kvalitativ metode gjør det mulig å gå i dybden på et lite utvalgs refleksjoner og erfaringer, derfor vurderte vi denne metoden som egnet for studien.

Teoretisk rammeverk. Vår studie er kvalitativ med en fenomenologisk innfallsvinkel og et deskriptivt design. Fenomenologi er en passende metode når vi skal studere personers erfaringer. Her skal vi ta utgangspunkt i å beskrive hva alle deltakerne i en studie har til felles når de opplever et fenomen. Denne beskrivelsen består av “hva” de opplevde og “hvordan” de opplevde det. Deskriptivt design muliggjør å gi svar på spørsmål som hva, hvilke, hvordan, hvem og hvorfor (Creswell, 2013). Designet er passende når vi ønsker å beskrive eller finne sammenhengen mellom én eller flere begreper eller variabler. Designet muliggjør det vi ønsker å oppnå med oppgaven; å fange opp deltakernes individuelle erfaringer og meninger, men også deres felles oppfatning av om implementeringen har fungert som tiltenkt og hva de mener kunne vært gjort annerledes i prosessen.

Deltakere og prosedyre

Utvalg. Deltakerne i studien består av helsesykepleiere ansatt i Tromsø kommune som har deltatt i implementeringen av PF i barne- og ungdomsskoler i kommunen. Vi rekrutterte deltakere strategisk på bakgrunn av forskningsspørsmålene. Alle deltakerne er helsesykepleiere som har erfaring med bruk av PF i individuelle samtaler og som undervisningsopplegg. Vi ekskluderte andre ansatte i kommunen som har erfaring med PF, som for eksempel lærere og psykologer. Det samme gjelder helsesykepleiere som ikke har erfaring med bruk av PF og helsesykepleiere som har deltatt på opplæringskurset og med implementeringen, men som ikke ønsket å delta i studien.

Prosedyre. Vi tok kontakt med enhetsleder for forebyggende helsetjenester i Tromsø kommune og fagkoordinator for prosjektet sammen med vår biveileder. Vi ble enige om at vi skulle intervjuer helsesykepleierne i kommunen som har erfaring med PF i skolen. Vi deltok på et møte i april 2019 der avdelingslederne på alle helsestasjonene i Tromsø kommune var til stede. Der la vi fram prosjektets formål og formidlet vårt behov for deltakere til studien. Vi ble enige om å rekruttere deltakere via avdelingslederne på hver av helsestasjonene. Videre informasjonsformidling til mulige deltakere gikk derfor gjennom dem og enhetsleder for forebyggende helsetjenester i kommunen.

Vi rekrutterte deltakere fra 5 helsestasjoner i Tromsø kommune. Vi sendte ut en invitasjon til å delta i studien til avdelingslederne ved de ulike helsestasjonene. I invitasjonen ble det spesifisert at vi ønsker helsesykepleiere som har deltatt på opplæring i bruk av PF og som har hatt undervisning om PF på skoler i Tromsø kommune. Vi etterspurte 2-4 deltakere fra hver helsestasjon. De som ønsket å delta meldte sin interesse ved å ta kontakt med oss på e-post eller telefon. Totalt samtykket 11 helsesykepleiere til å delta. Vi kontaktet deltakerne på e-post der vi sendte dem et informasjonsskriv som inneholdt formålet med studien,

samtykkeskjema og intervjuguide (Appendix B). Vi avtalte tidspunkt for intervjuene direkte med hver av deltakerne.

Datainnsamlingen ble gjort med semistrukturerte intervjuer høsten 2019. Alle intervjuene ble gjort per telefon. Vi valgte telefonintervju fordi datainnsamlingen foregikk samtidig som vi var i avsluttende hovedpraksis utenfor Tromsø. Å ta intervjuene over telefon gjorde at vi fikk gjennomført intervjuene i det tidsrommet som var nødvendig for å sikre framdrift av oppgaven til tross for avstanden. Mulige svakheter er at vi lett kan miste informasjon fra deltakerne som viser seg gjennom kroppsspråk. Selv om kroppsspråket ikke er noe som transkriberes i etterkant mister vi en måte å vise bekreftelse, forventning, entusiasme og oppmuntring på i dialogen. Det kan også oppstå distraksjoner når intervjuer og deltaker ikke er i samme rom, og det kan være en utfordring å holde et felles fokus. Vi erfarte imidlertid at intervjuene var positive og at vi fikk rike og gode beskrivelser fra deltakerne. Vi opplevde ingen negative konsekvenser av å gjennomføre intervjuene per telefon med hensyn til svakhetene beskrevet ovenfor.

Vi delte opp utvalget tilfeldig slik at vi gjennomførte henholdsvis 5 og 6 intervjuer hver. Intervjuene varierte i lengde fra 30 til 60 minutter. Telefonen var på høyttaler og intervjuene ble tatt opp med lydopptaker. Etter intervjuene var det 2 intervjuer som ikke lot seg avspille grunnet tekniske problemer. Som en konsekvens av dette fikk vi kun transkribert 9 intervjuer ut i tekst for videre analyse.

I intervjuene brukte vi en semistrukturert intervjuguide (se Appendix C) som vi på forhånd hadde utarbeidet i samarbeid med veilederne våre. Intervjuguiden ble ikke pilottestet før intervjuene, da dette ikke lot seg gjøre med tiden vi hadde til rådighet. Intervjuene startet med en presentasjon av studiens formål før deltakerne ble bedt om å fortelle generelt om PF. Vi stilte deretter oppfølgingsspørsmål etter hvert som det falt seg naturlig i samtalen.

Spørsmålene i intervjuguiden har som hensikt å belyse deltakernes erfaring med bruk av PF både individuelt og i undervisning, hvilke erfaringer de har hatt med opplæringen av PF, og hvilke erfaringer de har med å ta et verktøy som PF fra individuelle samtaler og ut i undervisningen som universelt forebyggende tiltak.

På slutten av intervjuene spurte vi om det var noe mer deltakerne ønsket å tilføye og om det var noen temaer de ønsket å snakke om som hittil ikke var blitt nevnt. Vi informerte deltakerne om at de hadde anledning til å ta kontakt i ettertid dersom det var noe de ønsket å endre på, tilføye eller dersom de ønsket å trekke sin deltakelse i studien. Dette står også i samtykkeskjemaet som de skrev under på i forkant av intervjuene.

Analyseprosessen

Etter intervjuene transkriberte vi lydopptakene og tok utgangspunkt i disse transkripsjonene for vår analyse. Vi fordelte transkriberingen slik at vi transkriberte de intervjuene vi selv hadde gjennomført. Deretter gikk vi gjennom intervjuene sammen for å bli kjent med hverandres datamateriale. Under denne prosessen så vi etter gjennomgående temaer i datamaterialet. Dette var første fase i analysen.

For å analysere datamaterialet brukte vi programmet Nvivo 12 (QSR International, 2020). Vi har brukt tematisk analyse som er en metode for å identifisere, analysere og rapportere temaer og mønstre i et datasett, samt tolke ulike aspekter ved datasettet (Braun & Clarke, 2006). Temaene vi kommer fram til gjennom tematisk analyse vil ikke stå alene som tema, men ha en sammenheng med hverandre som en form for historiefortelling. Tematisk analyse beskrives av Braun og Clarke (2006) som en analysemetode med stor teoretisk frihet og fleksibilitet, som videre gjør metoden til en godt egnet metode for de som ikke har stor kjennskap til kvalitativ analyse fra tidligere. Metoden kan også brukes for flere teoretiske tilnærminger innenfor kvalitativ forskning. Når man skal gjennomføre en tematisk analyse må

man gjøre noen valg som har betydning for hvordan funn og tolkning vil fremstå. Vi har valgt å gjennomføre en deskriptiv analyse av datamaterialet på bakgrunn av forskningsspørsmålene fordi deskriptiv analyse holder seg nært opp til deltakernes egne opplevelser. Videre var også analysen induktiv ved at den var datadrevet. Kodene og temaene vi fant stammer fra datasettet i seg selv og det vi har kartlagt samsvarer derfor i stor grad med innholdet i datasettet.

I andre fase gikk vi systematisk gjennom hele datasettet setning for setning og genererte koder for en innledende deskriptiv koding. Det innebærer å organisere data inn i meningsfulle grupper (Braun & Clarke, 2006). Etter at alle transkripsjonene var kodet ferdig fikk vi en lang liste med koder. Fase tre bestod av å søke etter, organisere og slå sammen kodene fra den innledende kodingen inn i overordnede temaer. Fjerde fase bestod av å gjennomgå tema fra hele datasettet til vi til slutt hadde fire overordnede temaer med hver sine undertemaer. I femte fase definerte og navnga vi temaene som vi endte opp med i den endelige analysen. Dette innebar å finne essensen av hva hvert tema handler om. I denne prosessen analyserte vi temaene og identifiserte “historien” som hvert tema forteller, med andre ord den logiske sammenhengen i temaene. Sjette fase bestod av tekstproduksjon og å skrive rapporten.

Etiske vurderinger

Vi sendte en søknad om gjennomføring av studien til Norsk Senter for forskningsdata (referansekode 154183) som ble godkjent den 23. august 2019 (se Appendix A).

Å gjennomføre intervju som innsamlingsmetode kan medføre noen etiske problemstillinger. Ofte kan det oppstå et dilemma mellom det å innhente kunnskap som forsker versus etiske hensyn overfor personen som blir intervjuet. Forskningsspørsmålene i studien omhandler egne refleksjoner og erfaringer med bruk av forebyggende verktøy og implementeringen i Tromsø kommune. Det er viktig at forskeren viser respekt for deltakernes

grenser og ikke presser frem svar som deltakeren selv ikke ønsker å svare på. Dette kan for eksempel være kritiske refleksjoner og erfaringer rundt egne arbeidsoppgaver.

De som ønsket å delta i studien fikk informasjon om dens formål, den praktiske gjennomføringen av intervjuene samt underskrev en samtykkeerklæring (Appendix B) for deltakelse. Dette var for å sikre frivillig deltakelse. Deltakerne kunne når som helst og uten grunn trekke sitt samtykke ved å kontakte én av studentene eller prosjektansvarlig med kontaktopplysninger i utdelt samtykkeskjema. Dersom noen trakk seg fra prosjektet kunne de kreve å få slettet innsamlede opplysninger, med mindre opplysningene allerede var inngått i analysen eller allerede publisert.

Vi sikret konfidensialitet ved at alle personopplysninger eller informasjon som kunne gjøre en person gjenkjennelig ble anonymisert, slik som navn, alder og arbeidssted. Lydfilene og transkripsjonene ble lagret på Microsoft Teams med krav om passord for tilgang. Kun forfatterne og hovedveileder har hatt kjennskap til passordet. Alle transkripsjonene ble anonymisert ved at navnet og kontaktopplysningene til deltakerne ble erstattet med en kode som ble lagret på egen navneliste adskilt fra øvrige data. Det var bare studentene som hadde tilgang til denne navnelisten. Vi behandlet alle opplysningene uten navn eller andre direkte gjenkjennende opplysninger under skriveprosessen.

Funn

Vi ønsket å undersøke helsesykepleiernes erfaringer med implementeringen av det forebyggende verktøyet PF i skolehelsetjenesten i Tromsø kommune. Den allmenne oppfatningen blant deltakerne var at PF som klasseromsundervisning virker forebyggende forutsatt at hjelpere rundt barna, som for eksempel lærere, helsesykepleiere og foreldre, tar i bruk prinsippene også utenfor klasserommet. Analysen resulterte i 6 overordnede temaer med undertemaer. Disse presenteres i tabell 1.

Tabell 1

Oversikt over temaer

Overordnede tema					
<u>Opplæringen i PF var for teoretisk rettet</u>	<u>PF som undervisningsopplegg – kjente prinsipper i en ny setting</u>	<u>Helsesykepleierne etterspør tettere samarbeid med skolen</u>	<u>Nytteverdi av undervisning om PF i skolehelsetjenesten</u>	<u>Manglende ressurser går utover kvaliteten på implementeringen</u>	<u>Helsesykepleiernes profesjonsutøvelse</u>
Opplæringskurset ga helsesykepleierne ny motivasjon og inspirasjon.	Kjennskap til PF fra undervisningen sparer tid i individuelle samtaler.	Helsesykepleierne vil bruke mer tid på rolleavklaring enn informasjon om PF.	PF motiverer til økt hjelpesøkende atferd.		Dilemma mellom forebygging, behandling og helsefremmende arbeid.
	Helsesykepleierne har sett seg nødt til å justere undervisningen lokalt.	Lærernes rolle i undervisningen	Helsesykepleierne engasjerer elevene i undervisningen.		PF hjelper helsesykepleiere med deres forebyggende arbeid.
		Usikker på lærernes bruk av PF etter undervisningen.	Foreldre må ta del i videreføringen.		Helsesykepleierne ønsker tydeligere rammebetingelser.
			Helsesykepleierne etterspør effektstudier av PF.		Ønsker mer faglig fellesskap.

Note. Under hvert hovedtema presenteres for fem av de seks ett eller flere undertema.

Opplæringen i Psykologisk Førstehjelp var for teoretisk rettet

Vi bruker begrepet *opplæring* om opplæringen som deltakerne fikk fra Solfrid Raknes, og *undervisning* om undervisningen som deltakerne gir til skolebarna. Deltakerne har flere års erfaring med bruk av PF, primært fra individuelle samtaler med barn og ungdom. De følte seg trygge på metoden og teorien bak PF, så det var ikke nytt for dem når de skulle begynne med undervisningen i skolene i Tromsø kommune.

"Metoden var man for så vidt trygg på og kunne godt selve verktøyet psykologisk førstehjelp."

Det som derimot var nytt for dem var den pedagogiske rollen som klasseromsunderviser. Deltakerne fortalte at det i liten grad ble lagt vekt på hvordan undervisningen skulle gjennomføres, men at opplæringen i PF var mer teoretisk rettet mot den kognitive modellen.

"Jeg husker at når undervisningen var ferdig, altså når jeg satt i undervisningen så følte jeg at det var på en måte lite.. Det var jo bare repetisjon av ting vi på en måte visste. Det var jo lite læring, egentlig".

De beskrev kurset som en innføring i hva PF er heller enn et kurs i hvordan de skulle gjennomføre undervisningen og etablere et godt samarbeid med skolen. De ønsket flere konkrete eksempler og tydelige instruksjoner under opplæringen. De nevnte at en demonstrasjon av hvordan PF skal brukes i plenum hadde vært nyttig under opplæringsdagene.

"Kanskje vi kunne gått gjennom de her powerpointene, både presentasjonen til lærere og elever. Og kanskje fått gjort det også når vi hadde fått prøvd oss litt, for da satt vi jo med veldig mange spørsmål og lurte på hvorfor er det sånn og sånn."

Deltakerne hadde delte meninger om læringsutbyttet etter opplæringskurset. De fortalte at de satt igjen med mye når det gjelder den teoretiske bakgrunnen til PF og tips knyttet til bruken av førstehjelpsskrinet generelt, men kurset var ikke tilstrekkelig pedagogisk rettet slik at de kunne gå rett fra opplæring og ut i undervisningsrollen.

"Kanskje ikke så stort læringsutbytte i forhold til det å bli i stand til å jobbe med det i skolen med klasseromsundervisning."

Som en konsekvens av dette følte ikke deltakerne seg tilstrekkelig forberedte etter opplæringen. Deltakerne var trygge på metoden, men ikke på den nye rollen som klasseromsunderviser. Deltakerne fortalte på den andre siden at de synes det var engasjerende å høre på Solfrid Raknes, blant annet fordi det er hun som har utviklet PF, og at kurset ga dem ny motivasjon og inspirasjon til å drive forebyggende arbeid.

PF som undervisningsopplegg - kjente prinsipper i en ny setting

Deltakerne snakket om at undervisningsopplegget fremdeles er såpass nytt at de fortsatt vil gjøre erfaringsbaserte endringer til det kommer mer på plass. De trakk også fram at de ikke er pedagoger og at dette er en ny oppgave i en ny setting innenfor deres profesjonsutøvelse.

"Vi er jo ikke vant til å jobbe på denne måten, for min del er det jo første gang jeg driver med klasseromsundervisning."

Opplegget trenger litt tid på å komme seg skikkelig på plass, både undervisningsopplegget i seg selv, at helsesykepleierne skal bli trygge på å undervise, og samarbeidet med skolen.

Kjennskap til PF fra undervisningen sparer tid i individuelle samtaler. Noen av deltakerne fortalte at barnas kjennskap til PF fra undervisningen er med på å spare tid i én-til-

én-samtaler. Dette fordi de da trenger å bruke mindre tid på å lære barna om PF og sammenhengen mellom tanker og følelser siden de kan referere til klasseromsundervisningen.

"Og jeg synes det er veldig bra når vi har hatt undervisningen for da, nå har jo de som går i niende hatt det før, så kan vi si litt «husker dere sånn og brukte de den og den», fordi du bruker litt tid på å gå gjennom hva det er, hva er tommeltotten og hva er pekefingeren og hva betyr de tingene."

Deltakerne snakket også om at individuelle samtaler krever stor ressursbruk i deres arbeidshverdag. Undervisningen bidrar til at man kan si det samme, men at det når ut til flere samtidig. De kan bruke mer av tiden i de individuelle samtalene på å angripe problemet enn på innføring i hva PF og røde og grønne tanker innebærer.

Helsesykepleierne har sett seg nødt til å justere undervisningen lokalt. Deltakerne fortalte at de ønsker å holde undervisningen så lik som mulig for at barna skal få samme tilbud uavhengig av hvilken skole de tilhører. De har likevel sett seg nødt til å gjøre noen justeringer, blant annet å endre på powerpoint-presentasjonen utlevert av Solfrid Raknes som danner grunnlaget for undervisningen. De hadde fått beskjed om at opplegget var klart til å kjøres i undervisningen direkte etter endt opplæring. Deltakerne fortalte derimot at de opplevde opplegget som uferdig og at de måtte fylle inn det som manglet selv, noe som har gitt rom for å gjennomføre opplegget på forskjellige måter.

"Men det er jo det jeg tenker som har vært mye svakheten også oppigjennom, det er jo det at man sitter på hver sin "haug" og lager opplegg. Sånn bør det jo ikke være. Det bør være et felles. For alle. At det er likt for alle."

Én deltaker sa at det ikke var god nok flyt i presentasjonen og at det var mange repetisjoner, samt at man hoppet mye fram og tilbake mellom temaer. Andre deltakere fortalte at de brukte mye tid på å ferdigstille powerpointen og å sette seg inn i stoffet og hva de skulle formidle til elevene.

"Vi la egentlig inn en god del jobb der vi på en måte gikk gjennom alt og fylte på og skrev, men på noe av det andre var det veldig utfyllende som vi kunne bruke."

De fortalte videre at det har gjort at innholdet og oppgavene i undervisningen varierer noe fra skole til skole. De har gjort endringer som har passet bedre til hver enkelt klasse, og for å gjøre undervisningen mer engasjerende for elevene.

"For når vi på en måte møter hverandre tilfeldig så hører vi jo at vi kan gjøre det litt ulikt, noen har laget sin egen vri på ting."

De fortalte også at det varierer om de holder seg til de standardiserte antall timene som opplegget er ment å vare på de forskjellige klassetrinnene, og at det er vanskelig å samkjøre justeringer av opplegget når helsesykepleierne ikke møtes ofte nok.

Helsesykepleierne etterspør tettere samarbeid med skolen

Flere av deltakerne var fornøyde med samarbeidet med skolen og måten skolen har tilrettelagt for at de skulle få delta på planleggingsmøter eller lignende. De beskrev et positivt og åpent samarbeid der de og skoleledelsen kan ta kontakt begge veier. Deltakerne fortalte at skoleledelsen har tatt godt imot implementeringen av PF på skolene. De føler seg inkludert i skolemiljøet, er synlige for elevene og de fleste vet hvem de er. De beskrev også lærerne som positive til undervisningen, noen mer engasjert enn andre.

"Lærerne var veldig engasjert når jeg hadde innføring til dem i hva dette her gikk ut på og den ene læreren hadde et ønske om å finne røde og grønne bamseselv og ta de i bruk også etterpå."

Deltakerne har på den andre siden ikke noen fastsatte planleggingsmøter eller evalueringer sammen med lærerne, noe de ønsket for å sikre et tettere samarbeid. De ønsket mer dialog i forkant av undervisningen for å planlegge og avklare roller, og i etterkant av undervisningen i form av en felles evaluering. De nevnte også at samarbeidet burde vedvare resten av skoleåret for å sikre kontinuitet og god kvalitet.

"Hvis det er sånn at man skal sikre seg at det blir implementert i skolen så må det kanskje være et samarbeid hele året og ikke bare akkurat de dagene man skal ha undervisningen i forhold til akkurat det."

Deltakerne tilpasset seg i stor grad skolens timeplan for å få gjennomført undervisningen. De fortalte at de også forsøker å ta hensyn til at undervisningen ikke skal krasje med for eksempel fagprøver. Noen har forsøkt å samkjøre undervisningen om PF med når skolen har psykisk helse som tema generelt.

"Da skulle det kanskje vært mer sånn at i stedet for at jeg satt og planla undervisningen med mine kollegaer så skulle jeg satt og planlagt undervisningen med lærerne. Da tenker jeg sånn at det da hadde vært snakk om et mer produktivt samarbeid. Nå er det bare et samarbeid på papiret. Det her er signert fra skolen sin side at det må være et samarbeid, men det trenger ikke nødvendigvis å være det."

Noen av deltakerne snakket om at en sosiallærer kunne vært delaktig i undervisningen.

Sosiallærere jobber tettere på skolen med de andre lærerne enn helsesykepleierne gjør, og vil

derfor kunne være et naturlig ledd i det å få videreført PF fra undervisningen til skolehverdagen.

"Og selv om jeg tenker at «å herlighet, det her er jo et fantastisk verktøy» så kan det være at lærerne sitter på skolen og bare «men herregud, hva er vitsen, de kommer og snakker om det i fire timer og så er liksom that's it». Det vet jo ikke jeg, det får jeg jo ikke noe tilbakemelding på heller."

Deltakerne var usikre om opplegget følges opp i ettertid på grunn av manglende tilbakemelding fra lærerne. De fortalte at de mener det er helt essensielt at både lærere og foreldre følger opp barna i etterkant av undervisningen, og at et tettere samarbeid med lærerne vil være viktig for at undervisningen skal oppleves mest mulig nyttig for barna.

Helsesykepleierne vil bruke mer tid på rolleavklaring enn informasjon om PF.

Deltakerne avholdt et informasjonsmøte for lærerne i forkant av undervisningen, der de har brukt informasjonen de har fått utlevert fra Solfrid Raknes. De ønsket å gi lærerne en innføring i prinsippene til PF, samt å avklare at lærerne skal være til stede, rolleavklaring dem imellom, hva de trenger og hva som skal foregå i undervisningen.

"For når jeg går gjennom det så tenker jeg sånn «hva er det jeg prøver å formidle til lærerne? Ønsker jeg å formidle samarbeidet som vi skal ha med dem i forbindelse med undervisningen og til bruk ellers, eller står jeg nå og skal lære dem hva psykologisk førstehjelp er?»"

Flere nevnte at innføringen bar preg av veldig detaljert informasjon og mange gjentakelser. De sa også at det gikk mye tid med på å fortelle hva PF er, men at det ble lite tid til overs til å avklare rollene mellom lærerne og helsesykepleierne, og til å avklare hvordan undervisningen faktisk skulle gjennomføres på gitt skole.

"Jeg skulle vel kanskje helst ønske at vi mest skulle snakke om hvordan vi skal gjennomføre samarbeidet."

Deltakerne ønsket en tydeligere rolleavklaring og sa at mer av tiden på møtet kunne vært brukt til å snakke om hva de ønsket å få ut av samarbeidet heller enn om hva PF er.

Lærernes rolle i undervisningen. Deltakerne var opptatte av om lærerne var til stede i undervisningen eller ikke. De hadde et tydelig ønske om at lærerne skal være til stede i undervisningen fordi lærerne kjenner klassen best og kan bidra til å beholde roen i timene. De sa også at lærerne vil være nyttige å ha med på laget for å kunne fange opp reaksjoner blant elevene og fungere som en rollemodell.

"Så er det noen lærere som er veldig engasjert og hvis det er litt stille i klassen når vi spør så kan de bruke seg selv og si «husker jeg sånn og sånn» eller «jeg kan bli redd og kjenne på de følelsene når det og det skjer» og bruke egne eksempler og det synes vi er veldig bra. De overtar ikke, men de er med på å gjøre det enklere for elevene."

Noen beskriver lærerne som å være mer observatører enn deltakende i undervisningen. De fortalte at lærerne til tider har forsvunnet ut av undervisningen, at de har blitt opptatt med andre ting eller at det har foregått et lærerbytte underveis i timene.

"De kommer, så hører de på hva vi har å si."

Én av deltakerne nevnte at hun har opplevd at lærerne ikke har følt noe eierskap til undervisningsopplegget. Dette beskrev deltakerne som uheldig da det påvirker lærernes deltakelse i undervisningstimene og deres oppfølging av PF i skolehverdagen senere.

Usikker på lærernes bruk av PF etter undervisningen. Flere av deltakerne fortalte at de har et inntrykk av at PF blir lite brukt utover selve undervisningen. De var usikre på om lærerne følger det opp og i hvilken grad de i så fall gjør det.

"Hvis ikke skolen tar opp tråden og bruker det aktivt i skolehverdagen, og det vet jo ikke jeg noe om, men jeg sier hvis de ikke gjør det, så tror jeg at den undervisningen vi har bare vil bli som et blaff hvis det ikke er noe som det er kontinuitet på."

Deltakerne fortalte at de i liten grad vet om lærerne følger det opp og at dette henger sammen med at de får få eller ingen tilbakemeldinger om undervisningen fra lærerne. De trakk fram at litt av poenget med undervisningen blir borte dersom de tematiserer psykisk helse og PF bare én gang med flere års mellomrom.

"Jeg tenker at det er helt vesentlig at lærerne følger opp den undervisningen vi har i klassene for ellers lurer jeg litt på effekten av det."

Deltakerne ønsket at PF skal følges opp av lærerne for at undervisningen skal bli mer nyttig for barna. Flere sa seg skeptiske til å ha undervisning og dens effekt dersom prinsippene som elevene lærer ikke følges opp ellers i skolehverdagen.

Helsesykepleierne opplever undervisningen om PF som nyttig

Deltakerne mente at PF har stor nytteverdi for forebygging av psykiske vansker og lidelser uavhengig av om det brukes i individuelle samtaler, i undervisning eller utenfor skolen av elevene selv. Det var viktig for deltakerne å påpeke at undervisningen har en stor nytteverdi dersom PF implementeres godt og prinsippene videreføres av hjelperne rundt barna.

"Jeg tenker at alle uansett om du har problemer eller om du ikke har problemer, om du har små eller store utfordringer, så har alle behov for det."

Noen deltakere sa seg derimot spørrende til hvilken effekt PF har og om det fungerer forebyggende slik det er tenkt. Noen var overbevist om at PF fungerer godt i individuelle samtaler, men er usikker på om PF i undervisning har en forebyggende effekt.

"Og når vi skal inn bare én gang i løpet av året så er jeg litt usikker på den effekten det har for barna, selv om det er bra der og da."

En grunn til at de er usikre på nytten av PF i undervisningen er at den er kortvarig og at den gjennomføres få ganger spredt utover flere år. Flere av deltakerne poengterer viktigheten av at undervisningen følges opp. Konsekvensen av manglende oppfølging kan være at de ikke lenger har muligheten til å forebygge og at problemet utvikler seg til noe som må behandles.

"Og så bruker vi det i individuelle samtaler, men da er de kanskje der fordi utfordringene har blitt så store at elevene føler at de må snakke med noen om det. Og da er vi kanskje ikke sånn tidlig inn, men mer på reparasjonsstadiet."

I individuelle samtaler anvender helsesykepleierne PF sammen med barn eller ungdom. De snakket om at undervisning om PF kan gi et felles utgangspunkt og språk for hvordan de kan gripe an et problem som kan videreføres til individuelle samtaler senere. Flere av deltakerne fortalte at det er en fin og oversiktlig måte å lære barna om sammenhengen mellom tanker og følelser, samt å hjelpe barna med å endre fastlåste tankemønstre og etablere forståelse om psykisk helse.

"Men jeg tenker at det er et godt visualisert hjelpemiddel for å få ungene til å liksom tenke eller.. Ja, hvordan påvirker egentlig de følelsene og de tankene vi har."

Deltakerne trakk fram at det å reflektere over situasjonen og tankens kraft kan ruste barna til å klare å bearbeide og mestre vanskelige følelser. Flere deltakere la stor vekt på at PF også fungerer som et selvhjelpsverktøy ved at barna lett kan anvende prinsippene selv.

"Og noe som kan hjelpe ungene til å få et nyansert bilde på mange av de utfordringene som de møter i hverdagen, så det er veldig greit å ha det sånn at ungene selv kan skrive ned og kanskje kan se situasjonen som har oppstått som de synes er vanskelig fra et litt annet ståsted."

Videre var det viktig for noen av deltakerne å understreke at nytteverdien både i individuelle samtaler og undervisning avhenger av barnas mottakelse av PF. Her var faktorer som barnas forståelse, interesse og motivasjon viktig for at verktøyet skal oppleves nyttig.

PF motiverer til økt hjelpesøkende atferd. Deltakerne snakket om at PF er med på å påvirke terskelen for å snakke om psykiske vansker og at det kan motivere barn og ungdom til å oppsøke hjelp når utfordringene blir for vanskelige å håndtere alene.

"Det er jo det at vi setter ord på ting, ikke sant, og at det gjør det lettere for elevene å komme til oss og snakke om det."

De påpekte at økt forståelse for sammenhengen mellom tanker og følelser, samt et lettfattelig språk som omhandler psykiske vansker kan gjøre det lettere for barn og ungdom å åpne seg for andre. Én deltaker fortalte at undervisningen hadde hatt positiv innvirkning på et barn som tidligere hadde hatt vansker med å åpne seg for lærer og helsesykepleier.

"Det er kanskje en inngangsport for de som sliter, det er jo de vi ønsker å nå, at de tør å komme og snakke med oss om det."

Flere deltakere beskrev klasseromsundervisningen som en vei inn og at det kan være med på å øke den hjelpesøkende atferden til barn og unge. Dersom flere oppsøker hjelpere når de trenger det i stedet for å forsøke å håndtere overveldende utfordringer alene vil dette kunne være med på å styrke den forebyggende og helsefremmende effekten.

"Også føler jeg at det på en måte hjelper for min del også, å sette ord på eller det blir så mye tydeligere, det her å kunne skille mellom hva følelsen er og hva tankene er og hva var det som gjorde at situasjonen ble opplevd så vanskelig, og hva kan man gjøre".

Én deltaker nevnte at det ofte kan være vanskelig for barn å fortelle om deres egne erfaringer fordi det kan være uvant å snakke om tanker og følelser. De fortalte at PF i undervisning er med på å bryte denne barrieren og at det hjelper barna å etablere forståelse og et felles språk for tanker og følelser som kan videreføres i individuelle samtaler.

Helsesykepleierne engasjerer elevene i undervisningen. Deltakerne beskrev elevene som engasjerte og at de lett forstår konseptet PF. De snakket om at elevene gir av seg selv, kommer med eksempler og lærer av hverandre. Elevene får dermed se at de sjeldent er alene om å sitte med en type tanker, følelser eller erfaringer.

"Vi prøver å jobbe litt med å få elevene mer delaktig, for eksempel vi tegner ei svær hjelpehand på tavla og så får vi dem til å komme og fylle inn."

Deltakerne fortalte at de legger opp til at elevene selv skal være aktive og at undervisningen på den måten skal bli mer engasjerende. På den måten får også alle delta, ikke bare de som tør å snakke høyt. De fortalte også at sårbare temaer blir mindre sårbare ved at hele klassen aktiviseres og at forskjellige temaer normaliseres.

"Man tenker jo kanskje at det alltid er noen som gir mer av seg selv enn andre, men uansett om du bare sitter og lytter til det som blir sagt så har du nok nytte av det."

De trodde at undervisningen kan motivere noen elever til å oppsøke videre oppfølging som de kanskje ikke ellers ville ha gjort. Deltakerne fortalte at elevene gir uttrykk for at de er fornøyde med undervisningen, men at de kunne ønsket en mer konkret form for tilbakemelding.

Foreldre må ta del i videreføringen. Deltakerne understreket viktigheten av at også foreldrene følger opp prinsippene i PF sammen med barna sine. De beskrev foreldrenes oppfølging utenfor skolen som viktig for å sikre kontinuitet og at barna får best mulig nytte av undervisningen.

"Det er jo noe vi anbefaler dem og oppfordrer til, vi tenker at det kanskje er noe de kan bruke med sine barn, hvis de står i noen situasjoner som er litt vanskelige."

Helsesykepleierne holdt et foreldremøte i forkant av undervisningen for å informere foreldrene om hva PF er og hva undervisningen ville innebære. Deltakerne fortalte at det var altfor mye informasjon som skulle formidles til foreldrene på møtet. Det var også altfor detaljert informasjon om hva PF er og de opplevde at flere av foreldrene datt av lasset. Én av deltakerne forteller at de kortet ned på informasjonen om PF og at det deretter ble bedre.

"Vi opplevde i fjor at vi synes foreldrene falt raskt av og vi så at de satt på telefonen og var liksom ikke så veldig interesserte, men i år opplevde jeg at det var bedre."

Deltakerne fortalte at de i liten grad har fått tilbakemeldinger om PF fra foreldrene, verken positive eller negative. De mente det var viktig å informere foreldrene om det, noe de gjorde på foreldremøtet og ved å sende dem et informasjonsskriv i forkant av undervisningen. Utover det var det lite samarbeid mellom foreldrene og helsesykepleierne. Én av deltakerne

fortalte om en forelder som var negativ til undervisningen på grunn av et inntrykk av at å snakke om røde tanker vil kunne føre til at barna skulle få flere røde tanker.

"For hvis ikke foreldrene kan prinsippene og bruker det aktivt tror jeg at det faller ut som forebygging og kommer inn igjen som en sånn problemløsning."

Helsesykepleierne oppfordret foreldrene til å sette seg inn i PF og gjøre oppgaver sammen med sine barn. De trakk fram at de som er interesserte vil gjøre en innsats og at de som ikke er interesserte mest sannsynlig ikke kommer til å følge det opp uansett.

Helsesykepleierne etterspør effektstudier av PF. Et annet tema som interesserte deltakerne var hvilken effekt PF har som forebyggende verktøy og at det er vanskelig å måle eller anslå effekt ut fra egne erfaringer. Deltakerne problematiserte å skulle bruke ressurser på en implementering av et undervisningsopplegg uten å vite mer om hvilken effekt det har. De etterspurte effektstudier av implementeringen av PF.

"Jeg tenker at man sår et frø også vet vi jo ikke alltid om det frøet.. hvordan det spirer og gror."

Én deltaker påpekte at det i seg selv kan være vanskelig å måle effekt av tiltak rettet mot forebygging.

"Men det som er vanskelig er jo å måle effekten av det, ikke sant, for i forebyggende helse er vanskelig å måle ting bortsett fra uteblitt vaksinasjon, er det ikke det?"

Deltakerne fortalte at implementeringen har et langsiktig mål og at den fremdeles er i startfasen. Det er dermed vanskelig å anslå den framtidige helsegevinsten.

Manglende ressurser går utover kvaliteten på implementeringen

Deltakerne nevnte at implementeringen har blitt bestemt av kommunen og at det er noe som skolehelsetjenesten bare har måtte få til å gjennomføre. De opplevde at det ikke har blitt avsatt nok ressurser til å gjennomføre en slik implementering.

"Da tenker jeg at å kjøre i gang en sånn ny ting i skolehelsetjenesten, og kanskje på store skoler der det er flere klasser, er jo ganske omfattende."

Manglende ressurser har medført utfordringer for helsesykepleierne. De snakket om at de har for mange arbeidsoppgaver fordelt på for liten tid, og at de har utfordringer med å prioritere tiden de har til disposisjon. De fortalte at undervisningsopplegget kommer på toppen av en allerede altfor stor haug med arbeidsoppgaver og at det er vanskelig å skulle prioritere noe bort. De trakk fram at økende krav og mangel på ressurser går utover kvaliteten på arbeidet som videre vil gå utover barna i skolene.

"Hva skal vi prioritere når det er knapt med tid i skolehelsetjenesten?"

Deltakerne fortalte at de følger Nasjonale retningslinjer, men at det har vært en utfordring fordi tiden ikke strekker til. De nevnte også at PF ikke står nevnt som en «bør gjøres-oppgave», men at implementeringen medfører at det må prioriteres likevel. De fortalte at undervisningen går utover tid som kunne vært brukt på andre oppgaver, for eksempel gruppetilbud for barn med skilte foreldre og to bosteder.

"Og at det at vi på en måte gjør det her i Tromsø går på bekostning av andre oppgaver som står i retningslinjene at vi bør prioritere."

Deltakerne snakket om at det har vært opp til dem selv å planlegge, gjennomføre og evaluere undervisningsopplegget. De trakk fram at det fremdeles er et nytt opplegg og at brikkene kommer til å falle mer på plass med tiden. Deltakerne var enige i at de kommer til å

bli tryggere på rollen som underviser etter hvert som de har kjørt gjennom opplegget et par ganger. De var innstilte på at man selv må sette seg inn i nytt stoff, men de fleste var ikke klare for å kjøre opplegget direkte etter opplæringen.

"Det er jo kanskje når man kjører undervisningen selv at man først virkelig lærer noe av det og ser hva som fungerer og ikke fungerer."

Når deltakerne snakket om Tromsø kommunes målsettinger snakket de hovedsakelig om å jobbe forebyggende og helsefremmende med psykisk helse i skolen, og de fortalte at implementeringen støtter dette målet. Utover det var deltakerne usikre på hva kommunens målsettinger er og om de har blitt oppnådd.

"Kommunens målsetting er vel å jobbe helsefremmende og forebyggende."

De mente ikke at implementeringen har ført til et bedre eller tettere samarbeid med skolen. Deltakerne fortalte at PF er med på å sørge for at hjelperne kommer tidlig inn, samt at det er et verktøy barna kan bruke til å hjelpe seg selv.

Helsesykepleiernes profesjonsutøvelse

Når de snakket om egen profesjonsutøvelse var de opptatte av roller, arbeidsoppgaver og samfunnsoppdrag som helsesykepleiere. Deltakerne ønsket å ha fokus på psykisk helse i skolen og å jobbe forebyggende og helsefremmende.

"Nei altså det (PF) passer jo egentlig som hånd i hanske for vi driver jo med helsefremmende og forebyggende arbeid."

De fortalte at implementeringen av PF i skolehelsetjenesten er med på å støtte opp under deres målsetting og passer godt inn i deres profesjonsutøvelse.

Dilemma mellom forebygging, behandling og helsefremmende arbeid. Deltakerne fortalte at det til tider i individuelle samtaler er uklart hvor grensen går for hva som er behandling og hva som er forebyggende og helsefremmende arbeid.

"Det er jo en balansegang. Hvor langt skal man gå i forhold til et forebyggingsperspektiv og behandlingsperspektiv?"

Noen ganger vil timene preges av at man gjør litt begge deler, men de var tydelige på at de ikke er behandlere. Deltakerne fortalte flere ganger at de er opptatte av normalisering framfor patologisering og at de ikke skal drive med behandling slik som andre profesjoner er opptatte av.

"Vi er jo ikke behandlere.. Vi skal jo forebygge."

De trakk også fram at de ikke har kompetanse til å drive med behandling, men at deres arbeidsområde innebærer å forebygge før behandling blir nødvendig, blant annet ved å hjelpe barna å forstå hva som er normale tanker, følelser og reaksjoner.

PF hjelper helsesykepleiere med deres forebyggende arbeid. Deltakerne snakket om at de anser det som viktig å etablere en forståelse hos barna for at alle kan ha dårlige dager, og at alle opplever forskjellige følelser uten at det trenger å medfølge en diagnose.

"Alle har behov for å vite at ikke alt bestandig er like lett og at alle har røde tanker og at man kan jobbe for å endre på det hvis man synes at det blir plagsomt."

Her fokuserte de på hvordan det er normalt å føle seg, framfor å sykeliggjøre følelsesmessige reaksjoner og tanker. Flere av deltakerne påpekte at innenfor retningslinjene til skolehelsetjenesten står det at det skal arbeides forebyggende og helsefremmende på gruppenivå. De mente at klasseromsundervisningen er med på å bidra til det forebyggende

arbeidet ved å sette barna i stand til å reflektere over, bearbeide og mestre vanskelige tanker og følelser.

"Så tror jeg absolutt at det er forebyggende bare å snakke om psykisk helse og hva det kan være, at det er helt normalt og at alle har dårlige dager, og at alle kan være lei seg uten å ha en diagnose."

Deltakerne sammenlignet psykisk helse med fysisk helse og sa at den psykiske helsen er like viktig som den fysiske. PF passer godt inn i helsesykepleiernes profesjonsrolle fordi det handler om bedring og velvære, ikke om psykopatologi.

"Alle har røde tanker og alle synes ting er vanskelig fordi det kanskje er mange som går rundt og tenker at de er de eneste som går rundt og tenker at de har det vanskelig."

Flere deltakere sa at PF i klasseromsundervisning passer bedre inn i et forebyggende perspektiv enn i individuelle samtaler der grensen mellom forebygging og behandling blir uklar. Noen deltakere mente at det å ha undervisning kan bidra til at problemer som måtte oppstå hos barna blir tatt tak i før de utvikler seg til mulig psykopatologi.

"Det er jo klart, du kan forebygge mye med å ha den undervisningen, men du må begynne tidligere."

Når de snakket om sitt samfunnsoppdrag løftet de fram viktigheten av å komme tidlig inn for at det skal være forebygging og ikke ende opp som problemløsning. De la vekt på at den psykiske helsen er noe vi har med oss gjennom hele livet og at arbeid med psykisk helse er en kontinuerlig prosess.

Helsesykepleierne ønsker tydeligere rammebetingelser. Deltakerne snakket om at deres stillingsbeskrivelse innebærer arbeid på dagtid, men å delta på foreldremøter skjer på kveldstid. De problematiserte at dersom det skulle skje noe på møtet vil det ikke dekkes på lik linje som det som er innenfor deres stillingsbeskrivelse med tanke på forsikring, lønn, bruk av deres fritid og lignende.

"Også har det vært litt sånne diskusjoner om det her med å delta på foreldremøter, for det har litt å gjøre med vår arbeidstid og hva vi egentlig blir pålagt og hva vi får betaling for."

De etterspurte tydeligere rammer for hva de kan forventes og pålegges å gjøre i forbindelse med for eksempel slike foreldremøter.

Ønsker mer faglig fellesskap. Deltakerne fremmet et ønske om muligheter for mer samarbeid og faglig diskusjon. De trakk fram at det er viktig med flere muligheter til å diskutere erfaringer med sine kollegaer, spesielt med tanke på implementeringen av PF.

"Jeg synes jo kanskje det har vært litt for lite rom for at vi som på en måte har satt i gang med det her, vi som er ute i skolene, det har vært veldig lite rom for at vi kunne møtes og diskutert erfaringer."

De fortalte at det hadde vært nyttig å planlegge opplegget sammen i startfasen, diskutert gjennomførelsen underveis og evaluert sammen i etterkant. De trakk også fram at det hadde vært fint å kunne støtte seg på hverandre i sin nye rolle som klasseromsunderviser.

"Det har ikke vært lagt til rette for det (å møtes) før vi ba om det selv. Så nå har vi samlet oss mer og begynt å prate om det, men det har det vært lite av."

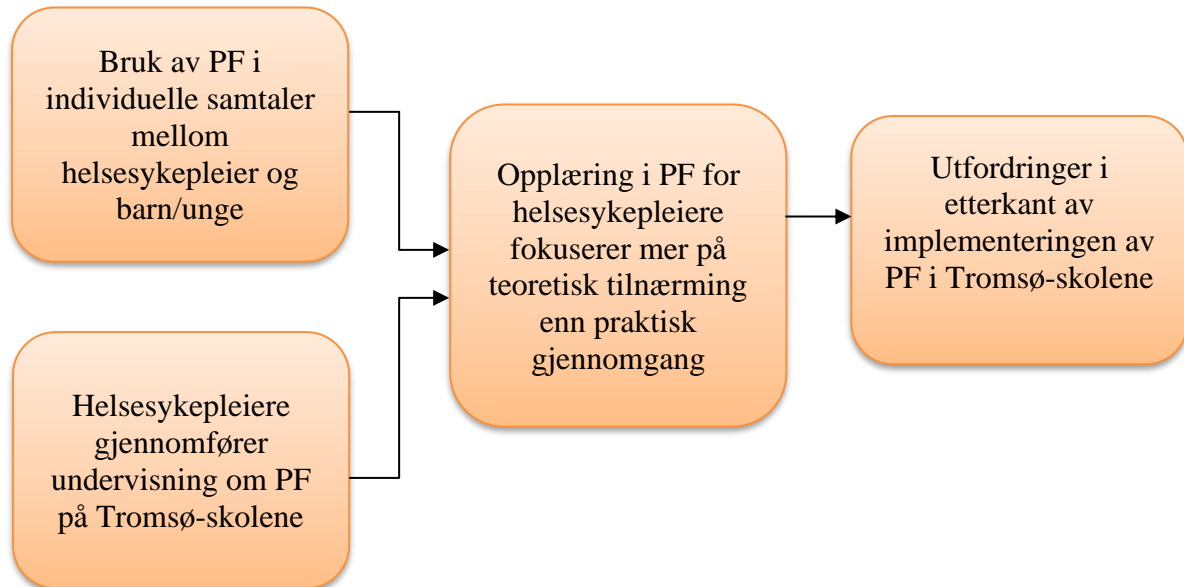
I starten av implementeringen ble det kun gjort individuelle evalueringer på hver skole. Én deltaker fortalte at hun og kollegaen hennes som hadde undervisningen sammen evaluerte seg imellom når de var ferdige, men at det ikke var noen formell evaluering. Flere av deltakerne etterspurte en arena for å møtes og diskutere faglige temaer i større grad enn i dag for å bygge videre på hverandres erfaringer og for å styrke kollegiale relasjoner.

Diskusjon

Formålet med studien var å utforske helsesykepleiernes erfaringer med implementeringen av PF i skolehelsetjenesten i Tromsø kommune. Vi ønsket også å undersøke deres erfaringer med bruk av PF i individuelle samtaler, deres erfaringer med opplæringen i PF for bruk i klasseromsundervisning, og hvordan de har erfart bruk av PF i en ny kontekst som et universelt forebyggende tiltak i form av undervisningsopplegg i skolen.

Funnene våre viser at deltakerne i studien i stor grad er fornøyde med PF som forebyggende og helsefremmende verktøy, og at de er positive til å ta et verktøy som de tidligere har brukt i individuelle samtaler ut i klasseromsundervisning. PF i skoleundervisningen passer godt inn i deres profesjonsoppgave og hjelper helsesykepleiere med å jobbe helsefremmende og forebyggende. Figur 1 viser en kort oppsummering av implementeringsprosessen der helsesykepleierne tidligere har anvendt PF i individuelle samtaler samtidig som de utarbeidet undervisningsopplegget om PF. Deltakerne har blandede erfaringer med implementeringen, og figuren viser videre at opplæringskurset om PF og implementeringen av undervisningsopplegget i skolene har medført noen utfordringer. Opplæringskurset var for teoretisk preget og hadde for lite fokus på selve gjennomføringen av undervisningen. Deltakerne opplever ikke at implementeringen har medført et bedre samarbeid med skolen, og de ønsker et tettere samarbeid for å sikre en god videreføring av PF. Ikke tilstrekkelig avsatte ressurser påvirker kvaliteten på implementeringen, og

helsesykepleiernes arbeidshverdag preges av mye å gjøre, liten tid å gjøre det på, og tidvis uklare rammer å forholde seg til.



Figur 1. Kort oppsummering av implementeringsprosessen av PF i skolehelsetjenesten i Tromsø kommune.

Opplæringen i Psykologisk Førstehjelp var for teoretisk rettet

Opplæringskurset helsesykepleierne fikk i forkant av implementeringen var ikke tilstrekkelig rettet mot den pedagogiske gjennomføringen av undervisningen, noe som førte til at helsesykepleierne var trygge på metoden, men ikke på sin nye pedagogiske rolle. Haugland, Mauseth og Raknes (2013) har utarbeidet en rapport om implementering og evaluering av PF i førstelinjetjenesten og skolehelsetjenesten. I denne beskriver de den standardiserte opplæringen i PF som gis til hjelpere i førstelinjen. Der skriver de at det er lagt vekt på ferdighetsbasert opplæring hvor undervisning i teori ble kombinert med trening i bruk av grunnprinsippene i PF. Ulike undervisningsformer ble tatt i bruk, slik som forelesning med powerpoint-presentasjon, demonstrasjon med rollespill, samt egenaktivitet fra deltakerne i rollespill, diskusjonsgrupper og skriftlige oppgaver. Hvorvidt denne opplæringen samsvarer

med den helsesykepleierne i Tromsø kommune fikk, og i hvor stor grad denne opplæringen fokuserer på rollen som pedagog er for oss ukjent da vi ikke har hatt tilgang til opplæringskurssets innhold.

En konsekvens av at opplæringen ikke fokuserte nok på gjennomføringen av PF som klasseromsundervisning, synes å være at helsesykepleierne gjennomfører undervisningen noe ulikt på de forskjellige skolene. Det vil derfor kunne være vanskelig å måle effekten av tiltakets hensikt. I sin oppsummering av kvalitetssikring av implementering understreker Larsen (2017) viktigheten av programlojalitet for å sikre god implementering av forebyggende tiltak i sin oppsummering om kvalitetssikring av implementering. Larsen argumenterer for at effekten av forebyggende tiltak reduseres hvis det ikke utøves i samsvar med mål og innhold, noe som kan være tilfellet i aktuelle implementering.

Helsesykepleierne har fått retningslinjer fra prosjektgruppen og har fått anbefalt materiell de skal bruke i undervisningen på skolene. De opplevde på den andre siden at noe av undervisningsmaterialet de fikk utlevert var uferdig, noe som medførte at helsesykepleierne brukte mye tid og ressurser på å ferdigstille det før undervisningen. Dette har også medført at helsesykepleierne gjennomfører opplegget noe forskjellig fra skole til skole, selv om opplegget er ment å gjennomføres likt. Rasmussen og Neumer (2020) understreker i sin kunnskapsoppsummering om PF at implementeringskvaliteten for tiltaket ikke er godt nok ivaretatt. Det var ikke avklart godt nok på forhånd hvordan samarbeidet med skolene skulle foregå og hvem som skulle gjøre hva. Når undervisningen og tiltakene ikke gjennomføres på en standardisert måte vil det være vanskelig å konkludere effekt av tiltaket.

Fremtidig opplæring av nye helsesykepleiere i skolehelsetjenesten som skal undervise i PF bør fokusere mer på det pedagogiske aspektet ved hvordan man skal gjennomføre undervisningen. Helsesykepleierne bør få en klarere innføring i hva som er målet med å

undervise i klasserommet for å øke deres motivasjon. Vi anser det også som nyttig å kunne tilby en form for oppfølging i etterkant av opplæringskurset, dette for å sikre at helsesykepleierne har kommet godt inn i opplegget og at de forstår hva som skal gjøres og på hvilken måte. Dette vil også kunne åpne opp for å stille spørsmål eller komme med tilbakemeldinger underveis.

PF som undervisningsopplegg

Ifølge Rasmussen og Neumer (2020) er teorien bak PF godt forankret i etablert og anerkjent teori, samt at metodene som benyttes er tydelig i samsvar med de tiltenkte virkningsmekanismene. Meta-analyser av forebyggende og helsefremmende tiltak viser at tiltak forankret i den kognitive modellen har vist seg å ha effekt på psykiske vansker (Boustani et al. 2020, Fenwick-Smith, Dahlberg og Thompson, 2018). Deltakerne var positive til PF som forebyggende verktøy, men de problematiserte å skulle bruke ressurser på en implementering av et undervisningsopplegg med så lite evidensgrunnlag. Deltakerne etterspurte effektstudier av tiltaket for å se den helhetlige effekten av implementeringen. Rasmussen og Neumer (2020) klassifiserer PF på evidensnivå 2 som vil si at tiltaket er teoretisk begrunnet, men det må foreligge flere effektstudier av god metodisk kvalitet for å kunne klassifisere tiltaket som virksomt. Det er per i dag vanskelig å anslå effekten av PF som forebyggende tiltak, og vi anbefaler derfor å prioritere effektstudier av PF som undervisningsopplegg i fremtiden for å sikre at man investerer i og anvender et tiltak som faktisk fungerer.

Helsesykepleierne etterspør tettere samarbeid med skolen

Larsen (2017) skriver at i den forberedende fasen er ledelsens viktigste rolle å tilrettelegge for en analyse av hvordan et tiltak eller et program kan bidra til å møte skolens behov, motivere lærerne for å delta i arbeidet og sørge for at satsningen på forebygging

forankres i skolens planer og målsettinger. Etter pilotprosjektet ble det ikke utarbeidet noen klare samarbeidsrutiner eller retningslinjer med skolen, i tillegg til at det ble beskrevet som vanskelig å komme i posisjon til å etablere en fast kontaktperson blant de skolefaglige rådgiverne og skriftlige rutiner for samarbeid med skolen (Martinsen, Eines & Barrett, 2017). Utfordringene som prosjektgruppen beskriver etter pilotprosjektet er i samsvar med hva deltakerne i studien også har erfart under implementeringen og de understreker at de savner klare samarbeidsrutiner med skolen. Prosessen virker for oss å bære preg av manglende planlegging og hastverk fra vedtaket ble fattet til undervisningsopplegget ble rullet ut i alle skolene. Vi anbefaler å fastsette jevne evalueringsmøter med skoleledelsen og forebyggende helsetjenester og å utarbeide skriftlige samarbeidsrutiner som både helsesykepleierne og skolen kan forholde seg til.

Deltakerne mener at det å involvere lærerne vil sikre en bedre videreføring av prinsippene i PF. De trekker fram at lærerne kjenner elevene best og at de lettere kan oppdage reaksjoner, være tilgjengelig som en trygg voksen og viktig for videre oppfølging. Dette er noe Fenwick-Smith, Dahlberg og Thompson (2018) trekker fram i sin meta-analyse som en viktig forutsetning for implementering av forebyggende og helsefremmende tiltak. De argumenterer for at det å involvere lærerne i implementeringen sikrer bedre tilpasning av tiltaket og dermed bedre videreføring. I tillegg argumenterer de for at lærerne er en viktig ressurs i utviklingen av barns resiliens fordi lærerne kjenner barna best og potensielt kan ha god oversikt over barnas liv.

En viktig forutsetning for at PF skal fungere forebyggende er at elevene lærer å bruke prinsippene selv, men også at de har trygge hjelpere som kjenner og kan anvende prinsippene sammen med dem ved behov. Videre er det viktig å være klar over mulige konsekvenser av at elevene lærer å bruke PF, men det ikke følges opp av noen hjelpere rundt dem. Mulige konsekvenser kan være at barn eller unge forsøker å oppsøke hjelp, ikke blir møtt på det, for

så å ikke orke å oppsøke hjelp ved en senere anledning. Det kan også være at problemet ikke lenger kan forebygges fordi det har gått for langt og nå må behandles. Manglende oppfølging kan dermed redusere hjelpesøkende atferd og mottatt hjelp. God oppfølging kan på sin side resultere i økt hjelpesøkende atferd og at flere mottar nødvendig hjelp. Det er viktig at slike tiltak faktisk blir brukt og at målgruppen får den hjelpen de ber om.

Manglende ressurser går utover kvaliteten på implementeringen

Vi vurderer det slik at implementeringen til dels har fungert slik som kommunen ønsket, men at det fremdeles er en vei å gå før alle kommunens mål er oppnådd. Implementeringen er med på å sikre helsefremmende og forebyggende arbeid med psykisk helse i skolen, og hjelper også helsesykepleierne å komme tidlig inn og å gi barna et redskap til å hjelpe seg selv. På den andre siden stiller vi spørsmål ved hvor systematisk dette arbeidet med psykisk helse i skolen er. Selv om deltakerne forteller om et årshjul med psykisk helse på agendaen og om positive erfaringer med undervisningen, tyder det også på at tiltakene er noe som kommer og går uten kontinuerlig fokus. Deltakerne mener dessuten at implementeringen ikke har ført til et bedre samarbeid med skolen angående psykisk helse, og at dette samarbeidet må bli tettere og tydeligere for at implementeringen skal få optimal nytteverdi.

Når det gjelder å arbeide på systemnivå med skoleeier for å kunne implementere PF som et varig tilbud i skolehelsetjenesten, både i barne- og ungdomsskolen, er deltakerne usikre på hva målet egentlig innebærer og om det er oppnådd. Dette er en svakhet med implementeringen. Larsen (2017) understreker viktigheten av å involvere alle partene i et forebyggende tiltak. Slik deltakerne beskriver det nå faller mye av arbeidet på dem samtidig som de føler at tiden ikke strekker til. Mangel på avsatte ressurser gjør at de til stadighet må prioritere mellom flere viktige arbeidsoppgaver og det går utover kvaliteten på implementeringen. I hvilken grad det innvilges tilstrekkelige ressurser til dette formålet blir et

annet spørsmål, men vi foreslår å etablere faste samarbeidsrutiner med skolen for å fordele arbeidsmengden bedre og lette presset på helsesykepleierne. Vi tenker også at å integrere PF som en del av skolens og skolehelsetjenestens felles mål og planer vil kunne øke motivasjonen til å følge dette opp, som igjen vil gjøre at kvaliteten på implementeringen løftes ytterligere.

Helsesykepleierne opplever undervisningen om PF som nyttig

Deltakerne omtaler implementeringen som ressurskrevende. De omtaler PF i individuelle samtaler som mer etablert, nyttig og lett å ha med å gjøre. Undervisningen gir noe ved at den når ut til mange, men den tar av tiden som kunne vært brukt på andre oppgaver. Deltakernes forskjellige innstillinger til PF som undervisning sammenlignet med PF som hjelpemiddel i individuelle samtaler henger trolig sammen med at implementeringen fremdeles er såpass ny. De sier selv at dette vil gå seg til etterhvert. Deltakerne er positive til PF som klasseromsundervisning og det passer godt inn i deres profesjonsrolle, men det har vært utfordrende på grunn av mangel på tid, ressurser og klare retningslinjer. Vi stiller spørsmål ved hvor godt kvaliteten på undervisningsopplegget sikres dersom det legges på toppen av en allerede stor arbeidsmengde der helsesykepleierne dras mellom flere oppgaver.

Selv om deltakerne omtaler selve implementeringen som ressurskrevende viser undervisningen seg å kunne ha en ressurs sparende nytte på sikt. Undervisningen når ut til flere samtidig og gjør at flere får kjennskap til blant annet hva PF er. Undervisningen er derfor med på å danne et grunnlag som sparer tid i individuelle samtaler når barn og unge oppsøker helsesykepleierne senere. Felles språk gir et godt grunnlag for å danne en relasjon og å gripe an problemet direkte, i stedet for å bruke mye tid på å først etablere kunnskap om psykisk helse, sammenhengen mellom tanker og følelser, og PF som hjelpemiddel. Implementeringen er derfor nyttig ved at den hjelper helsesykepleierne i sin profesjonsrolle

og med sitt forebyggende arbeid. Nytteverdien vil også kunne forsterkes ytterligere dersom det legges til rette for bedre samarbeidsrutiner mellom helsetjenesten og skolen, samt sikker oppfølging av barna og involvering av foreldre og foresatte for å sikre videreføring.

Helsesykepleiernes profesjonsutøvelse

Flere deltakere mener at PF i klasseromsundervisning passer bedre inn i et forebyggende perspektiv enn i individuelle samtaler der grensen mellom forebygging og behandling ofte er uklar. Deltakerne trekker likevel flere ganger fram at de ikke er pedagoger og at det å undervise er en ny oppgave i en ny setting innenfor deres profesjonsutøvelse. Dette er i og for seg litt paradoksalt da helsesykepleierne ikke har noen formell pedagogisk utdanning, samtidig som PF er et pedagogisk-psykologisk verktøy. Helsesykepleiernes profesjonsoppgave innebærer dessuten å arbeide forebyggende og helsefremmende som er mer forenlig med undervisning i et klasserom der man når ut til flere samtidig.

Vi stiller spørsmål ved om det er riktig at det er helsesykepleierne som skal gjennomføre undervisningen, og om de skal ha ansvar for å gjennomføre undervisningen alene. Helsesykepleierne blir pålagt flere og flere arbeidsoppgaver og sliter allerede med å få timene til å strekke til. Noen av deltakerne foreslår selv at det kunne vært nyttig å ha med en sosiallærer i undervisningen. Ved å involvere (sosial)lærere vil det pedagogiske aspektet i PF ivaretas bedre, samt at det vil være en trygghet for helsesykepleierne med hensyn til deres usikkerhet i rollen som underviser. Ved at helsesykepleier og lærer samarbeider om undervisningen vil begge kunne bidra med sin kompetanse innenfor sine profesjoner for å sikre at undervisningen blir best mulig med tanke på både det pedagogiske aspektet og psykisk helse.

Metodologiske betraktninger med studien

Vi endte opp med totalt 9 ferdig transkriberte intervjuer av totalt 11 rekrutterte deltakere. Ledelsen var positiv til prosjektet, men det har vært vanskelig å rekruttere flere deltakere. Dette var også en utfordring i den tidligere evalueringen gjort av de som var med på pilotprosjektet. Dersom vi hadde fått flere deltakere kunne vi fått kjennskap til enda flere erfaringer med implementeringen. Det ville også kunne gitt et annet inntrykk av om helsesykepleierne er enige eller om det foreligger noen uenigheter når det gjelder forskningsspørsmålene. Utvalgsstørrelsen kan ha vært med på å påvirke funnene i studien, men deltakerne var på den andre siden reflekterte med god formidlingsevne, og vi fikk et rikt og nyansert datasett. Vi føler oss derfor sikre på at erfaringene innhentet i denne studien representerer erfaringer med implementeringen som er overførbare til helsesykepleiere som ikke har deltatt i studien.

Deltakerne i studien jobber alle som helsesykepleiere i Tromsø kommune. Dersom vi hadde rekruttert fra andre yrkesgrupper involvert i implementeringen kan det hende at funnene ville sett annerledes ut, da spesielt med tanke på evalueringen av samarbeidet mellom skolene og helsetjenesten. Vi bestemte oss imidlertid sammen med veilederne om å fokusere på helsesykepleiernes erfaringer for å begrense prosjektets størrelse. Vi anbefaler å gjøre en fremtidig evaluering av implementeringen med fokus på andre yrkesgrupper i tillegg til brukertilfredshet hos elever og foreldre i fremtiden. Det ville også vært interessant å undersøke om funnene ville blitt annerledes dersom vi hadde utvidet utvalget til å gjelde for flere steder i Norge, ikke bare Tromsø kommune. Det vil i så fall kreve justeringer av studiens formål og kan være en mulig forlengelse av vår studie.

En mulig svakhet med studien er gjennomførelsen av intervjuene. Vi har lite erfaring med intervjueteknikk, noe som kan ha påvirket om vi fikk ut maksimalt med data av

spørsmålene som ble stilt. Vi har under transkriberingen i ettertid sett at vi ved flere tilfeller kunne stilt oppfølgende eller oppklarende spørsmål for å få mer ut av intervjuene, noe vi ikke så der og da. Det at intervjuene ble gjennomført på telefon gjorde at lydopptakene var av betydelig dårligere kvalitet enn hvis de hadde blitt gjennomført i samme rom som deltakeren. Det var til tider mye skurring, dårlig lyd og vanskelig å høre hva som ble sagt.

Alternative tolkninger av datasettet er også mulig. Malterud (2009) argumenterer i sin artikkel for at analyse av kvalitative data innebærer at det kan finnes flere gyldige alternative tolkninger samtidig. Vi har analysert alle våre funn i datamaterialet med tett oppfølging fra veileder inntil vi ble enige om tolkningen, og vi er derfor sikre på at funnene gjenspeiler deltakernes erfaringer på en god måte.

Funnene fra vår studie er overførbare til flere ledd. Deltakernes erfaringer med implementeringen i Tromsø kommune vil være interessante for alle som jobber med PF i skolen på landsbasis. Samtidig vil det være interessant for alle som ønsker å implementere forebyggende tiltak i skoleundervisning. Det vil også kunne være relevant for helsesykepleieres etterutdanning. Implementeringen retter lys på helsearbeideres generelle mangel på pedagogisk kompetanse. Vi reiser spørsmål ved hvorvidt denne kompetansen skal styrkes eller om arbeidsoppgaver og rolleavklaring skal vurderes annerledes mellom ulike yrkesgrupper.

Konklusjon og implikasjoner for videre implementering

Deltakerne har fortalt om sine erfaringer og tanker om implementeringen av PF i Tromsø-skolene, og hvordan de har erfart å ta et kjent verktøy fra individuelle samtaler inn i en ny kontekst som undervisning. Vi har fått et godt innblikk i hvordan implementeringsprosessen har fungert og hvilke endringer som skal til for at den videre

implementeringen kan forbedres og sikre bedre måloppnåelse. Mulige implikasjoner av studien presenteres her:

- Deltakerne i studien etterspør et tettere samarbeid med skolen og klarere retningslinjer for å sikre god planlegging, gjennomføring og evaluering av undervisningen.
- Deltakerne i studien ønsker tydeligere rammebetingelser for arbeidstid og hvilke arbeidsoppgaver de kan pålegges. Flere ressurser og tettere tverrfaglig samarbeid må til for at et godt tiltak skal bli enda bedre.
- Fremtidig opplæring av nye helsesykepleiere i skolehelsetjenesten som skal undervise i PF bør fokusere mer på hvordan man skal gjennomføre undervisningen, samt få en klarere innføring i hva som er målet med å undervise i klasserommet.
- Skolehelsetjenesten bør tilrettelegge for jevnlig møter mellom helsesykepleiere som jobber med PF som klasseromsundervisning i skolen for å sikre muligheter for faglig diskusjon og kvalitetssikring av undervisningen.

Referanser

- Andersen, A. J. W. (2018, 9. oktober). Psykisk helse. Hentet fra https://sml.sn.no/psykisk_helse
- Bennett-Lewy, J., Richards, D. A., Ferrand, P., Christensen, H., Griffiths, K. M., Kavanagh, D. J., Klein, B., Lau, M. A., Proudfoot, J., Ritterband, L., White, J. & Williams, C. (2010). *Oxford Guide to Low Intensity CBT Interventions*. Oxford: Oxford University Press.
- Boustani, M. M., Frazier, S. L., Chu, W., Lesperance, N., Becker, K. D., Helseth, S. A., Hedemann, E. R., Ogle, R. R., & Chorpita, B. F. (2020). Common elements of childhood universal mental health programming. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 47, 475-486. doi: <https://doi.org/10.1007/s10488-020-01023-4>
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. doi: <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Braut, G. S. (2018, 30. august). Helsefremmende arbeid. Hentet fra https://sml.sn.no/helsefremmende_arbeid
- Creswell, J. W. (2013). *Qualitative Inquiry & Research Design Choosing Among 5 Approaches* (3. utg.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Cuijpers, P., Van Straten, A., Smit, F., Mihalopoulos, C., & Beekman, A. (2008). Preventing the onset of depressive disorders: a meta-analytic review of psychological interventions. *American Journal of Psychiatry*, 165, 1272-1280. doi: <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2008.07091422>

- Dalgard, O. S., Mathisen, K S., Nord, E., Ose, S., Rognerud, M., & Aarø, L. E. (2011). *Bedre føre var.. Psykisk helse: Helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger* (Rapport nr. 1). Oslo: Nasjonalt Folkehelseinstitutt.
- Domitrovich, C. E., Bradshaw, C. P., Poduska, J. M., Hoagwood, K., Buckley, J. A., Olin S., Romanelli L. H., Leaf P. J., Greenberg M. T., & Ialongo, N. S. (2008). Maximizing the implementation quality of evidence-based preventive interventions in schools: A conceptual framework. *Advances in School Mental Health Promotion, 1*(3), 6-28.
- Esch, P., Bocquet, V., Pull, C., Couffignal, S., Lehnert, T., Graas, M., Fond-Harmant, L., & Anseau, M. (2014). The downward spiral of mental disorders and educational attainment: a systematic review on early school leaving. *BMC Psychiatry, 14*(237). doi: 10.1186/s12888-014-0237-4
- Essau, C. A., Lewinsohn, P. M., Olaya, B., & Seeley, J. R. (2014). Anxiety disorders in adolescents and psychosocial outcomes at age 30. *Journal of Affective Disorders, 163*, 125-132. doi: 10.1016/j.jad.2013.12.033
- Fenwick-Smith, A., Dahlberg, E. E., & Thompson, S. C. (2018). Systematic review of resilience-enhancing, universal, primary school-based mental health promotion programs. *BMC Psychology, 6*(30). doi: <https://doi.org/10.1186/s40359-018-0242-3>
- Haugland, B. S. M., Mauseth, T., & Raknes, S. (2013). *Psykologisk førstehjelp i førstelinjetjenesten. Implementering og evaluering*. Oslo/Bergen: RBUP Øst og Sør og RKBU Vest.
- Haugland, B. S., Raknes, S., Haaland, A. T., Wergeland, G. J., Bjaastad, J. F., Baste, V., Himle, J., Rapee, R., & Hoffart, A. (2017). School-based cognitive behavioral

interventions for anxious youth: study protocol for a randomized controlled trial.

Trials, 18(100). doi: 10.1186/s13063-017-1831-9

Helsedirektoratet. (2019, 11. november). Nasjonal faglig retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten/fellesdel-samhandling-og-samarbeid?malgruppe=undefined#folkehelsearbeid-helsestasjon-skolehelsetjenesten-og-helsestasjon-for-ungdom-skal-samarbeide-med-ansvarlig-for-kommunens-folkehelsearbeid>

Folkehelseinstituttet. (2018). Barn og unges psykiske helse: Forebyggende og helsefremmende folkehelseiltak. En kunnskapsoversikt. Hentet fra <https://www.fhi.no/publ/2018/barn-og-unges-psykiske-helse-forebyggende-og-helsefremmende-folkehelseilta/>

Forebyggende helsetjenester Tromsø kommune. (2018). Plan for skolehelsetjenesten 2018-2022. Hentet fra <https://img8.custompublish.com/getfile.php/4222223.1308.uzlp7bwqkaib7/Plan+for+skolehelsetjenesten+2018-2022.pdf?return=www.tromso.kommune.no>

Jane-Llopis, E., Hosman, C., Jenkins, R., & Anderson, P. (2003). Predictors of efficacy in depression prevention programmes. *British Journal of Psychiatry*, 183(5), 384-397. doi: <https://doi.org/10.1192/bjp.183.5.384>

Larsen, T. (2017). Viktige forutsetninger for programmer og tiltak i skolen. Hentet fra <http://www.forebygging.no/Global/Implementering.T.Larsen,endelig.pdf>

Malterud, K. (2002). Kvalitative metoder i medisinsk forskning - forutsetninger, muligheter og begrensninger. *Tidsskrift for Den norske legeförening*, 25, 2468-2472. Hentet fra:

<https://tidsskriftet.no/2002/10/tema-forskningsmetoder/kvalitative-metoder-i-medisinsk-forskning-forutsetninger-muligheter>

Martinsen, M. J., Eines, A. K., Barrett, E. O. (2017). *Rapport av prosjektet psykologisk førstehjelp* (Rapport nr. 1). Tromsø: Forebyggende helsetjenester Tromsø Kommune.

Mykletun, A., Knudsen, A., K., & Mathiesen, K., S. (2009). *Psykiske lidelser i Norge: et folkehelseperspektiv*. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.

Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid. (2018). Helsefremming og forebygging.

Hentet fra <https://www.napha.no/content/20522/Helsefremming-og-forebygging?fbclid=IwAR12DptzhZ79zjnOz4VwBfYYAyqzevwtR7epG1-A30msr48XAcuQMwCtQRk>

Opplæringslova. (1998). Lov om grunnskolen og den videregående opplæringa. (LOV-1998-

07-17-61) Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1998-07-17-61?q=grunnskole>

Persvold, A. Z. (2020, 26. februar). Implementere. Hentet fra <https://snl.no/implementere>

QSR International. (2020). Hentet fra <https://www.qsrinternational.com/>

Raknes, S. (2013). *Psykologisk førstehjelp: veileder til bruk i førstelinjen* (1. Utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Rasmussen, L.-M. P. & Neumer, S.-P. (2020). Kunnskapsoppsummering og klassifisering av tiltaket Psykologisk førstehjelp (2.utg.). *Ungsinn 1:1* Hentet fra

https://ungsinn.no/post/tiltak_arkiv/psykologisk-forstehjelp-2-utg/

Rutter, M. (2012). Resilience: Causal pathways and social ecology. I M. Ungar (red.), *The social ecology of resilience: A handbook of theory and practice*. New York, NY: Springer.

Veldman, K., Bültmann, U., Almansa, J., Reijneveld, S. A. (2015). Childhood Adversities and Educational Attainment in Young Adulthood: The Role of Mental Health Problems in Adolescence. *Journal of Adolescent Health*, 57(5), 462-467. doi: 0.1016/j.jadohealth.2015.08.004

NSD NORSK SENTER FOR FORSKNINGSDATA

NSD sin vurdering

Prosjektittel

Psykologisk førstehjelp: en kvalitativ studie av implementering av forebyggende verktøy i skolehelsetjenesten i Tromsø Kommune

Referansenummer

154183

Registrert

21.08.2019 av Maiken Nicolaisen - mni094@post.uit.no

Behandlingsansvarlig institusjon

UIT – Norges Arktiske Universitet / Det helsevitenskapelige fakultet / Institutt for psykologi

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Geir Lorem, geir.lorem@uit.no, tlf: 97773453

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Maiken Nicolaisen, mni094@uit.no, tlf: 91843933

Prosjektperiode

19.09.2019 - 31.07.2020

Status

23.08.2019 - Vurdert

Vurdering (1)

23.08.2019 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg 23.08.2019. Behandlingen kan starte.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

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

<https://meldeskjema.nsd.no/vurdering/5d5ad5e7-a96e-4728-a6c1-b8bce2f57651>

1/2

7.4.2020 Meldeskjema for behandling av personopplysninger

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

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 31.07.2020.

LOVLIG GRUNNLAG

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

PERSONVERNPRINSIPPER

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

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

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 om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

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

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

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

Dersom du benytter en databehandler i prosjektet må behandlingen oppfylle kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29.

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

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

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

Lykke til med prosjektet!

Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

Vil du delta i forskningsprosjektet ” Psykologisk Førstehjelpsskrin. En kvalitativ studie av implementeringen av forebyggende verktøy i skolehelsetjenesten i Tromsø Kommune.”?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke om implementeringen av Psykologisk Førstehjelpsskrin (PF) har fungert i henhold til Tromsø kommunes målsettinger. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

1 Formål

Formålet med studiet er å undersøke implementeringen av forebyggende verktøy, i dette tilfellet PF, i skolehelsetjenesten i Tromsø kommune. I tillegg vil prosjektet være en del av kommunens vedtak om evaluering av implementeringen. Gjennom intervju ønsker vi å få ditt syn på helsefremmende arbeid og dine forventinger til et redskap som PF, samt å undersøke din erfaring med opplæringen på forhånd og implementeringen i skolehelsetjenesten i Tromsø. Dette innebærer hvordan du har opplevd opplæring i PF, bruken av PF i undervisning og bruken av PF i enkelttimer med barn og ungdom i skolene. Prosjektet er også en hovedoppgave ved profesjonsstudiet i psykologi.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Institutt for Psykologi ved UiT Norges Arktiske Universitet er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du har blitt forespurt om å delta i studien på bakgrunn av din deltakelse i implementeringen av PF gjennom opplæring i bruk av PF i skolehelsetjenesten, samt hatt ansvar for undervisning i PF på barne- og ungdomsskoler i Tromsø kommune.

Avdelingslederne ved de ulike helsestasjonene har fått informasjon om studien tilsendt til seg. Ved å sende ut informasjon om studien til avdelingslederne på de ulike helsestasjonene, har du meldt din interesse om å delta i studien.

Hva innebærer det for deg å delta?

Datainnsamlingen i studiet vil gjøres via intervju per telefon. Intervjuene kommer til å utføres i arbeidstiden og vil vare cirka en time. Vi kommer til å sende ut en intervjuguide i forkant med spørsmål vi har tenkt til å gå gjennom slik at du kan forberede deg litt, men det er ikke nødvendig å forberede seg utover det. Intervjuet vil bli tatt opp med lydopptaker over høyttaler på telefon, og opptakene vil lagres fram til prosjektet er ferdigstilt. Opptakene vil også transkriberes til tekst og oppbevares elektronisk.

Det er frivillig å delta

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

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

- De som har tilgang til opplysningene om deg er prosjektgruppen som består av studentene Maiken Nicolaisen og Andrea Wedege Stavnem, samt veilederne professor Geir Lorem og professor Catharina E. A. Wang
- De opplysningene vi samler inn om deg som vil publiseres i hovedoppgaven omhandler ditt yrke og dine erfaringer med PF og implementeringen av den. Vi vil ikke registrere opplysninger som arbeidsplass eller andre opplysninger som kan spores tilbake til deg.
- Navnet og kontaktopplysningene dine vil vi erstatte med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn eller andre direkte gjenkjennende opplysninger. En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste. Det er kun studentene og veiledere som har tilgang til denne listen. Dermed vil du holdes anonym i oppgaven.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet skal etter planen avsluttes 31. juli 2020. Etter prosjektets slutt vil lydopptakene og dine personopplysninger slettes.

Dine rettigheter

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

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

Hva gir oss rett til å behandle opplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Institutt for Psykologi ved UiT 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:

- Institutt for Psykologi ved professor Geir Lorem, mail: geir.lorem@uit.no.
- Studentene Maiken Nicolaisen, mail: mni094@uit.no, tlf: 91843933 eller Andrea Wedege Stavnem, mail: ast113@uit.no, tlf: 99581951.
- Vårt personvernombud: Joakim Bakkevold, mail: personvernombud@uit.no, tlf: 776 46 322 eller 976 915 78
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost (personverntjenester@nsd.no) eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Prosjektansvarlig
Student
(Forsker/veileder)

Student

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Psykologisk Førstehjelpsskrin. En kvalitativ studie av implementeringen av forebyggende verktøy i skolehelsetjenesten i Tromsø Kommune», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca. 31. juli 2020.

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Appendix C

Intervjuguide:

Intervjuguide – telefonintervju ca. 60 min.		
Intervjuguide	Spørsmål	Probe
Åpning	<p>Takk fordi du ønsker å delta i studien!</p> <p>Kort forklare hensikt med intervjuet.</p> <p>Informere om lydopptaker og transkribering.</p>	<p>Hensikten med intervjuet er å evaluere om PF har vært et nyttig verktøy i skolehelsetjenesten og om implementeringen har fungert slik at Tromsø kommunes målsettinger har blitt oppnådd.</p> <p>Vi er interessert i å vite hvilke erfaringer du har hatt med opplæringen av PF, hvilke erfaringer du har hatt med å bruke PF i undervisningen, og hvilke erfaringer du har/observasjoner du har gjort med tanke på mental helse blant barn og unge etter implementeringen av PF.</p>
Introduksjon/hovedtema:	<p>På hvilken måte passer et verktøy som PF inn i din profesjonsrolle som helsespl?</p>	<p>Fortell litt om samarbeidet mellom helsetjenesten og skolen. Hva er tilbakemeldingene du får fra skolen? Kan du gi noen eksempler?</p> <p>Senker/påvirker PF terskelen for å snakke om psykiske vansker for barn? Gir PF barn og unge et verktøy til å hjelpe seg selv? Fortell litt om det.</p> <p>Er du kjent med kommunens målsetting med implementeringen av PF i skolehelsetjenesten?</p> <p>Påvirker PF helsefremmende og forebyggende arbeid?</p>

<p>Hovedtema:</p>	<p>Hva tenker du om opplæringen du fikk i forkant av undervisningen.</p>	<p>Hvordan var innføringen før undervisningen? Var du forberedt etter innføringen/før undervisningen? Følte du deg trygg på metoden?</p> <p>Hvilket læringsutbytte hadde du av innføringen i PF?</p> <p>Passer implementeringen av PF i skolehelsetjenesten inn i din profesjonsoppgave som helsesykepleier?</p> <p>Hva tenker du at de som har investert i implementeringen trenger å vite om prosessen? Har du noen eksempler på noe som kunne vært gjort annerledes?</p>
-------------------	--	---

Appendix D

Hjelpehånden fra Psykologisk Førstehjelpsskrin.

Brukt med tillatelse fra opphavseier Solfrid Raknes.

