



Høgskulen på Vestlandet

Masteroppgave i klinisk helse- og omsorgsvitenskap

HELS-OPPG

Predefinert informasjon

Startdato:	08-11-2018 12:00	Termin:	2018 HØST2
Sluttdato:	15-11-2018 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Masteroppgave	Studiepoeng:	45
SIS-kode:	203 HELS-OPPG 1 O-1 2018 HØST2		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.: 502

Informasjon fra deltaker

Tittel *: Psykologisk førstehjelp-kva betydning kan det ha for elevlar at helsesøster bruker det? Ei kvalitativ studie basert på helsesøstrer sine erfaringar på barneskular.

Antall ord *: 11705

Tro- og loverklæring *: Ja

Jeg bekrefter at jeg har Ja registrert oppgavetittelen på norsk og engelsk i StudentWeb og vet at denne vil stå på vitnemålet mitt *:

Jeg godkjenner avtalen om publisering av masteroppgaven min *

Ja



Høgskulen
på Vestlandet

MASTEROPPGÅVE

Psykologisk Førstehjelp – kva betydning kan det ha for elevar at
helsesøster bruker det?

Ei kvalitativ studie basert på helsesøstrer sine erfaringar på barneskular

Psychological First Aid used by school nurses – what importance could
it have for students?

A qualitative study based on school nurses`experiences in primary schools

Mariann Meland

Tverrfagleg master i Klinisk Helse-og Omsorgsvitskap
Fakultet for helse og sosialvitskap (FHS)/Institutt for helse-og omsorg/
Masteroppgåve i Klinisk Helse-og omsorgsvitskap HELS-OPPG.
Veileder: Benny Huser
Innlevering: 15.11.18
Antal ord: 11705

Eg stadfestar at arbeidet er sjølvstendig utarbeida, og at referansar/kjeldetilvisingar til alle kjelder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, §10

Forord

Studien som vert presentert er ein del av mitt mastergradstudium i «Klinisk helse-og omsorgsvitskap» ved Høgskulen på Vestlandet. Eg ynskte å gjere ein studie som var praksisnær, og kor eg kunne bruke kunnskapen frå mastergradstudiet til å få ei djupare forståing for praksis. Det har vore ein spennande, tidkrevjande og svært lærerik prosess. Eg har hatt mange gode støttespelarar, og eg ynskjer å takke alle som har bidratt til at eg har fått fullført denne studien.

Fyrst og fremst ynskjer eg å takke helsesøstrene som sa ja til å delta i studien, og som dermed gjorde studien mogleg. Takk for at de delte dykkar erfaringar og refleksjonar, og gav meg meir innsikt og forståing for kva det kan ha å sei for barn at helsesøstrer bruker Psykologisk førstehjelp.

Takk også til dei leiande helsesøstrene som var med og rekrutterte helsesøstrer til studien.

Eg ynskjer å takke min arbeidsgjevar som har gitt meg permisjon i forbindelse med undervisning, datainnsamling og eksamen. Det har vore av stor betydning for å få tida til å strekke til i kombinasjonen av jobb, familie og studiar. Takk også til gode kollegaer for positive og oppmuntrande kommentarar og interesse for det ferdige resultatet, noko som har bidratt til ekstra motivasjon for å fullføre prosjektet. Ein spesiell takk til Grethe, som med sine innspel har hjulpet meg til å komme vidare i prosjektet.

Så vil eg rette ein stor takk til vegleiaren min, Benny Huser, som alltid har vore blid og positiv på vegleingane, og som har gitt meg motivasjon til å arbeide vidare etter kvar vegleing.

Til slutt vil eg takke familie og venner som har kome med oppmuntring og støtte. Ekstra stor takk til sambuaren min og våre to herlege ungar som har vore tolmodige med å ha ei litt distré mamma denne perioden, og som har vist forståing til mine mange timar med studiar på kveldstid og i helgar.

Tusen takk!

Samandrag:

Bakgrunn for val av tema: Helsesøstre bruker sjølvhjelpsverktøyet Psykologisk Førstehjelp i møte med skuleelevar på barneskule både i individuelle samtalar og undervisning.

Hensikt: Hensikta med denne masterstudien var å få auka kunnskap og ei djupare forståing for kva betydning det kan ha for elevar på barneskule at helsesøster bruker Psykologisk Førstehjelp. Studien er basert på omsorgsvitskapleg perspektiv og helsesøstrer sine erfaringar.

Problemstilling: Psykologisk førstehjelp – kva betydning kan det ha for barn at helsesøster bruker det?

Metode: Studien har eit kvalitativt design med hermeneutisk-fenomenologisk tilnærming, og er basert på individuelle intervju med 5 helsesøstre som arbeider på barneskule og har brukt Psykologisk Førstehjelp (PF). Kvalitativt forskingsintervju er brukt som datainnsamlingsmetode.

Funn: Studien viser at helsesøstrene integrerer teorien til PF i seg og bruker det i ulike samanhengar, sjølv om verktøyet ikkje alltid blir brukt i sin heilskap. For elevane kan det vere trygt å ha noko å halde på med under samtalen med helsesøster, og bamsane og hjelpehanda kan bidra til det. Bruk av PF kan også vere verdifullt for elevane ved at det kan bringe leik inn i møtet med helsesøster. For elevane kan dette gjere det enklare å snakke og å lære om tankar og følelsar.

Oppsummering: Studien viser at helsesøstrene sin bruk av PF i møte med elevar kan vere ein del av omsorga frå helsesøster til elev, og inneheld omsorga sin kjerne; å ansa, leika og lære.

Nøkkelord: Psykologisk førstehjelp, helsesøster, skulehelseteneste, leik, hermeneutisk-fenomenologisk

Abstract:

Background: School nurses use the self-help tool Psychological First Aid Kit with students in the primary school, both in individual conversations and in teaching.

Purpose: The purpose of this master's program was to gain extra knowledge and a deeper understanding of the importance it may have for students at the primary school that the school nurse uses Psychological First Aid. The study is based on a caring science perspective and the health sister's experiences.

Issue: Psychological First Aid used by school nurses- what importance could it have for students?

Method: The study has a qualitative design with hermeneutic-phenomenological approach, and is based on individual interviews with 5 school nurses who work at the primary school and have used Psychological First Aid (PFA). Qualitative research interviews are used as data collection method.

Results: The study shows that the school nurses integrate the theory of PFA and use it in different contexts, even if the tool is not always used in its entirety. For students it may create security to have something to keep up with during the conversation with the school nurse, and the teddybears and the helping hand can contribute to it. The use of PFA can also be valuable to the students as it can bring play into the meeting with the school nurse. For students, this can make it easier to talk and learn about thoughts and feelings.

Conclusion: The study shows that the school nurses' use of Psychological First Aid with pupils can be part of the care from the school nurse to the student and contains the core of care; to tend, play and learn.

Keywords: Psychological First Aid, health sister, school health center, play, hermeneutical-phenomenological

INNHALDSLISTE

Forord	ii
Samandrag	iii
1 Innleiing	1
1.1 Bakgrunn for val av forskingstema og fokusområde	1
1.2 Temaet si aktualitet og klinisk forankring	4
1.2.1 Skulehelsetenesta	6
1.3 Oppgåva si hensikt og problemstilling	7
2 Teori	8
2.1 Omsorgsvitskapleg forankring	8
2.1.1 Undring og sansing	9
2.1.2 Suverene livsytringar og den etiske fordring	10
2.1.3 Samtalen	10
2.1.4 Å ansa, leika og læra	12
2.2 Helsesøster-fag, rolle og funksjon	13
2.2.1 Helsesøster i skulehelsetenesta	13
2.2.2 Kognitiv åtferdsterapi	14
2.2.3 Barns kognitive utvikling på barneskulen	14
2.3 Tidlegare forsking	15
3 METODE	18
3.1 Forskingsdesign	18
3.2 Fenomenologi og hermeneutikk	19
3.2.1 Fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming	20
3.2.2 Forskaren si forforståing	21
3.3 Gjennomføring av studien	22
3.3.1 Forskingsetikk/formelle etiske krav	22
3.3.2 Utval	23
3.3.3 Intervju	23
3.3.4 Behandling av data	24
3.4 Analyse av data	25

3.4.1	Heilskapsinntrykk	26
3.4.2	Identifisere meningsfulle einingar	26
3.4.3	Kondensering – frå kode til meining	26
3.4.4	Syntese – frå kondensering til skildringar, omgrep og resultat	28
3.5	Metodekritikk	28
4	Resultat	30
5	Drøfting	31
5.1	Å bruke PF fleksibelt	32
5.2	Leik og tryggleik	34
5.3	Å setje ord på	36
5.4	Heilskapsforståing av resultata	37
5.5	Studiens betydning for klinisk praksis	38
5.6	Forslag til vidare forskning	39
6	Konklusjon	39
7	Litteraturliste	42
8	Vedlegg	
	Vedlegg 1: Artikkel	48
	Vedlegg 2: Tilbakemelding NSD	64
	Vedlegg 3: Svar frå REK	67
	Vedlegg 4: Svar på endringsmelding NSD	70
	Vedlegg 5: Svar på endringsmelding REK	72
	Vedlegg 6: Forespørsel om deltaking i forskingsprosjektet	73
	Vedlegg 7: Intervjuguide	75
	Vedlegg 8: Eksempel analyseprosess	79
	Figur 1 Psykologisk førstehjelpsskrin	2
	Figur 2 Hjelpemakta	3
	Figur 3 Raud og grøn bamse	3
	Figur 4 Hovudfunna som pyramide	37
	Figur 5 Ansa-leika-læra	38
	Tabell 1 Frå kodegrupper til subgrupper	27
	Tabell 2 Resultat av tekstanalyse, identifisering av tema	28

1 INNLEIING

*Hvis det i sannhet skal lykkes
å føre et menneske hen til et bestemt sted,
må man først og fremst passe på å finne ham der
hvor han er,
og begynne der.*

Søren Kierkegaard

1.1 Bakgrunn for val av forskingsområde og val av tema

Temaet for masteroppgåva er helsesøstrer sine erfaringar med å bruke Psykologisk Førstehjelp (PF) med elevar på barneskule, og kva betydning det kan ha for barna at helsesøster bruker det. Eg er sjukepleiar med vidareutdanning i psykososialt arbeid med barn og unge. Eg har jobba som helsesøster i nokre år, blant anna på barneskule, og opplever at ein stor del av jobben består i å hjelpe barn som har små og store psykiske vanskar. Eit gjennomgåande tema i vidareutdanninga mi var tidleg intervensjon til barn for å unngå at små vanskar vart til store vanskar.

Eg ønskte derfor å setje fokus på å førebyggje psykiske vanskar hos barn, og korleis helsesøstrer kan bidra til det.

«Psykologisk Førstehjelp» (PF) er eit sjølvhjelpsmateriell for barn i alderen 8-12 år og ungdom i alderen 13-18 år. Materiellet er utvikla for at barn, ungdom og familiar skal kunne bli betre på å hjelpe seg sjølv i vanskelege situasjonar (Raknes, 2013). Det kjem i ei eske med eit hefte, ei blokk med hjelpehender og ein raud og ein grøn figur (fig.1).

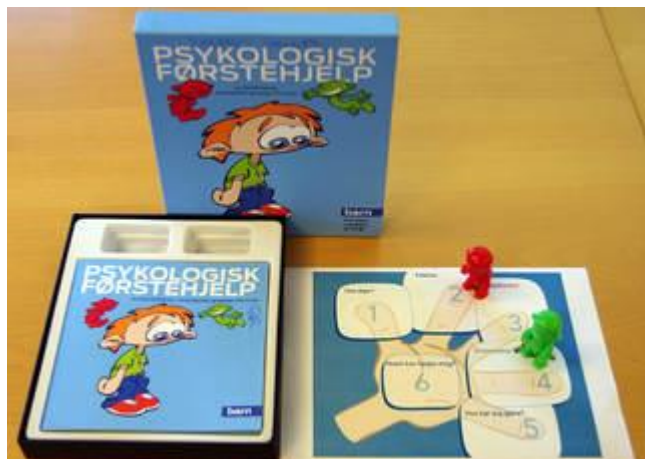


Fig.1 Psykologisk førstehjelp-skrin

I hjelpehanda (fig.2) stilles det spørsmål om: Kva skjer?, Kva følelsar har eg?, Kva er dei raude tankane?, Kva er dei grønne tankane?, Kva kan eg gjere sjølv? Og kven kan hjelpe meg?.

Målet er at barnet skal kunne bli bevisst «raude og grønne» tankar. Dei «raude tankane» er negative og vonde tankar, som gjer oss meir redde, triste eller sinte, medan grønne tankar er positive og hjelpsame tankar, som gjer oss meir trygge og glade.

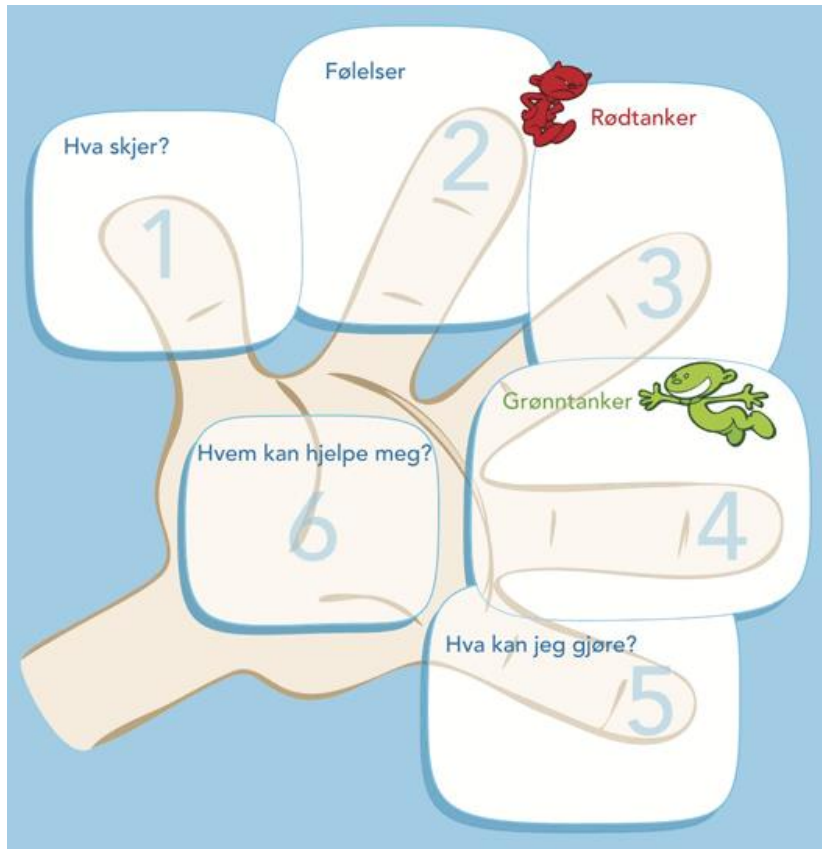


Fig.2 Hjelpehanda

Dei «raude og grønne» tankane vert i tillegg til figurane i skrinet også visualisert som raud og grøn bamse (fig. 3) .



Fig.3 Raud og grøn bamse

PF forklarer og visualiserer grunnelementa i kognitiv terapi. Kognitiv terapi er opptatt av det gjensidige forholdet mellom tankar, åtferd, kroppsreaksjonar og følelsar. Ved å bevisstgjere og hjelpe barn å endre til dømes tankar, kan også vanskelege følelsar som til dømes angst og skam bli dempa og handterast på ein betre måte (Raknes, 2013).

Sjølv om det er eit sjølvhjelpsverktøy, viser forskning at sjølvhjelpsmateriale blir enda betre når det blir kombinert med vegleieing frå helsepersonell (van't Hof, Cuijpers & Stein, 2009, s.7 i (Raknes, 2013)

1.2 Temaet si aktualitet og klinisk forankring

I følgje Folkehelseinstituttet sin rapport «Psykisk helse i Norge» er psykiske lidingar og psykiske problem vanleg førekomande hos barn og unge (Reneflot, Aarø, Aase, Reichborn-Kjennerud, & Tambs, K. & Øverland, S., 2018) .Befolkningsstudiar i Norge har vist at rundt 7% av barn i førskule og skulealder har symptom forenleg med psykisk lidning på undersøkingstidspunktet (Reneflot et al., 2018).

I st.meld 26 (2014-2015) står det at: «Psykiske plager er en av de store samfunns- og folkehelseutfordringene blant barn og unge i Norge i dag. Folkehelseinstituttet anslår at 15–20 pst. av barn og unge mellom 3 og 18 år har nedsatt funksjonsevne på grunn av psykiske vansker, bl.a. forårsaket av faktorer som vold i hjemmet, omsorgssvikt, overgrep, mobbing, rus, opplevelse av prestasjonskrav mv. Angst, depresjon og atferdsproblemer er de hyppigst forekommende lidelsene i barne- og ungdomsårene. Dette er plager som går ut over barn og unges trivsel, læring, daglige gjøremål og samvær med andre. For depresjon og angst er stabiliteten høy og stiger med økende alder, noe som bl.a. betyr at mange av dem som har depresjon i voksen alder, var deprimerte allerede i barne- og ungdomsalderen» (Helse-og omsorgsdepartementet, 2015)

I rapporten til FHI: «Barn og unges psykiske helse. Forebyggende og helsefremmende tiltak. En kunnskapsoversikt.»(2018) peiker forfattarane på at det er behov for meir forskning på kva tiltak som er effektive for å førebyggje psykiske lidingar og fremje psykisk helse hos barn og unge (Skogen, Smith, Aarø, Siqveland & Øverland, 2018).

I Regjeringa sin strategi for god psykisk helse 2017-2022, «Mestre hele livet», står det innleiingsvis at sjuåringar veit at dersom han får eit skrubbsår på kneet som svir så hjelper det at far blåser på og finn plaster. Men det er ikkje like mange sjuåringar som veit at me menneske også har ei psykisk helse, at me kan få skrubbsår som svir på innsida, at desse også kan gå over, og at me kan få hjelp dersom dei ikkje gjer det. Regjeringa meiner difor at det trengs meir openheit og meir kunnskap om psykisk helse (Departementene, 2017). I familiar med dårleg økonomi der foreldra har lav utdanning finn ein høgare nivå av psykiske helseplager hos barna. Barn og unge etterlyser meir kunnskap om korleis dei kan meistre livet og ha det som fag inn i skulen (Departementene, 2017).

Ungdata-undersøkinga (2018) viser at me har ein veltilpassa, aktiv og heimekjær ungdomssgenerasjon. Dei fleste ungdomane trivs og er godt nøgd med foreldra sine, venene sine, skulen og lokalmiljøet der dei bur (Bakken, 2018). Fleirtalet har god fysisk og psykisk helse, men omfanget av sjølvrapporterte fysiske og psykiske plager har auka frå undersøkingar tidlegare år. Auken er markant og gjeld både gutar og jenter. På ungdomstrinnet opplever tre av ti å vere «ganske mykje» eller «veldig mykje» plaga av tankar om at «alt er eit slit» eller dei «bekymrar seg for mykje om ting». På vidaregåande er nærare halvparten plaga av dette (Bakken, 2018).

Ungsinn.no har skildra og vurdert tiltaket Psykologisk førstehjelp, og klassifiserer det som godt skildra, og at metodane som blir brukt er godt forankra i allmenn psykologisk teori. Men grunna at det ikkje føreligg studiar som viser til tiltaket sin effekt, vert det klassifisert som eit sannsynleg verksamt tiltak på evidensnivå 2 (Neumer, 2013). Ifølge deira vurdering vil materiellet sannsynlegvis gjennomførast på ein god måte av fagfolk som er kjent med kognitive og åtferdsterapeutiske teknikkar. Dei er derimot usikker på om barn/ungdom og foreldre klarer å bruke det riktig (Neumer, 2013).

Ifølgje Antonovsky (sitert i Holme m.fl, 2016, s.290) er det fokuseringa på det som gir oppleving av auka kontroll og moglegheit til å forbetre helsa si som er det vesentlege i helsefremjande arbeid (Holme, Olavesen, & Valla, L. & Hansen, M.B., 2016).

Ifølgje Barneombodet sin fagrapport frå 2013, «Helse på barns premisser», vert helsesøster ofte oppfatta som ein vaksenperson som ein kan snakka med når livet byr på store utfordringar. Tenesta har ei unik moglegheit til å treffe barn og unge på deira arena og bidra til at dei får rask hjelp når noko er vanskeleg. Elevane som barneombodet snakka med i rapporten sakna meir kompetanse hos helsesøstrene, spesielt når det gjaldt psykisk helse (Barneombudet, 2013).

1.2.1 Skulehelsetenesta

I dei nasjonale retningslinjene for Skulehelsetenesta står det at skulehelsetenesta bør jobbe for å fremje god psykisk helse hos elevane.

Med psykiske plager meinast det tilstandar som er plagsame og som i ei viss grad går ut over normal fungering og læring.

Med psykiske lidningar meinast det tilstandar som er så intense, varige eller funksjonsnedsetjande at det trengs tiltak i spesialisthelsetenesta (Helsedirektoratet, 2017).

Barn og unge med psykiske plager og lidningar bør fangast opp tidleg for å førebyggja og hindra utvikling av langvarige plager eller lidningar og sikre at barn og unge får nødvendig oppfølging. Om tiltak vert satt inn tidleg, vil det ha betydning for omfang av hjelpebehov og prognose (Helsedirektoratet, 2017).

1.3 Oppgåva si hensikt og problemstilling

Hensikta med masteroppgåva er å få ei djupare forståing for kva det kan ha å bety for barn at helsesøster bruker Psykologisk Førstehjelp.

Psykologisk førstehjelp blir brukt i mange kommunar i Norge, men det føreligg lite forskning om bruk av det. Eg synest derfor det er interessant å få meir innblikk i kva erfaringar helsesøstrer som har brukt dette verktøyet, har. Hensikta med studiet er at helsesøstrer kan bruke funna i denne studien i det vidare arbeidet med barn og bruk av PF i individuelle samtalar og undervisning. Det å få helsesøstrer si vurdering av om det å bruke PF kan hjelpe barn som har vanskar, håper eg kan vere med å bidra til at andre barn og unge får betre hjelp til psykiske vanskar på eit tidleg tidspunkt.

Undervisningsopplegga i PF er laga for elevar på 2., 5.og 8.trinn (<http://solfridraknes.no>). På fleire skular i Norge har helsesøstre undervisning i psykologisk fyrstehjelp, slik at alle barn får lære om det. I nokre kommunar er det politisk bestemt at elevane skal få undervisning i dette, medan andre stader er det helsesøstrer eller andre som tar initiativ til det.

Bladet Sykepleien skreiv i temautgåva «De skjøre jentene» om Bærum kommune kor helsesøster underviste i PF på 8.trinn. På spørsmål om det er merkbar forskjell på elevane etter undervisning i psykisk helse svarer rektor at elevane har fått eit språk rundt følelsar og tankar, og elevane sjølv seier at dei har blitt betre på å bytte ut dei negative raude tankane med grønne alternative tankar (Alderslyst, 2015). Eg håper at dei erfaringane som kjem fram i denne masteroppgåva kan brukast til å få ei auka forståing for kva det kan ha å sei for elevane å få undervisning i PF, og kanskje styrkje relevansen av at elevane lærer dette.

Ifølge rapporten ”Effekter av skolehelsetjenesten på barn og unges helse og oppvekstvilkår” (Dahm, Landmark, Kirkehei, & Reinart, 2010) kjem det fram at ein har lite sikker kunnskap på korleis skulehelsetenesta kan bidra til ei betre psykisk helse blant elevane. Men det vert peika på moglege positive effektar av behandling av barn med depresjon og førebyggjande tiltak og

tidlege intervensjonar mot angst som er basert på kognitiv terapi. Rapporten peiker også på at det er behov for forskning og evaluering av skulehelsetenesta. Det er behov for norske studiar på feltet, til dømes i forhold til å førebyggje psykiske vanskar.

Problemstillinga er:

Psykologisk førstehjelp- kva betydning kan det ha for barn at helsesøster bruker det?

Fokuset i oppgåva er å få meir kunnskap og ei djupare forståing for kva erfaringar helsesøstrer har med å bruke verktøyet psykologisk førstehjelp i møte med barn på barneskule. Funna vil bli drøfta i lys av omsorgsvitskapleg tenking, Omsorgsvitskapen har som hovudmål å gjere omsorga betre, og i denne oppgåva ynskjer eg å setje fokus på omsorg frå helsesøster til barn på barneskule.

Omsorgsvitskapen bruker mykje svenske og finske ord. Eg har i denne oppgåva valt å bruke *omsorg* for *vård*, men for *ansa* fann eg ikkje noko norsk ord som eg syntest var dekkjande, så der bruker eg *ansa*.

2 TEORI

I dette kapittelet vil den omsorgsvitskaplege forankringa bli presentert, samt kort om helsesøster sin funksjon og barn si kognitive utvikling.

2.1 Omsorgsvitskapleg forankring

Uttrykket klinisk omsorgsvitskap står for kunnskap og forskning om omsorg. Hovudmålet er å forme eit ideal for omsorga, å føre idealet mot verkelegheita og verkelegheita mot idealet. Den

kliniske forskinga sin ide er å gjere omsorgsvitskapen sin eigenart evident i klinisk kontekst(Eriksson, Lindström, & Åbo akademi, 2003). Dei ontologiske føresetnadane som ligg til grunn for omsorgsvitskapen er at mennesket vert sett på som ein fleirdimensjonal eining av kropp, sjel og ande (Asp, 2017).

Ethos er den etiske haldninga og verdigrunnlaget som angir retninga for den kliniske praksis (Lindström, 2014).

I følgje Eriksson (2003) er caritas det ethoset som gir omsorga og omsorgsvitskapen ein spesiell toneart og blir synleg i den haldning som omsorgsgivarane viser mot pasienten (Eriksson, 2003). Tru, håp og kjærleik er dei haldningane som omsorgsgivaren bør ha i relasjon med pasienten . Omsorgsvitskapen er opptatt av den naturlege omsorga, og at den kjem til uttrykk gjennom å ansa, leika og læra (Eriksson, 2018).

Resultata i denne studien vil bli drøfta ut frå eit omsorgsvitskapleg perspektiv med utgangspunkt i Løgstrup (2010), Martinsen (2012) og Eriksson (2018) si tenking.

2.1.1 Undring og sansing

Martinsen (2012) er opptatt av at ein skal møte andre med ein tone som gir moglegheit for undring, tenking og innfall i møte med det som kommer til ein. Dette forutset openheit, mottakelegheit og bevegelse. Det handlar om å vere i bevegelsen mellom sansing og forståing (Martinsen, 2012). Ved å vere i denne bevegelsen, og vere open, er ein ikkje fastlåst i forenkla løysingar og definisjonar, men held eit bevegelig rom ope for tyding, undring, tenking og for å kunne vere i variert i sine uttrykksmoglegheitar til sin omverden. Den vekselverkande bevegelsen mellom sansing og forståing gir rom, eit fiktivt rom der me kan forsøke og forstå det me er bevega av i sansinga (Martinsen, 2012)

Martinsen beskriv at i ein sjukepleiarsamanheng, når den er på sitt beste, kan uttrykkjast slik: Pasientens kropp går svanger med betydingsfulle inntrykk som kallar på merksemd og som ber om å bli uttrykt. Korleis kan sjukepleiaren i sitt fiktive rom bidra til å tyde og å forløyse pasientkroppens svangre inntrykk(Martinsen, 2012)? Som profesjonell er sjukepleiaren stilt i ein spesiell ansvarsrelasjon til pasienten. Ansvar betyr å svare an i kvarandre sitt liv.

Å vera tydande tilstade er ikkje å stå utanfor det som skal tydast, men å vere mottakeleg, stemt og merksamt tilstades. Det er å vera til stade i bevegelsen mellom sansing og forståing i tydinga av inntrykket (Martinsen, 2012).

2.1.2 Suverene livsytringar og den etiske fordring

Ifølge Løgstrup (2010) er menneske ontologisk avhengig av kvarandre. Dei suverene livsytringane med fenomen som tillit, barmhjertighet, håp, talens openheit og medkjensle høyrer med i tilværet, og er ikkje menneskeskapt (Løgstrup, 2010). Ifølge Løgstrup (2010) er det ikkje berre menneske me kjenner godt me møter med tillit, det gjelder også når me møter på ein framand. Det skal ifølge Løgstrup (2010) særlege omstende til for at me møter andre med mistillit (Løgstrup, 2010) I følge Martinsen (2012) fører dei suverene livsytringane oss ut i livet med medmennesker, og i dei er me sansande-følande tilstades, med følelsar som bærer ut mot den andre (Martinsen, 2012).

Å vise tillit betyr ifølge Løgstrup (2010) å utlevere seg sjølv. Denne tillitsfulle utleveringa stiller mottakaren under ei etisk fordring om å ivareta den som viser tillit og den tilliten som er gitt (Martinsen, 2012). Ifølge Løgstrup (i Martinsen, 2012, s. 51) er fordringa taus, og den enkelte må sjølv, med det han har av innsikt, fantasi og forståing, finne ut kva omsorgsansvaret for den andre går ut på (Martinsen, 2012).

Kor mykje eller lite som står på spel i tilliten eit menneske viser, er ifølge Løgstrup (2010) veldig ulikt, og avheng av mange ulike faktorar som blant anna situasjonen og personen si psykiske helse, men i kva som helst møte mellom menneske ligg det ei uuttalt fordring, uansett kva karakter møtet har, og kor det finn stad (Løgstrup, 2010).

2.1.3 Samtalen

Kvar samtale forutset og skaper ein form for relasjon. Den relasjonelle kommunikasjonen har ifølge Fredriksson (2017) nokre spesielle kjenneteikn. Det å vere tilstade, berøra og lytta framstår som viktige relasjonelle tema i ein omsorgsgivande samtale (Fredriksson, 2017).

Martinsen (2005) viser til Kierkegaard som seier at tileigning er samtals hemmelegheit. Tileigning er å høyre etter kva den andre har å sei og å svare på det med nye spørsmål, slik at ein saman kan forstå betre kva det handlar om. Å tileigne seg noko fordrar at det finnes rom, forstått i mange betydningar. I samtalen er ein rommeleg ved å gi kvarandre tid og rom, utan at ein verken kjem for nær eller blir for distansert. Samtidig kan det fysiske rommet og atmosfæren vere med på å setje atmosfære og tone til samtalen (Martinsen, 2005).

Skjervheim (i Martinsen 2005 s.24) hevder at samtalen er ein treledda relasjon som består av meg, den andre og den saken eller det problemet som me er felles om å tale om (Martinsen, 2005).

Samtalen forutset ei lyttande, mottakande haldning til det den andre uttrykkjer (Martinsen, 2012). Å lytta inneber ikkje berre å ta inn det den andre seier, men omfattar også tolking og forståing så vel som å gje denne tilbake til den som har sagt noko. Det at omsorgsgivaren lyttar, kan vere fyrste steg mot å skape ein relasjon. For å kunne lytte må omsorgsgivaren vere stille, også i tankane sine, og gje pasienten tid og rom for å tenkja og fortelja. Å lytta inneheld også element av refleksjon, tolking og forståing, noko som er synleg i tilbakeføringa og bekreftinga av pasienten (Martinsen, 2005).

Kierkegaard seier (sitert i Martinsen, 2005, s. 40): «For i Sandhed at kunne hjælpe en Anden, maa jeg forstaae meir end han - men dog vel først og fremmest forstaae det, han forstaaer. Naar jeg ikkje gjør det, saa hjælper min MerForstaaen ham slet ikke».

Martinsen (2005) forstår dette «MerForstaaen» som noko som har med fagkompetanse å gjere, og for at fagkompetansen skal vere til hjelp må omsorgsgivaren starte i den gjensidige utleverthet som ein står saman i (Martinsen, 2005).

I samtalen må ein ha mot til å våge møtet, og også til å finne seg i at ein tar feil. I samtalen trengs det tålmodighet og langsomhet, og ein treng å høyre etter, vere merksam, la den andre kome til orde, møte den andre sine svar med forsiktige spørsmål og våge å spørje om det ein ikkje forstår. På den måten kan kanskje den hjelpetrengande sjølv få tid og rom til å gå fram og tilbake i sine egne erfaringar slik at ein fastlåst situasjon kan sjåast annleis (Martinsen, 2005).

2.1.4 Å ansa, leika og læra

Å gje omsorg inneber at ein gjennom ulike former av ansning (bry seg om, ivareta), leik og læring oppnår ein tilstand av tillit, tilfredsstilling, kroppsleg og åndeleg velbehag samt ei kjensle av utvikling med mål om forandre (oppretthalde, setje i gong støtte) helseprosessane (Eriksson et al., 2018) .

Ifølge Eriksson (2018) er omsorga sin kjerne eller grunnleggjande substans å ansa, leika og læra. Det gjelder for omsorgsgivaren å bedømme gjennom refleksjon kvar ansningen, leiken og læringa skal begynne.

Ansningen utgjer ifølge Eriksson (2018) den mest grunnleggjande forma av omsorga. Den vert kjenneteikna av varme, nærleik og berøring, og er eit uttrykk for at man verkeleg vil den andre vel (Eriksson, 2018) Å ansa handlar om å våge å gå utanfor seg sjølv og med ulike handlingar vise at man verkeleg bryr seg om den andre. Det kan vere å halde ei hand, gi ein klem, børste håret til nokon og liknande (Eriksson, 2018)

Leiken utgjer eit sentralt element i omsorga og er dermed også eit middel for å oppnå helse (Eriksson, 2018) Leik vert allment oppfatta som eit naturleg innslag i barn si utvikling. Leiken utgjer også eit naturleg innslag i barneomsorga og barnesjukepleie. Kvart menneske har ei ibuande kraft til å skape, og denne krafta blir uttrykt gjennom leiken. Nokre sentrale omgrep i relasjon til leiken er øving, prøving, lyst, skaping og ynskjer. Gjennom øving og prøving i leiken kan ein øve på ulike ferdighetar, og ekseprimentere fram ulike handlingsalternativ. Leiken er på den måten trygg, sidan konsekvensane av prøvingane ikkje er verkelege. Den lystbetonte leiken blir sett på som eit uttrykk for den overskotsenergien mennesket har, og denne forma for leik i omsorga gir rom for kvile og rekreasjon. I leiken som uttrykk for ynskjer kan verkelegheita stengast ute for ei stund, og ønskeverden kan dominera (Eriksson, 2018).

Leiken inneber ifølgje Eriksson (2018) at mennesket kan veksle mellom den indre, kjente verden, og det ukjente nye i den ytre verden, og gradvis innføre nye element frå den ytre verkelegheita inn i sin eigen indre verden. Det finnes noko lystbetont, men samtidig finnes det ein realitet og

ein aktualitet i leiken. I følgje Winnicott (1971, i Eriksson, 2018 s.254) heng evna til å leike saman med oppleving av fortrulegheit for omverda, med ei kjensle av tillit.

Læring og innlæring inneber ei utvikling, ei varig endring.

Den naturlege læringa utgjer ein del av den naturlege omsorga, og heng saman med leiken. Ifølgje Eriksson (2018) er det spesielt viktig innan omsorga at læringa får meir innslag av leik. Motivet til den naturlege læringa burde veksa fram frå mennesket sine egne behov, og omsorgsgivaren si oppgåve er å gjer dette mogleg og gjere det lettare å lære (Eriksson, 2018). Læring er den del av omsorga som understøtter utvikling og vekst. Både pasient og omsorgsgivar lærer seg noko nytt heile tida (Arman, Dahlberg, & Ekebergh, 2015).

2.2 Helsesøster-fag, rolle og funksjon

2.2.1 Helsesøster i skulehelsetenesta

Skulehelsetenesta er ei lovpålagt oppgåve heimla i helse-og omsorgstjenestelova (Lov om kommunale helse-og omsorgstjenester m.m, 2011).

Formålet med skulehelsetenesta er å fremje psykisk og fysisk helse, fremje gode sosiale og miljømessige forhold og førebyggje sjukdomar og skader (Helsedirektoratet, 2017). Tenesta skal så tidleg som mogleg fange opp barn og unge, gje dei eit tilbod, og henvise vidare ved behov. Det er viktig at helsesøster er tilgjengeleg på skulen, men det er eit generelt problem i helsetenesta at mange av dei ein ynskjer å nå, ikkje tar kontakt, til dømes unge med psykiske vanskar (Haugland & Misvær, 2009).

Målet er at dei helsefremjande og førebyggjande tenestane til barn og unge skal vere tilpassa målgruppa sitt behov (Glavin, Helseth, & Kvarme, 2007). Førebyggjande helsearbeid inneber å redusere sjukdom, skader, sosiale problem, dødelegheit og risikofaktorar. Helsefremjande arbeid

kan vere alt som verkar positivt på helsa, det vil sei tiltak som styrkjer helsa til folk (Glavin et al., 2007). Oppleving av meistring er ein faktor som ifølgje Glavin (2007) kan bidra til å fremje barn og unge si helse, og er difor eit sentralt omgrep i helsesøstertenesta (Glavin et al., 2007).

Helsesøster skal ifølgje dei nasjonale faglege retningslinjene (2017) bidra med undervisning i grupper eller i klasser i den grad skulen ynskjer det, og aktuelle tema er blant anna psykisk helse. Skulehelsetenesta bør bidra i det helsefremjande arbeidet slik at undervisninga blir ein prosess som set barn og unge betre i stand til å få auka kontroll over og forbetre og bevare si helse, og dermed gjere sunne val enklare (Helsedirektoratet, 2017). Brukarar av skulehelsetenesta peiker på at ungdom ynskjer meir kunnskap om kva som påverkar den psykiske og fysiske helsa. Erfaring viser også at når skulehelsetenesta bidrar i undervisning oppsøker elevar skulehelsetenesta lettare i etterkant (Helsedirektoratet, 2017).

2.2.2 Kognitiv åtferdsterapi

Kognitiv åtferdsterapi (KAT) er opptatt av det gjensidige forholdet mellom tankar, åtferd, kroppsreaksjonar og kjensler. Ved å bli bevisst eigne kjensler og tankar, kan man oftare klare å ta val som reduserer problem og skaper grunnlag for god helse (Raknes & Haugland, 2013).

Kognitiv prosessering er sentralt, sidan mennesket heile tida er opptatt av å fortolke og forstå hendingar som skjer. Korleis ein tolkar situasjonen, vil avgjere for kva emosjonelle reaksjonar som kjem, noko som igjen kan påverke korleis ein handlar i sjølve situasjonen (Martinsen & Hagen, 2012).

2.2.3 Barns kognitive utvikling på barneskulen

Ifølgje den sveitsiske psykologen og biologen Jean Piaget sin stadieteori kan barn i alderen 7-11 år tenke operasjonelt, det vil sei at dei kan bruke ein mental strategi der dei tenkjer seg korleis eit menneske til dømes kan gå for å komme seg til ein bestemt stad. Ved 11-års alderen begynner evna til abstrakt tenking, og barnet treng ikkje lenger konkrete gjenstandar eller hendingar for å tenkja. Dette gjer at dei kan løyse hypotetiske problemstillingar (Askland & Sataøen, 2013).

I perioden mellom sju og tretten byrjar barnet for alvor å forstå sannsyn og teste moglegheit. Barnet blir meir og meir i stand til å sile ut bakgrunnsstøy og oppretthalde merksemda (Hart, 2011)

2.3 Tidlegare forskning

Litteratursøk er gjort på Cinahl, Swemed, Oria, Folkehelseinstituttet sine sider, Google Scholar og det er gjort manuelle søk. Søkeord som er blitt brukt er helsesøster, skulehelseteneste, kognitiv åtferdsterapi, psykologisk førstehjelp, caritas, psykisk helse, undervisning og lek.

Bjørnsen m.fl (2018) har sett på samanhengen mellom kunnskap om god psykisk helse og opplevd psykisk velvære hos ungdom i vidaregåande skule. Dei fann at dei elevane som hadde god kunnskap om faktorar som er viktige for god psykisk helse rapporterte markant høgare grad av psykisk velvære enn dei som hadde lite kunnskap. Resultata i studien støtter at undervisningsopplegg som har til mål å fremje kunnskap om kva som opprettheld og styrkjer psykisk helse hos ungdom er viktig (Bjørnsen et al., 2018)

Hatlebrekke (2018) har skrevet ei masteroppgåve om barnehagelærarar sine erfaringar med å bruke verktøyet «Grønne tanker glade barn», som er barnehageversjonen av PF, og kor det er laga ein flip-over med dei ulike følelsane, til bruk i samlingsstund. Det at barnehagelærarane brukte verktøyet bidrog til ei bevisstgjerjing hos dei vaksne, og auka refleksjonar. Barna vart også flinkare til å ta vare på kvarandre som følgje av at dei fekk ei felles forståingsramme og eit språk til å setje ord på følelsar (Hatlebrekke, 2018).

Berentsen (2013) har i si masteroppgåve gjort ei kvalitativ studie om korleis det vert gjort førebygging innan psykisk helse i skulen (Berentsen, 2013). Det kjem fram av studien at skulen har ein del erfaring med psykisk helse, men det er lite konkret førebyggjande arbeid knytt til

psykisk helse. Lærarane kjenner på at dei har for lite kunnskapar om psykisk helse til å utarbeide og vidareutvikle førebyggjande tiltak.

Informantar i studien seier at helsesøster er lite på skulen, pga begrensa ressursar, og at det kan vere lettare for elevane å snakke med kontaktlærar, pga stor mental avstand frå helsesøster.

Berentsen (2013) peiker på at helsesøster treng meir tid på skulen for å få meir kjennskap til elevane, og at skulen og helsesøster då kan utarbeide eit adekvat tilbod (Berentsen, 2013)

Andersen (2011) seier at elevar tar meir kontakt med lokalt hjelpeapparat rett etter at dei har vore og undervist elevane om psykisk helse. Kunnskapane om psykisk helse hos elevane heldt seg ganske godt eitt år etter intervensjonen, medan det verka som at kunnskapane om hjelpeapparatet i betydeleg grad vart gløymd (Andersen, 2011).

Kavanagh et.al (2009) gjorde ein systematisk gjennomgang av studiar om skulebasert kognitiv åtferdsterapi, og fann at slike intervensjonar kan bidra til å redusere symptom på depresjon hos barn og ungdom i alderen 11-19 år. Det gjaldt også intervensjonar gitt av skulepersonell, noko som viser til at KAT kan bli gitt i naturlege settingar som i skuletida (Kavanagh et al., 2009).

Neil og Christensen (2009) har gjort ein systematisk gjennomgang av studiar på effekten av skulebaserte program som skal virke førebyggjande og bidra til tidleg intervensjon av angst (Neil & Christensen, 2009). Dei fleste skuleprogramma var basert på kognitiv åtferdsterapi, og dei fleste studiane viste ei signifikant betring i elevane sine symptom på angst (Neil & Christensen, 2009).

Sandvik, Dybdahl og Hauge (2018) fann i sin studie om helsesøstrer sin bruk av foreldrevegleiingsprogrammet ICDP at helsesøstrene uttrykte at ICDP var blitt ein del av deira måte å tilnærme seg foreldre og barn på helsestasjonen på i konsultasjonar. Opplæringa i ICDP gav dei tryggleik, og var verdifull sjølv når ikkje ICDP-programmet vart brukt slik det var tenkt (Sandvik, Dybdahl, & Hauge, 2018).

Korsvold (2009) gjorde ein studie om sjukepleiarar sine erfaringar med leik på barneavdeling, og fann at leik hadde ein sentral betydning, og at sjukepleiarane brukte leik for at barna skulle få tillit og kjenne trygghet. Barna sin tryggleik var avhengig av sjukepleiaren sin trygghet, som igjen var avhengig av erfaring, refleksjon og ein pleiekultur på avdelinga som framheva leik som ein viktig verdi (Korsvold, 2009).

Lindberg, von Post og Eriksson (2012) gjorde ein hermeneutisk studie for å få fram erfaringane foreldra til barn med autisme hadde med at barna fekk anestesi med eller utan perioperativ samtale med sjukepleiar. I den perioperative samtalen møtte barna anestesisjukepleiaren som skulle vere med under operasjonen, og barna fekk leike med utstyret som skulle brukast. I det møtet fekk barna ei enkel og tilpassa forklaring på kva som skulle skje under anestesian, dei fekk leike med utstyret som skulle brukast og øve og prøve saman med anestesisjukepleiaren sin. Lindberg (2012) fann at gjennom denne modellen med perioperativ dialog vart barnet møtt av eit kjent ansikt, det vaks fram eit fint samspel mellom sjukepleiaren og barnet, og dei bevegde seg fint fram og tilbake gjennom at leiken fekk vere i sentrum og virke gjennom kontinuiteten i den perioperative dialogen (Lindberg, von Post, & Eriksson, 2012).

Arman og Rehnsfeldt (2007) fann i sin studie om kva som var god omsorg at det handla om handlingar der omsorgsgivaren hadde gjort noko ekstra for pasienten. Omsorgsgivarane hadde valgt å gjere noko meir enn det som var rutinane og reglane, og anstrenge seg litt ekstra og gjere noko meir enn det som var forventa. Det kunne vere alt frå å la pasienten velje farge på klærne til å operere pasienten på fritida si. Omsorgsgivarane gav denne omsorga til pasientane fordi dei valgte å gjere det, ikkje fordi dei måtte. Gjennom slike handlingar viste omsorgsgivaren seg som eit medmenneske, og den som mottok omsorga følte seg sett som menneske og kjente seg verdsatt (Arman & Rehnsfeldt, 2007).

Konklusjonen av artikkelsøka er at det finnes mykje forskning på effektar av bruk av skuleprogram basert på kognitiv åtferdsterapi, men eg har ikkje funne noko som er spesifikt basert på Psykologisk førstehjelp retta mot skuleelevar. Det finnes litt forskning om leiken sin

betydning i sjukepleie, men eg har ikkje funne noko forskning om helsesøster sin bruk av leik i møte med skuleelevar.

3 METODE

Val av metode vil vere avhengig av kva spørsmål ein ynskjer å få svar på (Malterud, 2011). Hensikta med denne studien er å få ei forståing for helsesøstrer sine erfaringar med bruk av Psykologisk fyrstehjelp i møte med barn på barneskule, og kva det kan ha å bety for barna. Eg har derfor valt å bruke kvalitativ metode, som ifølgje Malterud (2011) byggjer på teoriar om menneskeleg erfaring (fenomenologi) og fortolking (hermeneutikk).

Dei kvalitative metodane kan bidra til å presentere mangfald, nyansar og subjektive erfaringar. Ein og same verkelegheit kan beskrivast frå ulike perspektiv, og forskaren sitt perspektiv og posisjon får derfor stor betydning for kva slags kunnskap som kjem fram (Malterud, 2017). Målet er forståing av fenomen snarare enn forklaring.

Kvalitative metodar kan opne for forskning på felt der kunnskapsgrunnlaget i utgangspunktet er tynt, og kor ein heller leiter etter nye spørsmål enn gamle svar.

Ved å bruke kvalitativ metode ynskjer eg å belyse erfaringane helsesøstrer har med å bruke PF, i eit omsorgsvitskapeleg perspektiv.

3.1 Forskningsdesign

Det kvalitative forskingsintervjuet søker i følgje Kvale og Brinkmann (2015) å forstå verden sett frå intervjupersonen si side. Målet er å få fram betydninga av folk sine erfaringar og avdekke deira oppleving av verda, forut for vitskapelege forklaringar, og å produsere kunnskap (Kvale, 2015). Sidan det ikkje finnest så mykje kunnskap om erfaringar ved å bruke PF til barn, og kva det kan ha å bety, vurderte det eg at det var best eigna å gjere ei kvalitativ studie, slik at desse erfaringane kunne kome fram.

Eg har i denne oppgåva valt å gjere individuelle intervju, transkribere intervju og gjere systematisk tekstanalyse. Eg valte å ha individuelle intervju framfor til dømes fokusgruppeintervju, då eg ynskte å intervju helseøstrer frå ulike kommunar, og då vart det enklast for informantane at eg gjorde individuelle intervju. Eg hadde også ein god del konkrete spørsmål i intervjuguiden min eg ynskte svar på, og vurderte at eg kom til å få moglegheit til å stille meir konkrete spørsmål ved å velje individuelle intervju, framfor til dømes fokusgruppeintervju.

Eg har brukt semistrukturerte intervju, og hatt ein intervjuguide til hjelp som hugseliste, som påminnar om kva eg ynskte data om, og for å sikre at alle informantane vart spurt om nokolunde same spørsmål. Samtidig har eg vore open for at informantane skal få fortelje fritt.

3.2 Fenomenologi og hermeneutikk

Fenomenologien vart grunnlagt som filosofi av Edmund Husserl rundt år 1900 (Kvale, 2015). Betegninga «fenomenologi» kjem frå det greske ordet phainomenon; framtoning, det som viser seg eller kjem til syne, og logos; lære (Thomassen, 2006). I fenomenologien rettar ein merksemda mot verda slik den vert opplevd frå eit subjektperspektiv, i denne studien helseøstrene sitt perspektiv. For å undersøke sjølv fenomenet slik det framtrer for oss, eller «saken sjølv», må ein setje forforståinga si, oppfatningane ein har på førehand og all forutgåande kunnskap «i parentes» (Thomassen, 2006).

Det at ein skal setje all forforståing i parentes har fått ein del kritikk. Dersom ein skal sjå bort frå all forforståing, må ein sjå vekk frå alle samanhengane ein erfarer fenomena innanfor (Thomassen, 2006).

Ifølge Gadamer (2003) forstår og fortolkar menneske mening innanfor ein kontekst, i ein samanheng (Gadamer, 2003).

Hermeneutikk vert vanlegvis omtala som fortolkingslære og handlar om spørsmål knytt til forståing og fortolking. Ordet hermeneutikk kan ledast tilbake til det greske verbet, hermeneuin, som betyr å tolke eller fortolke (Thomassen, 2006).

Forståing er ein grunnleggande dimensjon i den hermeneutiske metodologi, der ein søker å trenge inn i ein meningsforståing av eit fenomen. I følgje Thornquist (2003) kan ein sei at

hermeneutikk hjelper oss å forstå korleis me forstår, og korleis me gjev verda ei mening (Thornquist, 2003).

Den hermeneutiske regel er at man skal forstå heilskapen ut frå delen, og delen ut frå heilskapen. Den har sitt opphav i den antikke retorikken, og har blitt overført av den moderne hermeneutikken frå talekunsten til kunsten av forståinga (Gadamer, 2003).

Det skjer ein sirkelbevegelse, også kalla den hermeneutiske sirkel, som viser til korleis forståinga utviklar seg gjennom ein stadig bevegelse fram og tilbake mellom heilskap og del i det me søker å forstå (Thomassen, 2006).

3.2.1 Fenomenologisk hermeneutisk tilnærming

Eg har valt å bruke Malterud sin metode for systematisk tekstkondensering i denne oppgåva, for å få ei heilskapsforståing av det helsesøstrene har sagt, og å kunne identifisere funn. Denne metoden er blant anna basert på Giorgi sin psykologiske fenomenologiske analyse og Grounded Theory (Malterud, 2017).

Fyrste steg i denne analysen er å få eit heilskapsinntrykk av datasamlinga. Transkripsjonane vert lest gjennom for å få eit heilskapsbilete, og ein spør seg sjølv kva foreløpige tema ein kan skimte som fortel noko om problemstillinga.

Analysen sitt andre steg er å organisere den delen av materialet som skal bli studert nærmare, og legge resten til side (Malterud, 2017). Transkripsjonane vert gjennomgått linje for linje for å identifisere meningsberande einingar, i denne oppgåva vil det sei setningar eller replikkar som seier noko om kva betydning det kan ha for barn på barneskule at helsesøster bruker PF. Utfordringa er å identifisere relevant tekst frå irrelevant tekst. Ifølgje Malterud er det betre å ta med litt for mykje enn litt for lite.

Samtidig som dei meningsberande einingane vert identifisert, begynner ein å systematisere dei, og sortere dei under dei kodegruppene ein har funne basert på dei foreløpige temaa frå steg 1.

I analysen sitt tredje steg skal den sorterte informasjonen abstraherast, og meining skal systematisk hentast ut ved å kondensera innhaldet i dei meiningsberande einingane som er koda saman (Malterud, 2017). Fyrst vert materialet delt inn i to til tre subgrupper, deretter vert einingane frå same subgruppe trekt saman til eit kondensat; eit kunstig sitat. Teksten vert i dette steget tolka ut frå vår faglege perspektiv og ståstad (Malterud, 2017).

I analysen sitt fjerde steg skal bitane setjast saman att, rekontekstualiserast. Kunnskapen frå kvar enkelt kodegruppe og subgruppe skal syntetiserast, og ein bruker kondensata til å lage ein analytisk tekst for kvar subgruppe og kodegruppe. Deretter gis den analytiske teksten for kvar kodegruppe ei overskrift om kva det handlar om.

Til slutt skal funna validerast opp mot den samanhengen dei vart henta frå (Malterud, 2017).

3.2.2 Forskaren si forforståing

I følgje Malterud er forforståing den ryggsekken ein bring med seg inn i forskningsprosjektet før det starter. Den består av erfaringar, hypotesar, fagleg perspektiv og vår teoretiske referanseramme (Malterud, 2017). Ho viser til at moderne vitenskapsteori avviser førestillinga om den nøytrale forskaren som ikkje har noko form for innflyting på kunnskapsutviklinga. Ståstaden til forskaren, faglege interesser, motiv og personlege erfaringar avgjer kva problemstilling som blir vald ut som mest aktuell, kva perspektiv som skal veljast, kva metodar og utval som blir sett på som relevant, kva resultat som svarer på dei viktigaste spørsmåla, og korleis konklusjonane skal vektleggjast og formidlast. Dermed blir ikkje spørsmålet om forskaren påverkar prosessen, men korleis (Malterud, 2017).

Eg er utdanna sjukepleiar, har vidareutdanning i psykososialt arbeid med barn og unge og jobbar som helsesøster på barneskule. Som sjukepleiar er eg van med å tenkje på menneske som heilskap og at det ein opplever og korleis ein tar det heng saman med korleis ein har det.

I vidareutdanninga var det stort fokus på å komme tidleg inn og hjelpe barn på eit tidleg stadie når det strevde med noko, før vansken blei stor.

I jobben min som helsesøster på barneskule opplever eg at ein stor del av jobben består i å hjelpe barn med små og store psykiske vanskar. Eg opplevde at eg mangla verktøy for å hjelpe barn som kom med vanskar som blant anna angst, dårleg sjølvkjensle og negative tankar om seg sjølv.

Eg var på eit dagskurs om Psykologisk førstehjelp med Solfrid Raknes, og opplevde det som at dette verktøyet hadde eg sakna i møte med desse barna. Eg opplever det som enkle og lett forståelege prinsipp om korleis det ein tenkjer påverkar kva ein føler.

I tillegg er erfaringa mi at det eit godt «ryddesystem» for å sortera kva som er kjensler, kva som er tankar, kva ein kan gjere sjølv for å få det betre, og kven ein har rundt seg som kan hjelpe.

Mi forståing er at fleire av barna eg har lært om PF, synest det har hjelpe, at dei blant anna er blitt betre på positivt sjølvsnakk og at dei har klart å endre fokuset sitt frå dei negative tankane til å ha meir fokus på hjelpsame tankar.

Gjennom masterstudiet i omsorgsvitskap har eg fått auka fokus på det å vere undrande i møte med andre, deriblant barn. Det å vere sansande og tydande tilstade, og kva tilsynelatande små ting kan ha å sei for dei ein møter gjennom jobben. Mi førforståing er at ved at helsesøster bruker PF ilag med elevar som strever med blant angst, kan det vere eit konkret verktøy ein kan bruke for å undre seg ilag med eleven, og at gjerne eleven sjølv kan kome med forslag til korleis handtere angsten gjennom å fylle ut hjelpehanda.

3.3 Gjennomføring av studien

3.3.1 Forskingsetikk/formelle etiske krav

Alle prosjekt som inneheld personopplysningar som vert behandla elektronisk har meldeplikt til personvernombudet for forskning, Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste, NSD. Denne studien vart godkjent hos NSD våren 2016, sjå vedlegg 2.

Studien er også godkjent av Regional etisk komite, REK, sjå vedlegg 3.

Utvalget vart endra frå barn til helsesøstre etter at studien var godkjent hos NSD og REK grunna vanskar med å rekruttere nok informantar innanfor tidsramma til masterstudiet. Det vart difor sendt inn ei endringsmelding til NSD og REK, og begge vart godkjent, sjå vedlegg 4 og 5.

Ei av helsesøstrene i studien tok sjølv kontakt og ville delta i studien, dei andre vart rekruttert ved at forskar sendte mail med forespørsel om deltaking, med informasjon om studien. Leiande helsesøster vidareformidla deretter denne informasjonen til aktuelle helsesøstrer på sin arbeidsstad. Sjå informasjonsbrev med forespørsel om deltaking i vedlegg 6.

Eit rikt datamateriale krev at forskaren investerer tid og krefter på å etablere optimal nærleik til deltakarane. Deltakaren skal føle seg trygg utan å kjenne seg pressa eller invadert. Deltakaren skal kunne stole på at den tilliten ein viser til forskaren, ikkje blir misbrukt (Malterud, 2013). Studiet er basert på friviljugheit, og helsesøstrene som sa ja til å delta i studien fekk tilsendt skriftleg informasjon om kva det ville sei å delta i studien. Dei vart informert om at dei kunne trekkje seg kva tid som helst, og at dataa som var samla inn om dei i så fall ville bli sletta.

Intervjua vart tatt opp på lydopptak på ein mobiltelefon utan sim-kort, og deretter transkribert på pc med passordbeskyttelse. Kun forskar har hatt tilgong til lydopptaka.

Etter at masteroppgåva er ferdig vil desse lydopptaka bli sletta.

3.3.2 Utval

Inklusjonskriterier for å delta i studien var at helsesøster måtte kjenne til verktøyet PF, ha brukt det fleire gongar i individuelle samtaler og ha erfaring med å arbeide på barneskule.

Helsesøster måtte også snakke godt norsk.

5 helsesøstre har deltatt i studien. To av helsesøstrene kom frå ein liten kommune, 1 frå ein middels stor kommune, og 2 frå ein storby. Alderen på helsesøstrene varierte frå 34-63 år, og dei hadde jobba frå 2-30 år etter at dei var ferdig utdanna helsesøster. Alle helsesøstrene hadde erfaring med å arbeide på barneskule, nokre også på ungdomsskule og helsestasjon. Ei av helsesøstrene tok kontakt sjølv og ynskte å delta i studien, medan dei andre vart rekruttert via leiande helsesøster i den aktuelle kommunen. 3 av dei 5 helsesøstrene hadde vidareutdanningar innan psykisk helse i tillegg til helsesøsterutdanninga, og ei hadde pedagogisk utdanning.

3.3.3 Intervju

Det vart avtalt tidspunkt for intervju via mail, slik at det var lettare å ombestemme seg dersom dei ikkje ynskte å stille til intervju likevel.

Det vart gjennomført intervju med 5 informantar, samt eit oppfølgingsintervju, i perioden juli 2017-februar 2018.

Det vart satt av 1 time til kvart intervju. Intervjua tok 30-60 minutt. Det fyrste intervjuet vart gjort i juli 2017, med etterintervju/oppfølgingsintervju i desember 2017. To intervju vart gjort i januar 2018 og to i februar 2018. Dei tre fyrste intervjua vart gjort ved at eg reiste til helsesøster sin arbeidsplass, og dei to siste vart gjennomført via telefon, kor helsesøster som vart intervjuar var åleine på kontoret sitt.

Før intervjuet byrja presenterte eg kort mitt faglege ståstad, og repeterte formålet med studien. Deretter spurte eg om bakgrunnsinformasjon til informanten, som alder, vidareutdanning utanom helsesøster, kva arbeidsoppgåver vedkommande hadde og kva opplæring ho hadde i PF.

Så vart lydopptakar satt på, og spørsmåla frå intervjuguiden vart spurt. Intervjuguide, sjå vedlegg 7.

Malterud (2017, s133) påpeiker at når formålet med den kvalitative studien er å få vite noko nytt er det viktig å ikkje følgje intervjuguiden slavisk. Intervjuguiden vart difor brukt som ei hugseliste for å sikre at alle informantane vart spurt om det same, og så vart det i tillegg stilt oppfølgingsspørsmål når det var svar som trengte utdjuping eller avklaring. Det var viktig for forskar at det vart ein mest mogleg naturleg samtale, derfor vart rekkjefølgja på spørsmåla endra etter kva tema samtalen kom inn på.

Spørsmåla i intervjuguiden handla om kva erfaringar helsesøster hadde med å bruke PF i individuelle samtalar, kva tid ho hadde erfaring med at det kunne vere til hjelp for eleven, kva andre verktøy ho brukte i arbeidet sitt i møte med elevar med psykiske vanskar, om relasjonar med elevar og erfaringar med å undervise i PF.

For å lære noko nytt frå den ein intervjuar, er det ifølgje Malterud (2011) nødvendig å vere sensitiv som intervjuar.

Dette er viktig for å skape eit klima av tryggleik og kjensle av fortrulegheit, og også for at ein som intervjuar skal klare å høyre noko ein ikkje visste frå før (Malterud, 2011).

Eg erfarte at eg i det fyrste intervjuet ikkje var sensitiv og nok lyttande, og difor spurte eg om å få gjere eit oppfølgingsintervju, då eg såg at eg skulle ha stilt nokre oppfølgings spørsmål til svara som var gitt. Dette gjekk betre i dei neste intervju, og det var også lettare å bruke intervjuguiden meir fleksibelt, slik at samtalen vart meir naturleg.

Målet var at informanten skulle føle at intervjuet var ei positiv oppleving, og få kjensla av å bidra med viktig kunnskap, slik Malterud (2011) legg vekt på. Informantane var aktive i samtalen, og engasjert i temaet.

Avslutningsvis takka eg helsesøstera for at ho deltok, og avklarte om eg kunne ta kontakt dersom noko var uklart i etterkant.

3.3.4 Behandling av data

Kvalitative intervju gir store datamengder. Å analysere kvalitative data består i følge Malterud (2017) å stille spørsmål til materialet, lese og organisere data i lys av dette og gjenfortelje svara på ein systematisk, forståeleg og relevant måte. Dette er tidkrevjande arbeid. Refleksivitet i forhold til eiga posisjon er avgjerande for god vitenskapleg kvalitet (Malterud, 2011).

Eg har transkribert intervju sjølv fortløpande. Intervju er blitt omskrivne til nynorsk i dei tilfella kor informantane snakka bokmål.

Fyrste transkripsjon vart gjort etter å ha intervju informant 1, neste etter etterintervjuet. Deretter transkriberte eg intervju med informant 2 og 3, og til slutt intervju med informant 4 og 5. Ved å transkribere etterkvart, før eg hadde gjennomført alle intervju, fekk eg litt erfaring etter kvart med kva som var gode spørsmål, og kva som var mindre gode. Ifølge Malterud (2017) gir trinnvis analyse god innsikt i korleis det som har blitt sagt har fungert, og det gir moglegheit for å gjere ei endring i spørjemåtar og tematikk (Malterud, 2017). Totalt vart det 61 sider med transkripsjon som var klar for vidare analyse.

3.4 Analyse av data

Her vil eg presentere korleis analysen er blitt gjort steg for steg:

3.4.1 Heilskapsinntrykk

Under transkriberinga var det nokre setningar som steig fram som ekstra viktige, og dei noterte eg ned. Deretter leste eg teksten fleire gongar for å få tak i ei heilheit av meining. Foreløpige tema vart deretter nedskrivne. Dei foreløpige temaa var: PF kan bidra til å skape ein relasjon med eleven/Tillit/Viktigheit med undervisning i PF/Positivt å ha eit verktøy/Får eit språk for å setje ord på følelsar og tankar/Hjelper til å normalisere/Kan førebyggje vanskar.

Temaa som steig fram gjennom fyrste gjennomlesing samanfall ikkje heilt med forventningane til forskar. Ifølge Malterud er det eit godt teikn på kreativ analyse at de foreløpige temaa representerer vidareutvikling samanlikna med temaa frå intervjuguiden. I så fall kan det tyde på at me følger vår forforståing meir enn å vera våken for nye mønster.

3.4.2 Identifisere meningsfulle einingar

227 meningsberande einingar var identifisert ut frå transkripsjonane. Dei foreløpige temaa vart brukt som grunnlag for kodegrupper, og dei meningsberande einingane som var identifisert vart systematisert stil dei ulike kodegruppene, gjennom det Malterud kallar for koding (2017).

Med kodegrupper som vegvisar lokaliserer ein tekstbitar som har noko til felles, og merker dei med ein merkelapp, ein kode (Malterud, 2017).

Etter kvart som forskar gjekk gjennom alle intervju a eitt for eitt, fann meningsberande einingar og koda dei, vart det klart at kodegruppene som var basert på dei foreløpige temaa frå steg 1 måtte endrast. Dei nye kodegruppene vart: helsesøster som aktør/betydning av å ha undervisning/bruk av PF i møte med barn med psykiske vanskar//PF som verktøy.

3.4.3 Kondensering-frå kode til meining

Dei meningsberande einingane vart sortert i kodegrupper og deretter i tilsvarende subgrupper. Det resulterte i 15 subgrupper, sjå tabell 1. Mange av dei meningsberande einingane i kvar subgruppe sa innheldt liknande utsagn, og desse vart satt saman til eit kondensat, eit kunstig sitat. Tekstane vart tolka ut frå min faglege ståstad.

Tabell 1 Frå kodegrupper til subgrupper

Kodegruppe	Subgruppe
Helsesøster som aktør	<p>Helsesøster har PF integrert i seg</p> <p>Helsesøster gjer vurderingar og tilpassar seg elevane</p> <p>Helsesøster som «utanforståande»</p> <p>Helsesøster sine erfaringar</p>
Bruk av PF i møte med barn	<p>Bruker det til engstelege, redde, triste og sinte barn</p> <p>Helsesøster opplever det som at elevar får det betre</p> <p>Kan hjelpe elevar å sortere/finne ut av kva som er vanskeleg</p> <p>Viktig som førebygging</p>
PF som verktøy	<p>Enkelt å forstå</p> <p>PF hjelper eleven ved at det er visuelt, og understrekar det helsesøster ønsker å formidle.</p> <p>Eleven får noko å halde på med gjennom PF, utanom å berre snakke</p> <p>PF-skrinet gjer elevane nysgjerrige</p>
Betydning av å ha undervisning	<p>Helsesøster kan legge merke til elevar som strevar og elevane sjølve tar meir/fleire tar kontakt med helsesøster</p> <p>Elevane lærer omgrepa</p> <p>Temaa er aktuelle for alle og helsesøster repeterer PF på ulike trinn</p>

3.4.3 Syntese-frå kondensering til skildringar, omgrep og resultat

I analysen sitt fjerde steg vart teksten satt saman att, og det vart laga ein analytisk tekst med utgangspunkt i kondensata for kvar av subgruppene. Med utgangspunkt i den analytiske teksten vart 3 tema formulert, som utgjer funna i studien, sjå tabell 2 nedanfor. Funna vart til slutt validert opp mot den teksten dei opprinneleg vart henta frå. Sjå eksempel på heile analyseprosessen i vedlegg 8.

Tabell 2, resultat av tekstanalyse, identifisering av tema:

Subgrupper	Tema
Helsesøster sine erfaringar Helsesøster har integrert PF i seg Helsesøster gjer vurderingar/tilpassar seg elevane Helsesøster som utanforståande Helsesøster repeterer PF på fleire trinn Bruker det til engstelege, triste, redde og sinte barn	Å bruke PF fleksibelt
PF skrinet gjer elevane nysgjerrige Eleven får noko å halde på med gjennom PF, utanom å berre snakke Fleire elevar tar kontakt med helsesøster etter at ho har undervist i klassane	Leik og tryggleik

<p>Kan hjelpe elevar til sortere/finne ut av kva som er vanskeleg</p> <p>PF hjelper eleven ved at det er visuelt</p> <p>Helsesøster opplever at elevar får det betre</p> <p>Viktig som førebygging</p> <p>Enkelt å forstå</p> <p>Elevar lærer omgrepa gjennom undervisning i PF</p>	<p>Å setje ord på</p>
---	-----------------------

3.5 Metodekritikk

Kunnskap er eit produkt av menneskeleg persepsjon, tolking og samhandling (Malterud, 2011, s. 38). Uansett kva forskingsmetode ein bruker så vil forskaren som person påverke prosessen og resultatata på eitt vis. Derfor skal forskaren heile tida spørje seg sjølv korleis prosessen og resultatata blir påverka av forskaren (Malterud, 2011). Funna i denne studien er basert på mine tolkingar, og sjølv om forforståinga vart gjort rede for i starten av prosjektet, og eg var bevisst på å innta ei objektiv haldning før intervjuet, har eg erfaringar med å bruke verktøyet og det kan både vere ein fordel og ulempe. Fordelen er at eg kjenner godt til det, ulempa er at eigen erfaringar gjer det vanskelegare å vere objektiv. Funna viser imidlertid at dei stemmer ikkje heilt med mi forforståing, noko som viser til at eg har klart å halde meg open for ei ny forståing.

Tolkingane i studien er i tillegg basert på helsesøstrene sine erfaringar og tolkingar, og ikkje av barna sjølve. Fordelen med å få helsesøstrene sine erfaringar er at dei gjerne reflekterer meir enn barn, og har mykje erfaringar, fagkunnskapar og meir heilskapleg oversikt enn det barn har. Men uansett vil det vere basert på fortolkingar, og ikkje basert på kjelda sjølv, nemleg borna.

Kvale og Brinkmann (2015, s. 237) beskriver den hermeneutiske sirkel, kor ein går fram og tilbake kontinuerleg mellom delar og heilskap. Eg har sett på skildringar frå den enkelte informant, og korleis det har stemt overens med temaene, og sjekka på nytt om det var det dei sa

og meinte. Det har vore eit tidkrevjande men spennande arbeid. Eg har kjent på ydmykhet og respekt for informantane si stemme, og vore opptatt av å få fram deira stemme i resultata.

Min vegleiar, som ikkje har noko erfaring som helsesøster eller å bruke PF, har lest gjennom transkripsjonane og den stegvise analyse-prosessen, og me har drøfta kva teksten handlar om, og det tenkjer eg er med på å styrkje validiteten.

Ved å velje eit kvalitativt design kan gi studien gi forklaringar og meir forståing av kva det kan bety for barn. Dersom det hadde vore valt eit kvantitativt design kunne ein til dømes fått svar på kor mange barn som følte dei hadde lært noko i timane med PF, om dei hadde brukt det i situasjonar etterpå sjølv og liknande.

3 av helsesøstrene i studien hadde vidareutdanning i psykisk helse, noko som gjer at det kan tenkjast at dei er ekstra opptatt av barn si psykiske helse. Det kan også tenkjast at dei som svara ja til å delta er ekstra positive til å bruke PF, og at funna krever engasjement frå helsesøster for at dei skal stemme. Dersom helsesøster ikkje føler seg komfortabel med/likar å bruke PF, er det gjerne tvilsomt at ho opparbeider seg erfaring nok til å bruke det fleksibelt og ha rollespel med bamsane.

4 RESULTAT

Studien sine resultat framkjem i vedlagt artikkel (Vedlegg 1), og vil derfor berre bli kort presentert her. Som det kjem fram av tabell 2, var det 3 tema som kom fram gjennom systematisk tekstanalyse, basert på dei 15 subtemaa: *Å bruke PF fleksibelt, leik og tryggleik og å setje ord på.*

Det fyrste temaet, *Å bruke PF fleksibelt*, kom fram gjennom helsesøstrene sine skildringar av korleis og kva tid dei brukar PF. Helsesøster tilpassar seg eleven, og etterstrebar å møte eleven der eleven er i samtalen. Helsesøstrene i studien har PF integrert i seg, og mange brukar element som raude og grønne tankar, hjelpehanda og bamsane, dagleg. Det at helsesøstrene har erfaring

med å bruke PF, ilag med annan fagkunnskap, gjer at dei kan hjelpe elevane på ein annan måte enn foreldra kan

Helsesøstrene bruker også eksempel frå seg sjølv om kva dei har brukt PF til, for å normalisera og forklare for eleven. Til dømes fortelje om ein gong dei grudde seg for noko, og kva dei tenkte og gjorde for å grue seg mindre.

Det andre temaet, *leik og tryggleik*, kom fram gjennom skildringar av helsesøstrene sin bevisste bruk av PF-skrinet og bamsane. Mange hadde begge deler bevisst synleg på kontoret sitt, og fortalte at elevar var nysgjerrige på kva det var og ville kikke oppi skrinet. Helsesøstrene følgde då eleven sitt initiativ, og forklarte og brukte bamsane til å setje ord på tankar og følelsar, gjerne gjennom leik med bamsane eller rollespel. Fleire av helsesøstrene fortalte at elevane kopla seg då på etter kvart med sine tankar og følelsar.

Det å holde på med bamsane eller sitje og skrive på hjelpehanda opplevde helsesøstrene å vere trygt for elevane, og at det for mange elevar var godt å ha noko å halde på med, og ikkje berre sitje å prate.

Det tredje temaet, *å setje ord på*, beskriver den læringa som skjer ved at helsesøstrene bruker PF i individuelle samtalar og i undervisning. Omgrepa raud og grøn er enkle å forstå, og elevane nyttar dei omgrepa for å setje ord på korleis dei har det. Hjelpehanda kan hjelpe elevar til å sortere i tankar og følelsar og til å setje ord på kva som er vanskeleg.

5 DRØFTING

I dette kapittelet vil funna som er presentert i artikkelen bli drøfta meir i lys av omsorgsvitskapleg teori enn det det var plass til i artikkelen. Til slutt vil ei heilskapleg forståing i lys av omsorgsvitskapen bli presentert, implikasjonar for praksis og forslag til vidare forskning bli presentert.

5.1 Å bruke PF fleksibelt

Fleire av helsesøstrene fortel at dei bruker element av PF nesten dagleg. Gjennom å ha brukt PF mykje i individuelle samtalar og i undervisning, har det blitt ein integrert del av kunnskapen deira om korleis dei kan hjelpe barn som har psykiske vanskar. Dette samsvarer med det Sandvik m.fl fann i sin studie om helsesøstrer sin bruk av foreldrevegleiingsprogrammet ICDP; at ICDP var blitt ein integrert del av deira måte å tilnærma seg foreldre og barn på i konsultasjonar, sjølv om dei ikkje alltid brukte programmet slik det var tenkt (Sandvik et al., 2018).

Det kan også handle om at helsesøstrene får ei påminning og auka bevisstheit om kunnskap dei gjerne har frå før, om korleis tankar og følelsar heng saman, slik Hatlebrekke (2018) fann i sin studie om barnehagelærarar sin bruk av barnehageversjonen av PF; «Grønne tankar, glade barn». Det at barnehagelærarane brukte verktøyet bidrog til ei bevisstgjering hos dei vaksne, og auka refleksjonar (Hatlebrekke & NLA Høgskolen, 2018).

Aktuell studie viser at sjølv om psykologisk førstehjelp er eit sjølvhjelpsverktøy, så har omsorgsutøveren, i dette tilfellet helsesøstera, ei viktig rolle i å hjelpe eleven i å bruke verktøyet. samtidig som ho har meir kunnskap og erfaringar i å bruke PF og om psykisk helse. Dette kan samsvare med Martinsen(2005 s. 40) si tolking av Kierkegaard sitt sitat «For i sannhet at kunne hjelpe en Anden, maa jeg forstaae mer end han – men dog vel først og fræmst forstaae det, han forstaaer». Martinsen forstår at dette «MerForstaaen» har med kunnskap å gjere, og at det er der profesjonaliteten og fagkunnskapen kjem inn. Men for at den fagkunnskapen skal vere til hjelp, seier Martinsen, må fagpersonen finne eleven der han/ho er (Martinsen, 2005). Helsesøstrer har erfaring og kunnskap om barn si psykiske helse og i å bruke PF; kunnskap og erfaringar foreldre og barna sjølv som oftast ikkje har, men for å bruke denne kunnskapen må dei ta utgangspunkt i den kunnskapen og forståinga eleven har. Ved å bruke PF og lære omgrepa raude og grønne tankar, kan eleven og helsesøstera få eit felles språk til å setje ord på det som eleven strevar med.

Helsesøstrene fortel at dei prøver å møte eleven der han er, og ha fokus på det eleven er opptatt av. I omsorgsvitskapleg perspektiv kan dette forståast som at helsesøster sansar stemninga og

undrar seg ilag med eleven for å finne ut av kva eleven strever med. Kierkegaard seier at for å hjelpe ein annan ein stad, så må ein fyrst finne ut kor den andre er, og begynne der (s.40 i Martinsen, 2005). Ifølge Martinsen (2014) er det å vere sansande og forståande tilstade i ein vekselverknad ei føresetnad for menneskelege møter, også i profesjonelle samanhengar (Martinsen, 2014).

Ifølgje Løgstrup (2010) er det ikkje berre menneske me kjenner godt me møter med tillit, det gjeld også når me møter på ein framand (Løgstrup, 2010).

Elevar som kjem til helsesøster kjem med ei tillit om at helsesøster vil eleven vel. Å vise tillit betyr ifølgje Løgstrup (2010) å utlevere seg sjølv. Denne tillitsfulle utleveringa stiller helsesøstera under ei etisk fordring om å ivareta eleven og den tilliten helsesøstera er gitt (Martinsen, 2012). Denne fordringa er taus, og omsorgsutøvaren, i dette tilfellet helsesøstera, må ta i bruk det ho har av innsikt, fantasi og forståing, for å finne ut kva omsorgsansvaret for eleven går ut på (Martinsen, 2012) Det kan virke som at helsesøstrene i denne studien møter denne fordringa hos eleven, gjennom skildringane deira om korleis dei legg vekt på at dei bruker tid på å sjå eleven, kva som er viktig for den enkelte elev og at eleven skal kjenne seg trygg. Av og til veit ikkje eleven sjølv kva han strever med, og då helsesøstrene i studien beskriv at dei i nokre tilfelle kan bruke hjelpehanda for å finne ut kva av det.

Helsesøstrene seier også at det er ulikt kor lang tid eleven treng for å bli klar til å fortelje om det som gjerne er vanskeleg. Helsesøstrene er opptatt av å tilpasse seg den enkelte elev, og dette krev at dei er tilstade i situasjonen og prøver å forstå og sanse kva eleven treng. Martinsen (2017) seier at når ein er i bevegelse mellom sansing og forståing, og er open, blir ein ikkje fastlåst til forenkla løysingar, men held eit bevegeleg rom ope for tyding, undring og tenking (Martinsen, 2012). Gjennom å gi eleven rom til å fortelje og få satt ord på sine tankar og kjensler, kan helsesøstera svare på det eleven har å sei ved å komme med nye spørsmål, slik at eleven og helsesøstera ilag kan finne ut kva det dreier seg om. Denne fleksibiliteten som helsesøster viser i bruk av PF kan forståast som bevegelsen mellom sansing, forståing og at ho er open for innspel frå eleven, og at ho viser til at ho ikkje er fastlåst på at verktøyet alltid skal brukast i sin heilskap.

5.2 Leik og tryggleik

Det andre temaet, «Leik og tryggleik», kan tilføre ny forståing for kva det kan bety for elevar at helsesøstrene bruker PF. Denne forståinga, om at helsesøstrene bruker bamsane som høyrer til PF aktivt, gjennom at dei står synleg framme, og at dei bruker dei til rollespel og leiker med dei ilag med eleven, kan bidra til auka kunnskap om leiken sin betydning som supplement til den tradisjonelle samtalen. Helsesøstrene beskriv at av og til treng elevane «noko meir» enn berre å sitja å prata, og det å halde på med bamsane og hjelpehanda kan bidra til det.

Ifølgje Eriksson (2018) er omsorga sin grunnleggjande substans å ansa, leika og læra (Eriksson, 2018). Kanskje kan helsesøstrene sin bruk av PF ha noko å sei for elevane si oppleving av omsorg?

Å ansa handlar om å vise at man verkeleg bryr seg om den andre, slik helsesøstrer viser blant anna ved å vere bevisst på at det skal vere ei god atmosfære på kontoret og tilby noko å drikke. Eriksson (2018) seier at leiken utgjer eit sentralt element i omsorga, og at gjennom leiken kan ein til dømes prøve og øve seg fram til ulike handlingsalternativ. Leiken er på den måten trygg, sidan konsekvensane av prøvinga ikkje er verkelege (Eriksson, 2018). Helsesøstrene fortel at dei snakkar med elevane om dei to bamsane, og kva dei to bamsane tenkjer og føler, og at elevane koplar på seg sjølv etter kvart med sine tankar og kjensler. På den måten fører leiken inn nye element frå den ytre verkelegheita inn i eleven sin indre verden. Helsesøstrene fortel at dei opplever at elevane synest det er tryggare å fyrst snakke om korleis bamsane har det, før dei snakkar om seg sjølv.

Leiken kan ifølgje Eriksson (2018) også gi rom for kvile og rekreasjon, vere skapande og gje uttrykk for ynskjer. Det at helsesøster blant anna tar seg tid til å gøyme bamsane og bruke dei i leik ilag med elevane, kan gjerne bidra til at eleven får ei positiv stund hos helsesøster, samtidig som han/ho får sortert i kva som er tankane og følelsane sine.

Ifølgje Eriksson (2018) er det viktig at omsorga får meir innslag av leik. Ho grunnjev dette med at motivet til den naturlege læringa bør vekse fram frå mennesket sine egne behov, og at omsorgsgjevaren si oppgåve er å gjere dette mogleg, og på den måten gjere det lettare å lære (Eriksson, 2018).

Lindberg, von Post og Eriksson (2012) peika også på leiken sin betydning for samspelet mellom sjukepleiar og barnet som pasient. Gjennom leik kan ein skape tryggleik for barnet og bevege seg fram og tilbake i dialogen (Lindberg et al., 2012)

Mykje av det helsesøstrene gjer for at elevane skal kjenne seg trygge er sjølvsagt uavhengig av PF, men dei fleste seier at det er positivt å ha eit verktøy. Fleire seier at dei har bamsane og PF-skrinet ståande framme bevisst, og at det gjer elevane nysgjerrige. Det kan bidra til å få i gong ein samtale om tankar og følelsar på ein naturleg måte, ved at helsesøster følger eleven sitt initiativ og nysgjerrigheit på kva skrinet og bamsane er.

I Korsvold (2004) sin studie brukte sjukepleiarane leik for at borna skulle få tillit til sjukepleiaren, og kjenne seg trygge. For at borna skulle bli trygge måtte sjukepleiaren sjølv vere trygg gjennom erfaringar, refleksjonar og den pleiekulturen ho var del av.

Dette kan også henge saman med det fyrste funnet i denne studien, å bruke PF fleksibelt, som blant anna viste til at helsesøstrene kunne bruke det fleksibelt når dei var trygge på bruken av det, og hadde erfaring med å bruke det. Leiken heng dermed saman med omsorgsutøvar sin tryggleik.

Fleire av helsesøstrene framhevar betydninga av at elevane har noko å halde på med, og ikkje berre sitje ansikt til ansikt og prate med helsesøster. Helsesøstrene opplever at det er trygt for eleven å ha ein bamse å halde på med, eller å sitje å fylle ut ei hjelpehand. Ifølgje Martinsen (2005) kan det fysiske rommet og atmosfæren vere med på å setje atmosfære eller tone til samtalen (Martinsen, 2005), og kanskje er det godt for elevane, særleg dei minste, å bli sjå at det er bamsar på helsesøster sitt kontor.

Det at helsesøster tar seg tid til å ha rollespel med bamsar, gøymer bamsane for å gjere det med raude og grønne tankar visuelt for elevane og tilbyr noko å drikke kan også sjåast på som «det lille ekstra». I følgje Arman og Rehnsfeldt (2007) kan handlingar der omsorgsutøver anstreng seg litt ekstra føre til at den som mottar omsorga føler seg verdsett og ivaretatt (Arman & Rehnsfeldt, 2007). Helsesøster bruker sin kreativitet i møte med barna, ikkje fordi ho må, men fordi ho velger å gjere det.

5.3 Å setje ord på

Det siste temaet, «å setje ord på», handlar om at elevane lærer ein ny måte å uttrykkje seg på ved å bruke omgrepa raud og grøn om tankane sine.

Elevane lærar å setje ord på tankar og følelsar, slik barnehageborna i studien til Hatlebrekke (2018) gjorde (Hatlebrekke, 2018).

Nokre av helsesøstrene seier at det gjerne kjem fram nye ting medan elevane fyller ut hjelpehanda, og at eleven får formidla meir ved å bruke hjelpehanda. Sjølv om helsesøstrene er opptatt av at elevane skal fylle ut sjølv, sit dei tilgjengeleg, og på den måten kan PF vere med å bidra til at helsesøster og elev undrar seg og reflekterer over kva som er dei raude tankane som gjer at eleven blir meir engstelege til dømes, og kva grønne, hjelpsame tankar eleven har. Martinsen (2012) er opptatt av at ein må gje rom for undring i møte med menneske, og vere i bevegelse mellom sansing og forståing (Martinsen, 2012).

Helsesøstrene fortel at det at eleven lærer om raude og grønne tankar kan gje elevane ei forståing på korleis ting heng saman, til dømes at dei raude tankane kan gjere ting vanskelegare. Tidlegare studiar har vist at ulike skuleprogram er effektive i å førebyggje angst hos barn, og dei fleste er i likhet med PF basert på kognitiv åtferdsterapi (Neil & Christensen, 2009). Slike intervensjonar kan også bidra til å førebyggje symptom på depresjon hos barn (Kavanagh et al., 2009). Helsesøstrene i denne studien var også opptatt av den førebyggjande sida ved å undervise i PF, både når det gjaldt å førebyggje psykiske vanskar, men også det at elevane vart kjend med helsesøster, slik at det vart mindre skummelt å gå til ho ved seinare høve. Ifølgje Helsedirektoratet (2017) og Andersen (2011) tar elevar meir kontakt med hjelpeapparatet etter at dei har deltatt i undervisning (Andersen & Universitetet i Oslo Psykologisk institutt, 2011; Helsedirektoratet, 2017). Effekten av det avtar derimot etter tid (Andersen, 2011), noko som taler for at helsesøstre bør besøkje klassane jevnleg.

Det at eleven blir i stand til å setje ord på korleis han har det, kan forståast som at det har skjedd ei læring hos eleven. Ifølgje Erikson (2018) bør motivet til den naturlege læringa komme frå mennesket sine behov, og det er omsorgsgjevar si oppgåve å gjere dette mogleg og dermed gjere det lettare å læra (Eriksson, 2018).

5.4 Heilskapsforståing av resultatata

Helsesøstrene i studien viser at dei tar den etiske fordringa frå elevane på alvor, og møter elevane med eit ynskje om å hjelpe. Dei undrar seg ilag med eleven, i staden for å berre komme med løysingar. PF-verktøyet som integrert del av helsesøstrenes kunnskap og erfaring gir rom for mange moglegheiter til førebyggjande arbeid for god psykisk helse hos barn og unge. Eriksson (2018) sine grunnomgrep ansa-leika-læra gjenspeglar retninga på helsesøstrene sine omsorgshandlingar. Begrepet omsorgshandling har ei kopling til intensjonalitet, det vil sei at menneska har ein intensjon; vil oppnå noko, med handlinga si (Gustin & Lindwall, 2012). Når elevar kjem til helsesøster i skulehelsetenesta kjem dei fordi dei strevar med noko, og helsesøster har eit ynskje og ein intensjon om å hjelpa dei til å få det betre. Nokre av helsesøstrene i studien fortel at dei har sakna eit verktøy som PF, for å hjelpe elevar, i tillegg til samtalen. Funna i denne studien viser at helsesøstrene bruker PF fleksibelt, og tilpassar seg den enkelte elev. Dei tre hovudfunna i studien kan sjåast på som at dei byggjer på kvarandre, med helsesøster sine erfaringar som gjer at ho kan bruke PF fleksibelt nedst. Dette kan føre til at helsesøster er trygg nok i PF til å skape leik på neste trinn, og øverst gjere eleven i stand til å setje ord på korleis han/ho har det, sjå fig. 4.

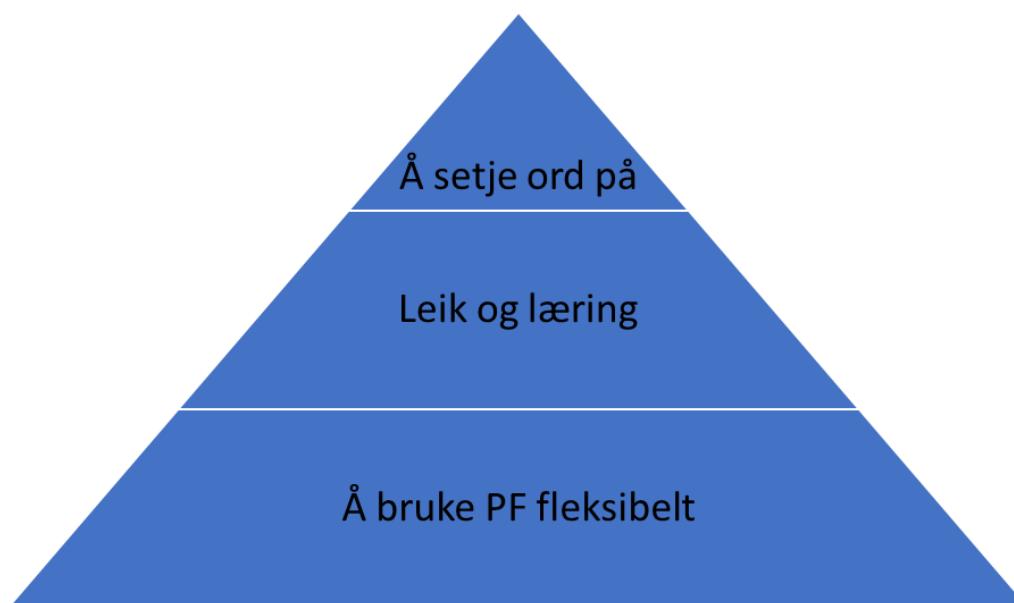


Fig.4 Hovudfunna som pyramide

Helsesøstrene bruker tid på sansing og på å prøve å møte eleven der eleven er, og finne ut av fordringa hos eleven. Ansning er eit uttrykk for at man verkeleg vil den andre vel, og det at helsesøster bruker tid på å sjå og tilpasse seg eleven, kan vere eit uttrykk for det. Kanskje kan det å bruke PF ilag med eleven hjelpe helsesøstrene med å gje ein retning på intensjonen deira om å hjelpe eleven til å få det betre, og at det er dette nokre har sakna. Og for eleven vil det kunne bidra til at han/ho kjenner seg ivaretatt, og mottar naturleg omsorg gjennom ansing, leik og læring, som illustrert i fig. 5.



Fig.5: Ansa-leika-læra

5.5 Studiens betydning for klinisk praksis

Studien kan bidra med innspel til innhald i undervisning i psykisk helse på barneskulen. Dei nasjonale retningslinjene for skulehelsetenesta (2017) seier at skulehelsetenesta skal bidra med undervisning i samarbeid med skulen, men ikkje korleis det skal gjerast. Undervisning i PF kan

vere eit aktuelt undervisningsopplegg, og det kan vere lurt å flette inn element frå det i ulike typar undervisning for å repetere, slik nokre av helsesøstrene i denne studien gjorde.

Helsesøstrene vektla spesielt verktøyet som førebyggingsverktøy, som er ein viktig del av helsesøstrer sitt arbeid.

Som del av individuell oppfølging fortalte helsesøstrene at dei hadde erfaring med at det kunne vere hjelpsomt å bruke PF i møte med blant anna engstelege barn. Samtidig vektla dei at det var ikkje alle barn som fekk det betre etter at dei hadde brukt PF ilag med dei.

Sjølv om det er lett å forstå og bruke PF, kan det virke som at ein oppdager fleire sider ved det etter å ha brukt det fleire gongar, og etter kvart når det blir ein integrert del av helsesøstera kan det brukast meir fleksibelt.

Spesielt interessant er gjerne leiken sin betydning, og korleis ein kan bruke leik i møte med elevar, slik som helsesøstrene som aktivt brukte bamsane, gjorde.

5.6 Forslag til vidare forskning

Min studie tar utgangspunkt i 5 helsesøstrer sine erfaringar for å finne ut kva betydning det kan ha for barn å lære om PF. Det kunne vore interessant å tatt utgangspunkt i funna i denne studien, og spurt barna om deira erfaringar.

Ifølge Regjeringa sin strategi «Mestre hele livet», etterlyser barn og ungdom meir kunnskap om korleis dei kan meistre heile livet (Departementene, 2017), og det hadde vore interessant å funne ut om barna tar i bruk det dei lærer i undervisning om PF.

Det hadde også vore spennande å utforske leiken sin betydning i skulehelsetenesta meir, og om helsesøstrer sin bruk av leik i møte med barn.

6. KONKLUSJON

Studien viser at når helsesøstrer bruker PF ilag med barn på barneskule kan det bidra til at elevane lærer å setje ord på tankar og følelsar på ein enkel måte tilpassa barn. Ved å bruke den raude og grønne bamsen ilag med helsesøster kan det gjere det enklare for eleven å setje ord på det som er vanskeleg.

Møtet som skjer mellom elev og helsesøster er viktig, og helsesøster er opptatt av at det skal vere eit godt møte. Bruk av PF kan bidra til at eleven slappar meir av, tilføre samtalen noko ekstra og det kan bidra til leik.

Grunnomgrepa ansa, leika og læra har bidratt til djupare forståing om kva betydning det kan ha for elevar at helsesøstrer bruker PF.

LITTERATURLISTE

Alderslyst, G. (2015): Har psykisk helse på timeplanen. *Sykepleien*, 9, 35.

Andersen, B. J., & Universitetet i Oslo Psykologisk institutt. (2011). *Effekter av undervisning om psykisk helse i videregående skoler*. Oslo: Institutt for psykologi, Det samfunnsvitenskaplige fakultet, Universitetet i Oslo.

Arman, M., & Rehnsfeldt, A. (2007). The 'little extra' that alleviates suffering. *Nursing Ethics*, 14(3), 372-84; discussion 384-6. doi:14/3/372 [pii]

Arman, M., Dahlberg, K., & Ekebergh, M. (2015). *Teoretiska grunder för vårdande*. Stockholm: Liber.

Askland, L. & Sataøen, S.O. (2013) *Utviklingspsykologiske perspektiv på barns oppvekst*. (3.utg.) Oslo: Gyldendal.

Asp, M (2017). Begreppsutveckling på livsvärldsfenomenologisk grund. I: Gustin, L.W. & Bergbom, I. *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur.

Bakken, A. (2018). *Ungdata 2018. Nasjonale resultater*. (NOVA rapport 8/18). Henta frå:

<http://www.ungdata.no/>

Barneombudet. (2013). *Helse på barns premisser*. Barneombudets fagrapport 2013. Henta frå:

<http://barneombudet.no/>

Berentsen, I. T. (2013). *Psykisk helse i skolen: "Hvordan forebygges det innen psykisk helse i skolen, og hvilke offentlige føringer er de pålagt å følge?" : En kvalitativ intervjustudie av skolens opplevelse av forebygging innen psykisk helse i skolen.* (Masteroppgave) Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Fakultet for samfunnsvitenskap og teknologiledelse, Pedagogisk institutt, Trondheim

Björnsen, H. N., Ringdal, R., Eilertsen, M. E., Espenes, G. A., Holmen, N. S., & Moksnes, U. K. (2018). Kunnskap kan gi ungdom bedre psykisk helse. *Sykepleien*(106(e-65075)), 1-14.
doi:<https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2018.65075>

Dahm, K. T., Landmark, B., Kirkehei, I., & Reinart, L. M. (2010). In Nokc (Ed.), *Effekter av skolehelsetjenesten på barn og unges helse og oppvekstvilkår*. Rapport fra Kunnskapssenteret nr 17-2010. Henta frå:
https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2010/rapport_2010_17_effekter-av-skolehelsetjenesten-pa-barn-og-unges-helse-og-oppvekstvilkar.pdf

Departementene. (2017). *Mestre hele livet. regjeringens strategi for god psykisk helse (2017-2022)*. R <https://www.regjeringen.no/>

Eriksson, K. (2003) Ethos. I: Eriksson, K., Lindström, U. & Åbo Akademi (Red.) *Gryning: II : Klinisk vårdvetenskap*. Vasa: Institutionene för vårdvetenskap, Åbo Akademi.

Eriksson, K. (2018). *Vårdvetenskap: Vetenskapen om vårdandet : Om det tidlösa i tiden*. Stockholm: Liber.

Eriksson, K., Lindström, U. Å., & Åbo akademi, I. f. (2003). *Gryning : II : Klinisk vårdvetenskap*. Vasa: Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi.

- Fredriksson, L. (2017). Vårdande kommunikation (s.415-425). I: Gustin, L.W. & Bergbom, I. *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur (2.oppl.).
- Gadamer, H. (2003). *Forståelsens filosofi : Utvalgte hermeneutiske skrifter*. Oslo: Cappelen.
- Glavin, K., Helseth, S., & Kvarme, L. G. (2007). *Fra tanke til handling: Metoder og arbeidsmåter i helsesøstertjenesten*. Oslo: Akribe.
- Gustin, L. W., & Lindwall, L. (2012). *Omvårdnadsteorier i klinisk praxis* Natur och kultur.
- Hart, S. (2011). In Gröhn H. (Ed.), *Den følsomme hjernen : Hjernens utvikling gjennom tilknytning og samhørighetsbånd*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Hatlebrekke, B. H. (2018). *En kvalitativ undersøkelse av fem barnehagelæreres erfaringer i bruk av programmet grønne tanker - glade barn*. (Masteroppgave) Bergen: NLA Høgskolen.
- Haugland, S., & Misvær, N. (2009). *Håndbok for skolehelsetjenesten* (2 utg.). Oslo: Kommuneforl.
- Helsedirektoratet. (2017). Nasjonal fagleg retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom Henta frå: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten> .
- Helse-og omsorgsdepartementet. (2015). *Fremtidens primærhelsetjeneste - nærhet og helhet*. (meld. st. 26 (2014-2015)). Henta frå: <https://www.regjeringen.no/>
- Holme, H., Olavesen, E. S., & Valla, L. & Hansen, M.B. (Red.). (2016). *Helsestasjonstjenesten : Barns psykiske helse og utvikling*. Oslo: Gyldendal akademisk.

- Kavanagh, J., Oliver, S., Lorenc, T., Caird, J., Tucker, H., Harden, A., Oakley, A. (2009). School-based cognitive-behavioural interventions: A systematic review of effects and inequalities. *Health Sociology Review*, 18(1), 61-78.
- Korsvold, L. (2009). *Er lek sykepleie?: En studie om lekens betydning i sykepleie til syke barn på sykehus*. Henta frå: <https://sykepleien.no/forskning/2009/03/lek-og-barnesykepleie>
- Kvale, S. (2015). In Brinkmann S., Anderssen T. M. and Rygge J. (Red.), *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg., 2. oppl.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lindberg, S., von Post, I., & Eriksson, K. (2012). The experiences of parents of children with severe autism in connection with their children's anaesthetics, in the presence and absence of the perioperative dialogue: A hermeneutic study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26(4), 627-634. doi:10.1111/j.1471-6712.2012.00971.x
- Lindström, U.Å. (2014). Vårdvetenskap och hermeneutik i praxis (s.33-41). I: Lassenius, E. & Severinsson, E (red.). *Hermeneutik i vårdpraxis: det nära, det flyktiga, det dolda*. Malmö: Gleerups.
- Løgstrup, K. E. (2010). *Den etiske fordring* (4 utg.). Århus: Klim.
- Lov om kommunale helse-og omsorgstjenester m.m, (2011). Henta frå: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30#KAPITTEL_3
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning : En innføring* (3. utg.) Oslo: Universitetsforl.
- Martinsen, K. (2005). *Samtalen, skjønnnet og evidensen*. Oslo: Akribe.

Martinsen, K. (2012). *Løgstrup og sykepleien*. Oslo: Akribe.

Martinsen, K. (2014). "Vil du meg noe?" Om sårbarhet og travelhet i helsevesenets rom. I:

Alvsvåg, H., Førland, O. & Jacobsen, F.F. (red.): *Rom for omsorg?* Bergen: Fagbokforlaget.

Martinsen, K. & Hagen, R. (2012) *Håndbok i kognitiv atferdsterapi i behandling med barn og unge*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Neil, A. L., & Christensen, H. (2009). Efficacy and effectiveness of school-based prevention and early intervention programs for anxiety. *Clinical Psychology Review*, 29(3), 208-215.

doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2009.01.002>

Neumer, S. P. (2013). Beskrivelse og vurdering av tiltaket psykologisk førstehjelp. Henta frå:

https://ungsinn.no/post_tiltak/psykologisk-forstehjelp/

Raknes, S. & Haugland, B. S. M. (2013). *Psykologisk førstehjelp : Veiledning for bruk i førstelinjen*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Reneflot, A., Aarø, L. E., Aase, H., Reichborn-Kjennerud, T., & Tambs, K. & Øverland, S.

(2018). *Psykisk helse i norge*. Folkehelseinstituttet. Henta frå:

<https://fhi.no/publ/2018/psykisk-helse-i-norge/>

Sandvik, B. M., Dybdahl, R., & Hauge, S. (2018). Helsesøstre bruker program for foreldreveiledning aktivt i praksis. *Sykepleien Forskning*, 13

doi:<https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2018.71217>

Skogen, J.C, Smith, O.R.F, Aarø, L.E. , Siqveland, J. & Øverland S. (2018). *Barn og unges psykiske helse. Forebyggende og helsefremmende folkehelseiltak. En kunnskapsoversikt*.

Henta frå: <https://fhi.no/publ/2018/barn-og-unges-psykiske-helse-forebyggende-og-helsefremmende-folkehelseilta/>

Thomassen, M. (2006). *Vitenskap, kunnskap og praksis : Innføring i vitenskapsfilosofi for helse- og sosialfag*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori : For helsefag*. Bergen: Fagbokforl.

Psykologisk førstehjelp – kva betydning kan det ha for elevar at helsesøster bruker det?

Ei kvalitativ studie av helsesøstrer sine erfaringar

Forfattarar:

Mariann Meland, sjukepleiar/masterstudent i Klinisk Helse-og Omsorgsvitskap, Høgskulen på Vestlandet. (Kontaktinformasjon oppgis ved innsending til tidsskrift)

Benny Huser, høgskulelektor, Institutt for helse-og omsorgsvitskap, Høgskulen på Vestlandet campus Stord, Klingenbergvegen 4, 5414 Stord. Tel: 53491543 E-post: benny.huser@hvl.no

Antal ord: 4006

Tabellar: 1

Merknad: Artikkelen vil bli justert i henhold til retningslinjer hos Tidsskriftet Sykepleien før innsending

Samandrag

Bakgrunn: Helsesøstrer i skulehelsetenesta skal fremje god psykisk helse hos elevar, og på mange skular bruker helsesøstrene sjølvhjelpsverktøyet Psykologisk Førstehjelp både i individuelle samtalar med elevar og som klasseromsundervisning.

Hensikt: Å få auka kunnskap om kva betydning det kan ha for elevar på barneskule at helsesøster bruker Psykologisk Førstehjelp.

Metode: Studien er kvalitativ, og basert på individuelle intervju med 5 helsesøstrer. Dataa er analysert ved hjelp av systematisk tekstkondensering.

Resultat: Helsesøstrene integrerer etter kvart Psykologisk Førstehjelp i seg, og bruker det fleksibelt i møte med elevane. Bruk av bamsane og hjelpehanda kan bidra til å skape tryggleik hos elevane, og det kan også bringe litt leik inn i møtet med helsesøster. Helsesøstrene er opptatt av å undervise i Psykologisk Førstehjelp, og meiner at det kan ha ei førebyggjande effekt.

Konklusjon: Bruk av Psykologisk Førstehjelp kan bidra til at elevane lærer om tankar og følelsar på ein leikprega måte, tilpassa deira nivå.

Nøkkelord: helsesøster – kvalitativt intervju – skulehelseteneste – Psykologisk Førstehjelp

Introduksjon

I følge FHI sin rapport «Psykisk helse i Norge», er psykiske lidingar og psykiske problem vanleg førekommande hos barn og unge (1). Skulehelsetenesta med helsesøster har fokus på å fremje god psykisk helse og positiv utvikling hos barn, og skal vere lett tilgjengeleg for elevar.

Psykologisk førstehjelp (PF) er eit sjølvhjelpsverktøy som blir brukt av mange helsesøstrer både i individuelle samtalar og i klasserom-undervising. Nokre kommunar har gitt opplæring til alle lærarar på barneskular, barnehagelærarar og helsesøstrer. Verktøyet består av eit skrin med eit hefte som skildrar grunnprinsippa i kognitiv åtferdsterapi med enkle tekstar og bilete, ein raud og grøn figur og ei blokk med «hjelpenhender» som ein kan fylle ut og beskrive situasjonen, kva følelsar ein har, kva raude og grønne tankar ein har, kva ein kan gjere for å få det betre og kven som kan hjelpe ein. I tillegg kan ein supplere med ein raud og grøn bamse. Raude tankar er tankar som gjer oss meir triste, redde eller sinte. Grønne tankar gjer oss meir trygge og glade (2). Målet er at elevane skal bli meir bevisst kva følelsar og tankar dei har, og kva dei kan gjere for å påverke korleis dei har det gjennom det dei tenkjer og gjer. Det er også laga eit undervisningsopplegg for 2., 5. og 8.trinn.

Ungsinn.no har skildra og vurdert tiltaket Psykologisk førstehjelp (27.11.13), og klassifiserer det som godt skildra, og at metodane som blir brukt er godt forankra i allmenn psykologisk teori. Men grunna at det ikkje føreligg studiar som viser til tiltaket sin effekt, vert det klassifisert som eit sannsynleg verksamt tiltak på evidensnivå 2 (3). Ifølge Ungsinn.no vil materiellet sannsynlegvis gjennomførast på ein god måte av fagfolk som er kjent med kognitive og åtferdsterapeutiske teknikkar. Dei er derimot usikker på om barn/ungdom og foreldre klarer å bruke det riktig (3)

Skulehelsetenesta skal ifølgje dei nasjonale retningslinjene (2017) bidra med undervisning dersom skulen ynskjer det, og aktuelle tema kan til dømes vere psykisk helse. Men det står lite om kva innhaldet i undervisninga skal vere.

Brukarar av skulehelsetenesta peiker på at ungdom ynskjer meir kunnskap om kva som påverkar den psykiske og fysiske helsa. Erfaring viser også at når skulehelsetenesta bidrar i undervisning oppsøker elevar skulehelsetenesta lettare i etterkant (4).

Tidlegare forskning viser at dei elevane som har god kunnskap om god psykisk helse rapporterer høgare grad av psykisk velvære enn dei som har lite kunnskap (5). Barnehagelærarar som brukte barneversjonen av Psykologisk førstehjelp erfarte at barna fekk ei felles forståingsramme, og dermed vart flinkare til å ta vare på kvarandre, og eit språk til å setje ord på følelsar (6). Studiar viser også at fleire skuleprogram er effektive i å førebyggje angst hos barn, og dei fleste er basert på kognitiv åtferdsterapeutiske metodar (7). Ei evalueringsstudie av Psykologisk Førstehjelp i fyrstelinjetenesta viste at ein stor del av hjelparane i fyrstelinjetenesta opplevde PF som nyttig i forhold til arbeid med internaliserte vanskar, eksterne vanskar og relasjonsvanskar (8). Ei studie innan omsorgsvitenskap viste at når omsorgsutøvarer gjer noko ekstra for pasienten kjenner han seg verdsett (9).

Hensikta med studien

Hensikta med denne studien er å få kunnskap om kva betydning det kan ha for elevar på barneskule at helsesøster bruker PF i individuelle samtalar og undervisning, i eit omsorgsvitenskapleg perspektiv. Det tas utgangspunkt i Løgstrup (10) og Martinsen (11) som legg vekt på den etiske fordring i møte med andre og Eriksson (12) som seier at lek og læring er grunnleggjande for menneske.

Metode

Design

For å få ei auka forståing for korleis helsesøstrene opplever at det har betydning for barn at dei bruker PF, vart det brukt kvalitativ metode, og 5 helsesøstrer vart intervjuet. Det vart brukt intervjuguide for å sikre at alle informantane vart spurt om dei same temaa.

Deltakarar

Deltakarane var 5 helsesøstrer som jobba på barneskule og hadde erfaring med å bruke PF.

Helsesøstrene kom frå 3 ulike kommunar, og hadde jobba i 2-30 år som helsesøster, og var i alder 34-63 år.

Gjennomføring av intervju

Intervjua vart gjort individuelt, og gjennomført i perioden juli 2017-februar 2018 på helsesøstre sine arbeidsplassar. Tre av intervjua vart gjennomført ansikt til ansikt, medan to av intervjua vart gjort via telefon. Intervjua varte frå 30-60 minutt.

Intervjua vart tatt opp på mobiltelefon med kodelås, og transkribert i sin heilheit. Det vart brukt intervjuguide som hugseliste, og temaa handla blant anna om erfaringar helsesøstrene hadde med å bruke PF individuelt og i undervisning, tilbakemeldingar frå elevar og relasjonar.

Informantane fekk fortelje fritt med utgangspunkt i intervjuguiden, og det vart stilt oppfølgingsspørsmål for å få utdjupingar av svar.

Intervjua vart transkribert fortløpande.

Forskingsetikk

Studien er godkjent av NSD, Norsk Senter for Forskingsdata og REK, Regional Etisk komité.

Lydopptak av intervjua vart oppbevart utilgjengeleg for uvedkomande, og sletta etter transkribering. Det vart vektlagt at det var frivillig å delta, og at ein kunne trekkje seg kva tid som helst.

Deltakarane fekk tilsendt skriftleg informasjon om kva det ville sei å delta i studien før intervjuet, og signerte på samtykkeskjema.

Analyse

Tekstane vart tolka i ein fire-steps analyse ved hjelp av systematisk tekstkondensering med ei fortolkande tilnærming (13) Sjå eksempel i tabell 1. Fyrste steg bestod av å lese gjennom tekstane for å få eit heilheitsinntrykk og notere foreløpige tema. Neste steg var å lese tekstane på nytt og identifisere meiningsberande einingar, som sa noko om temaene, og plassere dei i ulike kodegrupper, basert på temaene, totalt vart det 4 kodegrupper.

I tredje steg vart teksten i dei ulike kodegruppene kondensert ved at utsegnene vart komprimert ilag, samtidig som meininga og innhaldet i teksten vart bevart. Den komprimerte teksten til kvar kodegruppe vart lest på nytt, og sortert i 4-5 subtema.

I det fjerde steget vart tekstane lest på nytt i lys av forskingsspørsmålet, og ilag med subtemaa vart ei heilheitsforståing etablert, og formulert i tre tema som utgjorde funna.

Tabell 1. Eksempel på analyse frå meiningsberande eining til funn/tema.

Meiningsberande einingar	Kode	Kodegruppe	Subtema	Tema
Han seier veldig mykje veit ikkje, klarer ikkje setja ord på ting, men viss eg spør han direkte om du , har du hatt mange raude tankar så kan han gje meg eit	Eleven klarer å uttrykkje seg betre etter å ha brukt PF i lag med helsesøster	Bruk av PF i møte med barn	Kan hjelpe eleven å sortere/finne ut av, og setje ord på kva som er vanskeleg.	Setje ord på

<p>meir utfyllande svar på at ja, eg har veldig mange raude tankar, men eg har òg nokre grøne.</p> <p>Det er litt lettare å setje ord på ting som var litt ullent før, det har blitt meir tydeleg no, med å bruke dei begrepa.</p>				
<p>Eg har det jo i tankegongen heile tida, det er jo noko som blir på ein måte litt sånn, som du bruker i det daglege, så det er litt sånn vanskeleg å sei kor mange eg har, eg vil jo egentleg sei at eg snakkar om det veldig ofte, eller bruker det veldig ofte da.</p>	<p>Helsesøster bruker PF ofte i det daglege arbeidet sitt pga ho har det i tankane heile tida.</p>	<p>Helsesøster som aktør</p>	<p>Helsesøster har PF integrert i seg.</p>	<p>Helsesøster bruker PF fleksibelt</p>

Resultat

Tre tema kom fram av tekstanalysen som kan sei noko om betydninga av at helsesøster bruker PF: *Å bruke PF fleksibelt, leik og tryggleik, og å setje ord på.*

Å bruke PF fleksibelt

Fyrste tema viser at helsesøstrene har integrert PF i seg, og bruker det fleksibelt. Fleire av helsesøstrene fortel at dei bruker element av PF nesten dagleg. Ei helsesøster seier at ho trur ikkje ho har ein samtale med elevar utan at ho snakkar om raude og grønne tankar.

Dei bruker element frå PF som raude og grønne tankar blant anna for å hjelpe elevane til å få ei forståing for korleis tankane påverkar oss. Og til å oppmuntre elevane til å gjere ting dei liker, for å få betre psykisk helse.

Helsesøstrene seier at dei ofte har ein startsamtale fyrst, for å bli kjent og for å kartlegge, før dei tar i bruk PF og bruker det systematisk. Men samtidig kan PF bidra til å få igong samtalen, ved at elevane ser bamsane eller skrinet og lurar på kva det er. Nokre elevar pratar mykje av seg sjølv, og då er det viktig å la dei få prate om det som opptar dei, og lytte til det. Det er ulikt kor raskt elevane er klar for å snakke om det som er vanskeleg, og nokre veit ikkje heilt kva det er sjølv når dei kjem til samtale med helsesøster, så då er det viktig at helsesøster gir eleven rom til å summe seg, er avventande, gir eleven tid, og ikkje maser slik at det vert opplevd som ei utspørjing. Ofte kan det då komme fram litt etter kvart kva eleven strever med.

Helsesøstrene som er blitt intervjuja har brukt PF mykje både i individuelle samtalar og i undervisning. Dette har ført til at dei er tryggare på innhaldet og kan bruke det meir fleksibelt og ikkje er så låst til heftet som fylgjer med skrinet til dømes. Helsesøstrene beskriv PF som eit verktøy som er lett å lære og bruke, men samtidig forstår dei meir når dei har brukt det ei stund, og oppdagar nye sider ved det.

Av den grunn kjem det fram at elevane kanskje kan ha meir utbytte av å lære om PF ilag med helsesøster, enn å berre bruke det heime. Ein informant sa det slik:

”Eg trur elevane lærer meir om PF med oss som er helsesøstrer, fordi me har meir erfaring med å bruke det, og oftast meir kunnskap om det enn foreldra. Me kan også hjelpe til å normalisere ved å fortelje at me veit mange andre barn som strever med det same”.

Ei helsesøster forklarar det som at ho har det i tankegongen heile tida, difor er det vanskeleg å sei noko om kor mange elevar ho har brukt PF med. Det ligg i bakhovudet heile tida når ho snakkar med elevar som kjem med ulike problemstillingar.

Eksempel på situasjonar helsesøstrene nyttar PF er i møte med elevar som er engstelege, elevar som har lav sjølvkjensle og elevar som er mykje sinte.

Det at helsesøster bruker PF ilag med eleven, kan vere med å bidra til at elevane får eit meir likt tilbod, uansett kven helsesøster dei går til, og kan vere med på å kvalitetssikre tenestene.

Sjølv om helsesøstrene bruker det fleksibelt, har dei grunnelementa som basis, og på dei 3 arbeidsplassane informantane kom frå, var det det mest brukte verktøyet blant helsesøstrene.

Informantane fortel også at dei fletter inn PF i annan undervisning på ulike klassetrinn når dei til dømes snakkar om mobbing, pubertet og psykisk helse.

Leik og tryggleik

Helsesøster bruker PF for å bidra til ein leikprega måte å kommunisere med elevar på. Fleire av helsesøstrene fortalte at dei hadde den raude og grønne bamsen og PF-skrinet ståande synleg på kontoret, og at det var mange elevar som var nysgjerrige på kva det var. Mange elevar syntest PF-skrinet såg ut som eit spel, og ville kikke oppi og spele. Ei helsesøster fortalte: «Det er veldig mange elevar som ser PF-skrinet og lurar på kva det er og opnar det, og det blir ein veldig god start på samtalen med eleven der eleven tar initiativ sjølv og eg forklarar dei». Det å bruke PF med bamsane og skrinet blir opplevd som noko kjekt, spesielt blant dei minste på barneskulen, meiner informantane.

Det kan vere ein god måte å få i gong samtalen på, ved at helsesøster følger barnet sitt initiativ og interesse for bamsane og skrinet.

Fleire helsesøstre fortel også at dei opplever at det blir meir konkret for elevane å forstå dette med raude og grønne tankar når dei viser den raude og grønne bamsen eller figuren. Ei helsesøster fortalte at ho hadde ein leik med eleven der dei gjekk rundt på kontoret og gøymde dei raude bamsane, og at det då vart lettare for eleven å fokusere på dei grønne bamsane, altså det som var positivt. Informanten sa: «Eg opplever at det er trygt og det ufarleggjer litt dette å komme til helsesøster og snakke om seg sjølv, for på ein måte så snakkar me jo berre om to bamsar. Men mens me snakkar om dei to bamsane så snakkar me jo eigentleg om deira kjensler, og elevane koplar ofte på seg sjølv etter kvart av seg sjølv. Så eg opplever at dei kjenner på ein tryggleik rundt det».

Mange elevar er ikkje van med å snakke om følelsar og korleis dei har det, og då kan det vere enklare å snakke om to bamsar, og kva dei tenkjer og føler, og gjerne ha eit lite rollespel med dei to bamsane.

Fleire av helsesøstre fortalte at dei såg på det som ein fordel at elevane hadde noko å halde på med, utanom samtalen, då det for nokre elevar kan bli litt sterkt å berre sitje rett ovanfor helsesøster og prate. Ein av informantane hadde erfart det slik: «Med nokre av elevane kan du, sjølv om du har fått ein god relasjon, merke at dei blir ikkje så frie i praten når ein berre skal sitje å prate utan å ha noko å halde på med ». Så det å fylle ut hjelpehanda, halde på med bamsane, halde på med det digitale verktøyet og lese i bøkene om PF kan gjere det enklare for eleven å opne seg. Ei helsesøster samanlikna det med vaksne som blir meir avslappa når dei sit med ein kaffikopp. Ved å bruke ting frå PF blir ikkje møtet med helsesøster berre at ein sit og pratar, men eleven får noko å halde på med i tillegg, og som eleven og helsesøster kan ha eit felles fokus på, til dømes gjennom leik med bamsane, eller å skrive på hjelpehanda. Det erfarer helsesøstre som positivt for relasjonen, slik ein informant sa: ”Eg trur det er godt for elevane å skrive litt og ha noko å halde på med. For nokre blir det veldig sterkt å unaturleg å berre sitje å prate. Og ofte så synes eg at dei kjem på meir når dei skriv på hjelpehanda, og så pratar me om det etterpå”.

Det å sjå eleven, sjå kva dei treng og kva som gjev tryggleik for dei, framlegg helsesøstre som viktig. Før ein kan nærme seg eleven med ting som kan vere vanskeleg å snakke om, må ein ha bygd opp ein tillit, slik at eleven kan kjenne seg trygg i møtet med helsesøster.

Det kan vere å tilby ein kopp te, vere bevisst på korleis ein sit i forhold til eleven, innreiing/atmosfæren på kontoret og å snakke om kjekke ting i starten.

Undervisninga i PF for 2. og 5.trinn på barneskulen er også lagt opp til at det skal vere ei kjekk stund, der ein har ein leik med elevane, ser film, høyrer på musikk og mimar følelsar. Ei helsesøster sa: "Eg har inntrykk av at mange synes undervisninga er kjekk, og det skaper tryggleik hos elevane for dei blir betre kjent med oss".

For nokre av helsesøstrene var undervisninga i PF den einaste faste klasseromsundervisninga ho hadde med elevane, og dermed ekstra viktig for å formidle kunnskap om psykisk helse, og at elevane vart kjend med helsesøster.

Å setje ord på

Fleire av helsesøstrene fortel at det å lære om raude og grønne tankar, altså ikkje-hjelpsame og hjelpsame tankar, gjer det lettare for elevane å forklare korleis dei har det. Omgrepa i PF er enkle å forstå, og elevane identifiserer fort tankane sine med raudt og grønt når dei har lært om det.

Ei helsesøster fortalte om ein elev som i starten av oppfølginga sa veldig mykje «veit ikkje», og ho tolka det som at han ikkje klarte å setje ord på korleis han hadde det. Etter å ha brukt PF ilag med han, kunne ho spør han om han hadde hatt nokre raude tankar sidan sist samtale, og då kunne han fortelje om dei raude tankane, og også kva grønne tankar han hadde.

Helsesøster opplevde at han klarte å uttrykkja betre korleis han hadde det etter at han hadde lært om raude og grønne tankar.

Det å lære om raude og grønne tankar kan også gi eleven ei forståing på korleis ting heng saman, til dømes viss ein har mange raude tankar så kan ein til dømes bli sint og lei seg.

Hjelpehanda blir sett på som positivt for nokre elevar, då dei får moglegheit til å skrive ned det dei tenkjer, og helsesøstrene er opptatt av at det skal vere eleven sine egne ord og at elevane helst skal skrive sjølv, men at helsesøster kan hjelpe på veg dersom eleven står fast. På den måten får eleven eit eigarforhold til det som står der, at det blir «deira», som informanten sa.

Ved å bruke hjelpehanda vert eleven utfordra til å setje ord på det som er vanskeleg, det gir eleven litt rom for å tenkje gjennom, og ofte kan det vere lettare å skrive det fyrst, og så snakke om det etterpå.

Hjelpehanda kan hjelpe elevane i å sortere i kaoset av tankar og følelsar, og lære eleven at dei raude tankane kan gjere den negative følelsen sterkare. Helsesøstre fortalte: «Eleven kan sjå føre seg at det er jo faktisk ein raud tanke som prøver å lure meg litt til å tru at det er verre enn det er». Og: «Ting som var litt ullent før, har blitt meir tydeleg for eleven no, ved å bruke omgrepa som raud og grøn tanke».

Nokre av helsesøstre hadde også erfaring med at det kom fram fleire ting som eleven strevde med medan han/ho satt og fylte ut hjelpehanda, og at eleven fekk formidla meir enn når dei berre prata. Sjølv om det er eleven sjølv som skal fylle ut hjelpehanda sit helsesøster heilt tilgjengeleg, og kjem med forslag og undrar seg ilag med eleven.

Helsesøster treff og snakkar med mange barn og unge, og kan hjelpe eleven med å normalisere det som eleven gjerne tenkjer gjeld kun han/ho ved å sei at ho har høyrte mange elevar som tenkjer/har det på same måte.

Alle helsesøstre seier at dei ser på det som svært positivt å undervise i PF. Å undervise i PF blir sett på som å ha ei viktig førebyggjande effekt. Ein informant sa: ”Eg tenkjer at undervisning i PF er viktig for alle elevane, og at jo meir dei lærer om følelsar og tankar, jo betre blir dei på det. Eg tenkjer at dersom me klarer å lære elevane om det medan dei går på barneskulen, så trur eg me hjelper dei til å forstå seg sjølv betre, og at det er normalt å ha ulike følelsar”.

Fleire av helsesøstre seier dei er meir opptatt av PF som eit «førebyggjingsverktøy» enn som eit «behandlingsverktøy». Helsesøstre synes det er viktig at alle elevane lærer om tankar og følelsar for å forstå seg sjølv betre, at det er normalt og lov å ha ulike følelsar, og synes PF er eit godt verktøy til det. Klarer ein å lære elevane på barneskuletrinnet om det kan det kanskje hjelpe til at dei ikkje blir så lukka i forhold til psykisk helse, at dei lærer å setje ord på ting, i staden for å halde vanskelege tankar inni seg, og lærer seg nokre meistringsstrategiar for å handtere vanskelege tankar og følelsar. Ei av helsesøstre sa det slik:

”Eg tenkjer at dersom det er nokon, om det kun berre er eit fåtal, som har nytte av at me har vore i klassen og undervist i PF, så er det verdt å prioritere å bruke tid på det”.

Ei annan helsesøster seier at dersom ho måtte velje mellom å ha individuelle samtalar om PF og undervisning, så hadde ho valt undervisning. Det å vere i klassen og undervise bidrar til at eleven blir betre kjent med helsesøster, slik at ho ikkje berre blir ei framand dame på eit kontor, og gjer at det blir lettare for elevane å ta kontakt når dei treng det. Det er også enklare å bruke PF i individuelle samtalar når eleven kjenner til det frå før, gjennom klasseromsundervisning. Gjennom å ha undervisning når ein ut til mange fleire elevar enn det ein gjer når ein har individuelle samtalar, og gjerne til elevar ein elles ikkje hadde kome i kontakt med.

Drøfting

Hensikten med studien var å få fram betydninga av at helsesøster bruker PF i møte med elevar på barneskulen, både i individuelle samtalar og i undervisning.

Individuell oppfølging med PF

Helsesøstrene har gjennom erfaring integrert tankegangen i PF i seg, og bruker dermed element av det fleksibelt. Når ein er trygg på eit verktøy kan ein gjerne bruke det meir kreativt, slik som å ha rollespel med bamsane. Helsesøstrene er opptatt av å lytte til elevane og finne ut kva som opptar dei. Ifølgje Løgstrup ligg det i eitkvart møte mellom menneske ei etisk uttalt fordring om å ta vare på den personen som viser oss tillit ved å svare an på fordringa (10). Denne fordringa møter helsesøstrene hos elevar som kjem til dei. Ofte veit ikkje eleven eingong sjølv kva han/ho treng hjelp til, og helsesøster må då ifølgje Martinsen bruke det ho har av innsikt, fantasi og forståing for å finne ut kva dette omsorgsansvaret for eleven er (11). Helsesøstrene i studien beskriv at ved å bruke hjelpehanda i PF kan ein av og til finne ut kva eleven strever med.

Helsesøstrene bruker blant anna PF i møte med elevar som er engstelege, sinte eller har lav sjølvkjensle.

Studien viser at PF bidrar til leik med til dømes bamsane. Leik og læring er grunnleggjande innan omsorg (12). Gjennom leik kan ein veksle mellom den indre, kjente verden og den ytre verden, og gradvis innføre nye element frå den ytre verkelegheita inn i sin eigen indre verden (12), slik helsesøstrene i studien gjer når dei fyrst snakkar om bamsane sine tankar og følelsar, og deretter koplar eleven seg på når han/ho er klar for det. Elevane lærer å setje ord på tankar og følelsar, slik som også Hatlebrekke fann i sin studie om barnehagebarn (6).

Det at helsesøster bruker bamsane kreativt i møte med elevane kan også sjåast på som «det lille ekstra», som Arman og Rehnsfeldt kallar handlingar der omsorgsutøvar anstreng seg litt ekstra (9) Det er handlingar ho vel å gjere, og ikkje noko ho må, og det kan bidra til at eleven kjenner seg verdsett og ivaretatt (9).

Undervisning på barnetrinnet i PF

Dei fleste helsesøstrene kjem inn på temaet om å ha undervisning i PF tidleg i intervjuet. Dette vert opplevd som viktig for helsesøstrene, og ein god moglegheit til å førebyggje seinare psykiske vanskar hos elevane. Formålet med skulehelsetenesta er å fremje psykisk og fysisk helse (4), og studiar har også vist at skuleprogram basert på kognitiv adferdsterapi har effekt på å førebyggje angst hos barn (7). Elevar som har god kunnskap om god psykisk helse rapporterer høgare grad av velvære enn dei som har lite kunnskap (5). Helsesøstrene meiner det er viktig at elevar lærer om psykisk helse på barneskulen, og at det er lov å ha ulike følelsar.

Samtidig peika helsesøstrene på at det er ein fin måte for elevane å bli kjend med dei på, og at dei når ut til fleire enn ved individuelle samtalar. Helsesøstrene opplever også at det er fleire som tar kontakt med dei etter at dei hadde hatt undervisning, slik som også dei nasjonale retningslinjene peikar på (4). Retningslinjene seier lite om innhaldet i undervisninga i psykisk helse, og studien viser at helsesøstrene er positive til å bruke PF i undervisninga.

Truverdigheit og avgrensingar ved studien

Funna i denne studien er basert på helsesøstrer sine erfaringar og tolkingar av kva betydning det har for barna at helsesøster bruker PF, og ikkje frå barna sjølve. Funna er også basert på få informantar, noko som gjer det vanskeleg å sei i kva grad det er overførbart. Men det var lite sprik i svara til informantane, noko som gjer at resultatane kan vere gjenkjennbare for andre.

4 leiande helsesøstrer vart kontakta for å skaffe informantar, og 2 svara. Ei helsesøster tok kontakt sjølv og spurde om å få delta i studien. Det kan tenkjast at dei helsesøstrene som sa ja til å delta i studien har meir positive erfaringar enn andre helsesøstrer, og at det var difor dei svara ja til å delta.

Forfattar har sjølv brukt PF mykje, og har god kjennskap til verktøyet, og forfattar si forforståing vart difor nedskreven i forkant av studien og analysen. Studien sin truverdighet vert likevel styrkja av at det kom fram nye tema som ikkje var notert i forforståinga.

Konklusjon

Studien viser at helsesøstre integrerer teorien til Psykologisk Førstehjelp i seg og bruker det i ulike samanhengar, sjølv om verktøyet ikkje alltid blir brukt i sin heilskap. For elevane kan det vere trygt å ha noko å halde på med under samtalen med helsesøster, og bamsane og hjelpehanda kan bidra til det. Bruk av PF kan også vere verdifullt for elevane ved at det kan bringe leik inn i møtet med helsesøster. For elevane kan leiken gjere det enklare å snakke og å lære om tankar og følelsar. Implikasjon for praksis er at PF kan ekstra i tillegg til tradisjonell samtale. Som vidare forskning kunne det vore spennande å intervju barn og få fram deira erfaringar med å bruke PF.

- (1) Reneflot A, Aarø LE, Aase H, Reichborn-Kjennerud T, Tambs, K. & Øverland, S. Psykisk helse i Norge. 2018.
- (2) Raknes S. Psykologisk førstehjelp : veiledning for bruk i førstelinjen. Oslo: Gyldendal akademisk; 2013.
- (3) Neumer SP. Beskrivelse og vurdering av tiltaket Psykologisk førstehjelp. 2013; Available at: https://ungsinn.no/post_tiltak/psykologisk-forstehjelp/.
- (4) Helsedirektoratet. Nasjonal fagleg retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom. 2017.
- (5) Bjørnsen HN, Ringdal R, Eilertsen ME, Espenes GA, Holmen NS, Moksnes UK. Kunnskap kan gi ungdom bedre psykisk helse. 2018; Sykepleien(106(e-65075)):1-14.
- (6) Hatlebrekke BH, NLA Høgskolen. En kvalitativ undersøkelse av fem barnehagelæreres erfaringer i bruk av programmet Grønne tanker - glade barn. Bergen: NLA Høgskolen; 2018.
- (7) Neil AL, Christensen H. Efficacy and effectiveness of school-based prevention and early intervention programs for anxiety. Clin Psychol Rev 2009 4;29(3):208-215.
- (8) Haugland BSM, Mauseth, T. & Raknes, S. Psykologisk førstehjelp i førstelinjetjenesten. Implementering og evaluering av tiltaket. 2011; Available at: http://solfridraknes.no/filer/PF_rapport_ferdig_1.pdf.
- (9) Arman M, Rehnsfeldt A. The 'little extra' that alleviates suffering. Nurs Ethics 2007 May;14(3):372-84; discussion 384-6.
- (10) Løgstrup KE, Fink H. Den etiske fordring. 4 udg ed. Århus: Klim; 2010.
- (11) Martinsen K. Løgstrup og sykepleien. Oslo: Akribe; 2012.
- (12) Eriksson K, Eriksson K, Eriksson K, Eriksson K, Eriksson K, Eriksson K. Vårdvetenskap: vetenskapen om vårdandet : om det tidlösa i tiden. Stockholm: Liber; 2018.
- (13) Malterud K. Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag. 4 utg ed. Oslo: Universitetsforl; 2017.

Benny Huser
Avdeling for helsefag Høgskolen Stord/Haugesund
Postboks 1064
5407 STORD

Vår dato: 10.06.2016

Vår ref: 48741 / 3 / BGH

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 23.05.2016. Meldingen gjelder prosjektet:

<i>48741</i>	<i>Psykologisk fyrstehjelp i skulehelsetjenesta. Ein kvalitativ studie av kva nytte barn har av å bruke det i individuelle samtaler</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Høgskolen Stord/Haugesund, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Benny Huser</i>
<i>Student</i>	<i>Mariann Meland</i>

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

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

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

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 15.06.2017, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Kjersti Haugstvedt

Belinda Gloppen Helle

Kontaktperson: Belinda Gloppen Helle tlf: 55 58 28 74

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Mariann Meland 120120@hsh.no

PERSONVERNOMBUDET FOR FORSKNING

Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 48741

FORMÅL

I følge prosjektmeldingen er formålet å undersøke skolebarns erfaringer med "Psykologisk førstehjelp". Videre tar prosjektet sikte på å få frem elevene sine egne erfaringer, hva de synes har vært nyttig med deltagelse og hvordan det har hjulpet dem.

INFORMASJON OG SAMTYKKE

Utvalget (skoleelever og deres foresatte) informeres skriftlig og muntlig om prosjektet og samtykker til deltagelse. Informasjonsskrivet er godt utformet.

REKRUTTERING

I følge prosjektskissen vil det ikke bli rekruttert skoleelever som har vært utsatt for alvorlige hendelser hvor deltagelse i prosjektet kan medføre uro hos skoleeleven. Personvernombudet forutsetter at studenten diskuterer dette med helsesøster før rekrutteringsprosessen starter.

I følge meldeskjemaet skal skoleelevene rekrutteres via helsesøster på barneskolen. Helsesøster tar kontakt med elevenes foresatte og leverer ut informasjonsskriv til de som ønsker å delta i prosjektet. Det blir ikke opprettet kontakt mellom student og eleven før elevene/foresatte har samtykket til å delta. Personvernombudet mener at dersom rekrutteringsprosessen blir gjennomført slik opprettholdes kravene om frivillighet og konfidensialitet.

BARN I FORSKNING

Merk at når barn skal delta aktivt er deltagelsen alltid frivillig for barnet selv om de foresatte samtykker. Barnet bør få alderstilpasset informasjon om prosjektet. Dere må sørge for at de forstår at deltagelse er frivillig og at de kan trekke seg når som helst dersom de ønsker det.

SENSITIVE OPPLYSNINGER

Elevene som intervjues har tatt i bruk "Psykologisk førstehjelp" fordi de har ulike problemer. Derfor behandles det sensitive personopplysninger om helseforhold i dette prosjektet.

TREDJEPERSONER

Det tas høyde for at det vil registreres sensitive opplysninger om identifiserbare tredjepersoner (familiemedlemmer og andre involverte). Behandlingen anses nødvendig for formålet, da det i mange tilfeller vil være vanskelig for informanten å besvare spørsmålene uten å identifisere involverte tredjepersoner. Vi forstår det slik at fokus vil være på informanten og dennes opplevelser. Vi forutsetter at det kun registreres opplysninger som er nødvendig for formålet med prosjektet, og at disse anonymiseres fortløpende så fremt det lar seg gjøre. Personopplysningene skal kun behandles en kort periode, og ingen enkeltpersoner vil gjenkjennes i publikasjoner. Personvernombudet finner derfor at opplysningene kan behandles i henhold til personopplysningsloven § 8 d) og § 9 h).

INFORMASJONSSIKKERHET

Personvernombudet legger til grunn at dere behandler alle data i tråd med Høgskolen Stord/Haugesund sine retningslinjer for datasikkerhet. Dersom personopplysninger skal lagres på privat pc/mobile enheter, bør opplysningene krypteres tilstrekkelig.

PROSJEKTLUTT OG ANONYMISERING

I meldeskjemaet/informasjonskrivet har dere informert om at forventet prosjektlutt er 15.06.2017. Ifølge meldeskjemaet skal dere da anonymisere innsamlede opplysninger. Anonymisering innebærer at dere bearbeider datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjør dere ved å slette direkte personopplysninger, slette eller omskrive indirekte personopplysninger og slette digitale lydopptak.

Vedlegg 3



Region:	Saksbehandler:	Telefon:	Vår dato:	Vår referanse:
REK vest	Camilla Gjerstad	55978499	14.12.2016	2016/1946/REK vest
			Deres dato:	
			01.11.2016	

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

Benny Huser
Høgskolen Stord/Haugesund

2016/1946 Psykologisk fyrstehjelp, kva nytte har barn av å lære om det?

Forskningsansvarlig: Høgskolen Stord/Haugesund **Prosjektleder:** Benny Huser

Vi viser til søknad om forhåndsgodkjenning av ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden og prosjektendring av 21.11.16 om endring av prosjektleiar ble behandlet av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK vest) i møtet 24.11.16. Vurderingen er gjort med hjemmel i helseforskningsloven (hfl.) § 10, jf. forskningsetikkloven § 4.

2 Prosjektomtale

Studien tar sikte på å gi ny kunnskap om skuleelevar sine erfaringar om bruk av verktøyet «Psykologisk fyrstehjelp». Målet er at prosjektet skal bidra til kunnskap for helsesøstrer som bruker verktøyet i oppfølging av elevar. Det vil bli nytta kvalitativ metode der 4-6 elevar i alderen 10-12 år vil bli intervjuva.

3 Vurdering

Prosjektleiar

Det er send ei melding om endring av prosjektleiar. REK vest godkjenner derfor rettleiar for studenten, Benny Huser, som prosjektleiar for studien.

Forsvarleg gjennomføring

Komiteen finn studien forsvarleg å gjennomføre og har ingen merknader til forskningsprotokollen.

Rekruttering og informasjonsskriv

Studien vil kontakte helsesøstrer ved ulike barneskuler for å finne om det er elevar som kan vere aktuelle å rekruttere. Helsesøstera vil kontakte eleven og foreldra, og forskar får fyrst kontakt etter at samtykka er innhenta. Teieplikta er på denne måten ivaretatt, og komiteen har ingen merknader til rekrutteringa eller informasjonsskriva.

Prosjektslutt og datasikkerhet

I følgje søknaden vil intervjuva bli tatt opp på mobiltelefon. REK ber imidlertid om at studien følgjer retningslinjene for sikker dataoppbevaring som er utforma av den forskingsansvarlege (her Høgskolen Stord/Haugesund). Søknaden legger opp til at data vil bli anonymisert ved prosjektslutt 03.12.17. REK vest har ingen merknader til dette.

4 Vilkår

-

Studien må følgje retningslinjene for sikker dataoppbevaring som er gitt av den forskingsansvarlege

Besøksadresse:

Armauer Hansens Hus (AHH),
etasje. Rom
281. Haukelandsveien 28

Telefon: 55975000

E-post: rek-vest@uib.no
Web: <http://helseforskning.etikk.com/>

All post og e-post som inngår i
saksbehandlingen, bes adressert til REK
vest og ikke til enkelte personer

Kindly address all mail and e-mails to
the Regional Ethics Committee, REK Tverrfly Nord, 2
vest, not to individual staff

institusjonen.

5 Vedtak

REK vest godkjenner prosjektet dersom nemnde vilkår blir tatt til følge.

Sluttmelding og søknad om prosjektendring

Prosjektleder skal sende sluttmelding til REK vest på eige skjema seinast 03.06.2018, jf. hfl. §

12. Prosjektleder skal sende søknad om prosjektendring til REK vest dersom det skal gjerast vesentlege endringar i forhold til dei opplysningane som er gitt i søknaden, jf. hfl. § 11.

Klage

Du kan klage på komiteen sitt vedtak, jf. forvaltningsloven § 28 flg. Klagen sendast til REK vest. Klagefristen er tre veker frå du mottar dette brevet. Dersom vedtaket vert oppretthaldt av REK vest, vert klagen send vidare til Den nasjonale forskingsetiske komité for medisin og helsefag for endeleg vurdering.

Med vennleg helsing

Marit Grønning
Prof. Dr.med
Komitéleiar

Camilla Gjerstad kontorsjef

Kopi til: postmottak@hsh.no; Mariann Meland

NSD

Benny Huser
Avdeling for helsefag
Høgskolen Stord/Haugesund
Postboks 1064
5407 STORD

Vår dato: 24.04.2017

Vår ref: 48741/4/BGH/LR

Deres dato:

Deres ref:

1 BEKREFTELSE PÅ ENDRING

Vi viser til endringsmelding mottatt 06.04.2017 for prosjektet;

48741 Psykologiskjrstehjelp i skulehelsetjenesta. Ein kvalitativ studie av kva nytte bam har av å bruke det i individuelle samtaler

Endringene består i at utvalget er endret fra barn til helsesøstre, ny dato for prosjektslutt og endring av behandlingsgrunnlag. Personvernombudet legger til grunn at prosjektopplegget for øvrig er uendret.

Personvernombudet har vurdert endringsmeldingen, med vedlegg, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av personopplysningsloven S 31, og ikke av S 7-27 i personopplysningsforskriften som først vurdert. Bakgrunnen for denne vurderingen er at det ikke lenger skal samles inn/registreres sensitive personopplysninger om helseforhold i prosjektet.

Personvernombudet tilfåf at prosjektet gjennomføres med endringene, med de forutsetninger som er satt i dette brevet.

Informasjon og samtykke

Informasjonsskrivet til helsesøstrene mottatt 21.04.2017 er godt utformet.

Helsesøstrenes taushetsplikt

Helsesøstre har taushetsplikt, og det er viktig at intervjuene gjennomføres slik at det ikke registreres taushetsbelagte opplysninger om enkeltelever. Vi anbefaler at dere er spesielt oppmerksom på at ikke bare navn, men også identifiserende bakgrunnsopplysninger må utelates, som for eksempel alder, kjønn, dd, diagnoser og eventuelle spesielle hendelser. Vi forutsetter også at dere er forsiktig ved å bruke eksempler under intervjuene. Personvernombudet forutsetter med dette at dere ikke innhenter personopplysninger om skoleelever og at taushetsplikten ikke er til hinder for den behandling av opplysninger som finner sted. Vi anbefaler at dere minner helsesøster om taushetsplikten i forkant av intervjuene.

Prosjektslutt

Videre har vi registrert at ny dato for prosjektslutt er 31.12.2017.

NSD— Norsk senter for forskningsdata AS Harald Hårfagres gate 29 Tel: +47-55 58 21 17 nsd@nsd.no Org.nr. 985 321 884

NSD— Norwegian Centre for Research Data NO-5007 Bergen, NORWAY Faks: +47-55 58 96 50 www.nsd.no

2

741 BGH/LR

48

2

Personvernombudet legger til grunn at prosjektopplegget for øvrig er uendret.

Personvernombudet vil ved prosjektslutt, 31.12.2017, rette en henvendelse vedrørende status for behandling av personopplysninger.

Vedlegg 5



Region:	Saksbehandler:	Telefon:	Vår dato:	Vår referanse:
REK vest	Camilla Gjerstad	55978499	08.05.2017	2016/1946/REK vest
			Deres dato:	
			26.04.2017	

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

Benny Huser
Avd. for helsefag

2016/1946 Psykologisk fyrstehjelp, kva nytte har barn av å lære om det?

Forskningsansvarlig: Høgskolen Stord/Haugesund **Prosjektleder:** Benny Huser

Vi viser til søknad om prosjektendring datert 26.04.2017 for ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden er behandlet av leder for REK vest på fullmakt, med hjemmel i helseforskningsloven § 11.

3 *Prosjektendring*

- Endring i rekrutteringsprosedyren. Det har vært vanskelig å rekruttere barn til studien, og det søkes derfor om å gjøre endring i deltakerutvalget. Isteden for å inkludere barn med erfaring med å bruke psykologisk førstehjelp, vil man nå inkludere helsesøstre i grunnskolen som har erfaringer med å bruke psykologisk førstehjelp med elever. Helsesøstrene vil bli kontaktet via mail med forespørsel om å delta i studien.
- Endret forespørsel om deltakelse.

4 *Vurdering*

REK vest har vurdert endringssøknaden og har ingen merknader. Vi forutsetter at intervjuet med helsesøstre ikke tar sikte på å samle inn person- eller helseopplysninger om enkeltelever.

Vedtak

REK vest godkjenner prosjektendringen i samsvar med forelagt søknad.

5 *Klageadgang*

Du kan klage på komiteens vedtak, jf. forvaltningsloven § 28 flg. Klagen sendes til REK vest. Klagefristen er tre uker fra du mottar dette brevet. Dersom vedtaket opprettholdes av REK vest, sendes klagen videre til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag for endelig vurdering.

Med vennlig hilsen

Marit Grønning Prof. dr.med

Komiteleder

Camilla Gjerstad
rådgiver

6

Kopi til: postmottak@hsh.no

Besøksadresse:
Armauer Hansens Hus (AHH),
etasje. Rom

Telefon: 55975000
E-post: rek-vest@uib.no
Web: <http://helseforskning.etikkom.no/>

All post og e-post som inngår i
saksbehandlingen, bes adressert til REK
vest og ikke til enkelte personer

Kindly address all mail and e-mails to
the Regional Ethics Committee, REK Tverrfløy Nord, 2
vest, not to individual staff

Forespørsel om deltaking i forskingsprosjektet

Ei kvalitativ studie av helsesøstrer sine erfaringar med å bruke Psykologisk førstehjelp i møte med barn

-
- **Bakgrunn og formål**

Sjølvhjelpsverktøyet Psykologisk førstehjelp blir brukt av å mange helsesøstrer. Hittil er det berre gjort ei evalueringstudie av verktøyet, og målet med denne studien er å få fram erfaringar helsesøstrer har med å bruke Psykologisk førstehjelp, og om det kan vere til hjelp å bruke det med barn som slit med ulike vanskar. Prosjektet er ei masterstudie i masterutdanninga Klinisk helse-og omsorgsvitenskap ved Høgskulen på Vestlandet.

-
- **Kva inneber det å delta i studien?**

Helsesøstrer som deltar i studien, blir intervjuet av underteikna. Intervjuet varer i cirka ein time, og det vil bli gjort lydopptak av samtalen, i tillegg til at det blir gjort notat undervegs. Spørsmåla vil handle om erfaringar du har som helsesøster med å bruke Psykologisk førstehjelp, korleis du opplever at barn synest det er å lære om det, og litt om kva du gjer for å skape ein god relasjon til elevane som du har samtale med. Dersom det er nokon spørsmål du ikkje vil svare på, er det heilt greitt.

Kva skjer med informasjonen?

Alle personopplysningar vil bli behandla konfidensielt. Det er berre masterstudent og vegleiar som vil ha tilgang til personopplysningane.

Deltakarane i studien vil bli anonymisert slik at dei ikkje kan bli gjenkjent i publikasjonen av andre som les den.

Prosjektet skal etter planen avsluttast juni 2018. Personopplysningar som er blitt samla inn vil då bli sletta, og lydopptaka vert sletta.

Frivillig deltaking

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke utan å gje nokon grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysningar om deg bli anonymisert.

Dersom du har spørsmål til studien, ta kontakt med masterstudent Mariann Meland på mob 91683086.

Vegleiar: Benny Huser, høgskulelektor sjukepleiefag, 53 49 14 53.

Studien er godkjent av Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS og Regional Etisk Komite.

Beste helsing
masterstudent

Mariann Meland

Samtykke til deltaking i studien

Eg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta.

(Signert av prosjektdeltakar, dato)

Vedlegg 7

Bakgrunnsinfo:

Alder:

Kor mange år har du jobba som helsesøster?

Har du anna utdanning?

Kva opplæring har du i å bruke Psykologisk Førstehjelp (PF)?

Kva tid fekk du denne opplæringa?

På kva type skule jobbar du? Barneskule/ungdomsskule?

Om PF

Ca kor mange elevar har du brukt PF med?

Kor hyppig bruker du det verktøyet i forhold til andre verktøy?

Kva er dine erfaringar med PF?

Kan du gje meg eit eksempel på ein situasjon der du har ein elev inne til individuell samtale, og kor du velger å introdusere PF for eleven?

Hender det at du tar i bruk PF allereie fyrste samtalen du har med eleven, eller føler du at du må kjenne eleven godt/eleven må kjenne deg godt, fyrst?

Korleis opplever du at elevane synest det er å lære om raude og grønne tankar, og å bruke hjelpehanda?

Kan du fortelje kva du synest er bra med at elevane lærer om raude og grønne tankar, og lærer å bruke hjelpehanda?

Kan det at ein bruker desse begrepa, og held på med litt utstyr, i seg sjølv bidra til at det er enklare for eleven å begynne å prate?

Individuelle samtalar med PF

Får du tilbakemeldingar frå elevane? Kva seier dei?

Har du inntrykk av at det er forskjell i tilbakemeldingane utifrå kva aldersgrupper du bruker det i?

Kva type vanskar hos elevane har du erfaringar med at det kan vere hjelpsam å lære om PF?

Har du eit konkret eksempel på kor elevar har hatt hjelp av PF?

Kva merka du på eleven?

Korleis gjekk du fram tidlegare, før du lærte om PF, for å hjelpe desse elevane?

Hender det at du opplever det som at elevane ikkje forstår prinsippa med raude og grønne tankar?

Har du eksempel på situasjonar kor du har prøvd å bruke PF men opplevd at det ikkje fungerte?

Er det noko du synest manglar i PF? Noko som kunne vore gjort annleis/betre?

I PF er det anbefalt at elevane fyller ut hjelpehanda sjølv, har du nokon refleksjonar/erfaringar rundt dette?

Er det rom for å undre seg ilag med eleven når ein bruker PF? Kan det komme fram andre ting enn det som gjerne var utgangspunktet for at ein valde å ta i bruk PF?

Tenker du at det kan vere fare for at hjelpehanda, bamsar og anna utstyr som høyrer til PF kan skape ein negativ distansering mellom deg og eleven?

Bruk av PF ilag med helsesøster versus med foreldra

PF er jo eit sjølvhjelpsverktøy, og foreldra kan kjøpe skrinet og bruke det ilag med borna sine sjølv. Tenkjer du at du som helsesøster kan tilføre noko ekstra ved bruk av PF? (T.d. erfaringar med å bruke det? God kjennskap til verktøyet? Kunnskap om psykisk helse blant barn?)

Kva trur du det medfører for eleven at du er ein utanforståande?

Kva rolle tenkjer du foreldra har? (Pleier dei vere med på samtalane? Informerer du dei etterpå?)

Kva tenkjer du at det kan ha å sei å lære om PF for dei elevane som ikkje får så mykje støtte og hjelp frå foreldre til å takle ulike vanskar?

Har du gjort deg nokon refleksjonar på korleis du opptre når du skal lære barn om raude og grønne tankar og å fyller ut hjelpehanda?

Psykisk helse

Er det andre verktøy/metodar du bruker som du synest er hjelpsame for elevar med psykiske vanskar?

Kva tenkjer du er viktig for å fremje god psykisk helse hos elevar?

I samhandlingsreforma så er det lagt opp til at barn med milde til moderate psykiske vanskar skal ivaretakast i primærhelsetenesta. Føler du at skulehelsetenesta har det som trengs for å ivareta desse barna? Evt kva trengs?

Relasjon mellom helsesøster og elev

Kva gjer du for å skape ein god relasjon?

Kva tenkjer du relasjonen mellom deg og eleven har å sei for eleven?

Tenkjer du at det er avgjerande å ha ein god relasjon til eleven for at han/ho skal ha utbytte av å lære om PF/fylle ut hjelpehånd?

Gjer du noko bevisst med det fysiske rommet for å skape ein god relasjon? Innreiing, kor ein sit i forhold til barnet osv.

Kva gjer du for at barnet skal føle seg trygt?

Kva type dialog prøver du å ha med eleven? Gjer du dette bevisst?

Korleis legg du opp arbeidsdagen din for å ha tid til elevane? Er det noko du kunne ynskje du hadde hatt meir tid til?

Opplever du at det er samsvar mellom tida du har til rådighet overfor elevane og behovet dei har?

Kva trur du måten du møter elevar som har psykiske vanskar på har å sei for eleven?

Undervisning i PF

Det er jo blitt laga eit undervisningsopplegg i Psykologisk førstehjelp for 5. og 8. trinn har du erfaringar med å bruke dette?

Kva tenkjer du kan vere bra å undervise barn i PF?

Korleis opplever du responsen er blant elevane?

Har du fått nokon konkrete tilbakemeldingar frå elevar etter undervisninga? Frå lærarar?

Har du opplevd at du kom i kontakt med elevar du ikkje hadde hatt fulgt opp tidlegare, etter undervisninga? Kva kan i så fall vere grunnen til det, trur du?

Kvifor velg de å undervisa i PF?

Er du inne i klassar og underviser i psykisk helse i barneskulen utenom undervisninga i PF?

Hadde du noko undervisning om psykisk helse før du lærte om PF?

Andre innspel

Bruker du PF på andre måtar enn i individuelle samtalar og undervisning på 5.trinn?

Kva tenkjer du om å bruke PF i grupper med elevar som slit med lignande problem, som t.d angst?

Er det andre ting du har lyst til å få fram når det gjeld psykologisk førstehjelp eller det å ha samtaler med barn som har psykiske vanskar?

Vedlegg 8

Meiningsberande enhetar	Kode	Kodegruppe	Subtema	Tema
Han seier veldig mykje veit ikkje, klarer ikkje setja ord på ting, men viss eg spør han direkte om du , har du hatt mange raude tankar så kan han gje meg eit meir utfyllande svar på at ja, eg har veldig mange raude tankar, men eg har òg nokre grøne.	Eleven klarer å uttrykkje seg betre etter å ha brukt PF i lag med helsesøster	Bruk av PF i møte med barn	Kan hjelpe eleven å sortere/finne ut av kva som er vanskeleg.	Å setje ord på
Eg har det jo i tankegongen heile tida, det er jo noko som blir på ein måte litt sånn, som du bruker i det daglege, så det er litt sånn vanskeleg å sei kor mange eg har, eg vil jo egentlig sei at eg snakker om det veldig ofte, eller bruker det veldig ofte da.	Helsesøster bruker PF ofte i det daglege arbeidet sitt pga ho har det i tankane heile tida.	Helsesøster som aktør	Helsesøster har PF integrert i seg.	Å bruke PF fleksibelt
Eg opplever at det er trygt og det ufarliggjør det litt, for på ein måte så snakker me om to bamsar. Men mens me snakker om dei to bamsane så snakker me jo egentlig litt om deira kjensler, ja så eg opplever at dei kjenner på ein trygghet rundt det.	Bamsane bidrar til å gjere det tryggare for elevane å snakke om følelsar	Bruk av PF i møte med barn	Bruk av bamsar og skrin kan skape eit trygt rom for å prate, og kan hjelpe elevane å sortere/finne ut av kva som er vanskeleg	Leik og tryggleik

