



Høgskulen på Vestlandet

Masteroppgave

MAFYS603-O-2021-VÅR-FLOWassign

Predefinert informasjon

Startdato:	07-05-2021 09:00	Termin:	2021 VÅR
Sluttdato:	14-05-2021 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Masteroppgave		
Flowkode:	203 MAFYS603 1 O 2021 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	404
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	16311
----------------------	-------

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

Gruppe

Gruppenavn:	(Anonymisert)
Gruppenummer:	7
Andre medlemmer i gruppen:	411

Jeg godkjenner autalen om publisering av masteroppgaven min *

Ja

Er masteroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er masteroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei



MASTEROPPGAVE

"Dere har et annet blikk enn oss"

Skolehelsetjenesten i videregående skole sitt tilbud til elever med psykiske helseplager og Norsk psykomotorisk fysioterapi (NPMF) sin rolle

"Your view is different from ours"

The Upper secondary school's health service for students with mental health problems and the role of Norwegian psychomotor physiotherapy (NPMF)

Monika Ullrich og Ingrid Underhaug

Master i klinisk fysioterapi ved psykiske og psykosomatiske helseproblemer,
Institutt for helse og funksjon,
Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Veileder Tove Dragesund og Janiche Helen Pedersen

28.05.2021

Vi bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1

Forord

Denne masteroppgaven innen klinisk fysioterapi, retning for psykiske og psykosomatiske helseproblemer, handler om skolehelsetjenestens tilbud til elever med psykiske helseplager i videregående skole (VGS). Opprinnelig planlagt studie skulle undersøke elevens kroppsbevissthet og forståelse av sammenheng mellom psykiske og fysiske helseplager. Grunnet Covid 19-pandemien våren 2020 kunne vi ikke involvere elever, og vi endret derfor problemstillingen til den aktuelle.

Først og fremst vil vi takke helsesykepleierne som deltok i studien vår. Takk for at dere brukte tid på oss i deres travle hverdag og delte erfaringer og opplevelser. Uten dere ville det ikke blitt noen oppgave. Takk også til dem som har hjulpet oss i rekrutteringen av deltakere til studien.

Takk til våre veiledere ved Høgskolen på Vestlandet, Tove Dragesund og Janiche Helen Pedersen for raske og grundige tilbakemeldinger.

Videre takker vi Norsk Fysioterapeutforbund som gjennom Fond til etter- og videreutdanning av fysioterapeuter har gitt økonomisk støtte til studiet.

Vi takker hverandre for samarbeidet i dette masterprosjektet. Som alltid finnes det fordeler og ulemper i en situasjon. Men det å være to, å betrakte oppgaven fra ulike ståsted har gitt læring på flere plan og mange fine diskusjoner. For å få et samarbeid til å fungere må begge se verdien i det, og slik har vi heldigvis hatt det. Vilje, interesse, fleksibilitet med tanke på tidspunkt og møteplasser, legge til rette for hverandre for å få oppgaven til midt under pandemien har vært viktige stikkord. Oppmuntring og støtte kunne vi fint gi hverandre i de mange, lange videomøtene våre.

Helt til slutt retter vi en stor takk til alle dere som har lest oppgaven vår og gitt gode innspill. Dette gjelder både familie og venner. Hjertelig takk for støtte og oppmuntring, og påminnelse om å gå å legge seg, gjennom denne lange innspurten mot ferdig produkt.

Bergen, mai 2021

Monika Ullrich og Ingrid Underhaug

We perceive through experience.
Experience gives rise to words.
We think through words.
Words point to experience.

BONNIE BAINBRIDGE COHEN
(www.bodymindcentering.com)

Sammendrag

Skolehelsetjenesten i videregående skole (VGS) er en viktig arena for forebyggende og helsefremmende arbeid for elever med psykiske helseplager.

Hensikt: Formålet med studien var å undersøke tilbudet av skolehelsetjenester i VGS for elever med psykiske og fysiske helseplager, med vekt på hvilken rolle kroppslige tilnærminger som Norsk psykomotorisk fysioterapi (NPMF) har i denne tjenesten.

Metode: En kvalitativ studie med semistrukturert intervju ble valgt som metode. Utvalget besto av fem erfarne helsesykepleiere med ulik ansiennitet ansatt i skolehelsetjenester ved videregående skoler. Datainnsamling og analysen av datamaterialet ble utført i henhold til Malteruds systematisk tekstkondensering (STC).

Resultater: Skolehelsetjenestens tilbud til elever med psykiske helseplager gjennomføres teoretisk med klasseromsundervisning i det forebyggende arbeidet og som støttesamtaler ved oppfølging. Fysisk aktivitet vektlegges for å bidra til bedre psykisk helse. Kroppslige tilnærminger, med kroppen som et sansende og erfarende subjekt, er ikke inkludert i tilbudet. Helsesykepleierne har i liten grad kjennskap til NPMF og hvordan tilnærmingen anvendes i praksis. På bakgrunn av dette blir heller ikke psykomotoriske fysioterapeuter brukt i oppfølging av elever med psykiske helseplager i videregående skole. Tjenesten er rettet inn mot kognitiv tilnærming både i forebygging og oppfølging.

Konklusjon: Psykomotoriske fysioterapeuter er fraværende i skolehelsetjenestens tilbud for elever med psykiske helseutfordringer og kroppslige plager. Det kommer heller ikke fram i retningslinjer og offentlige planer at kroppslige tilnærminger, slik NPMF representerer, kan være et aktuelt tiltak på lik linje som samtalebaserte og psykoedukative tiltak. Det kan tyde på at planarbeid og profesjonsutøvere i skolehelsetjenesten er preget av en biomedisinsk, dualistisk kroppsforståelse. Elever går derfor glipp av et helhetlig tilbud, ettersom kroppslige tilnærminger ikke har en plass i skolehelsetjenesten.

Nøkkelord: ungdom, elever, psykiske og fysiske helseplager, videregående skole, skolehelsetjenesten, kroppslige tilnærminger, Norsk psykomotorisk fysioterapi

Abstract

The school health service in upper secondary school (VGS) is an important arena for preventive and health-promoting work for students with mental health problems.

Purpose: The purpose of the study was to find out more about the service provided in the school health service in VGS for students with mental and physical health problems and what role physical approaches like Norwegian psychomotor physiotherapy (NPMF) has.

Method: A qualitative study with a semi-structured interview was chosen as the method. The sample consisted of five experienced health nurses employed in school health services at upper secondary schools. Data collection and analysis of the data material was performed in accordance with Malterud's systematic text condensation (STC).

Results: The school health service's contribution to pupils with mental health problems is theoretically implemented with classroom teaching for preventive work and as support conversations during follow-up. Physical activity is emphasized to contribute to better mental health. Physical approaches, with the body as a sensory and experiencing subject, are not included in the service. The health nurses have little knowledge of NPMF and how the approach is applied in practice. Psychomotor physiotherapists are not used in the follow-up of students with mental health problems in upper secondary school. The service is aimed at a cognitive approach in both prevention and follow-up.

Conclusion: Psychomotor physiotherapists are absent from the school health service's contribution for students with mental health challenges and physical ailments. Nor does it appear in guidelines and public plans that body oriented approaches, as NPMF represents, can be relevant in line with conversation-based and psychoeducational measures. It may seem as if planning work and professionals in the school health service are characterized by a biomedical, dualistic body understanding. Students therefore miss out on a comprehensive service, as physical approaches do not have a place in the school health service.

Keywords: adolescent, pupil, mental and physical health problems, upper secondary school, health service, body-oriented approaches, Norwegian psychomotor physiotherapy.

Innholdsfortegnelse

Forord	i
Sammendrag	iii
Abstract	iv
1. Innledning	1
1.1 <i>Bakgrunn for valg av tema</i>	1
1.2 <i>Presentasjon av forskningsfeltet</i>	2
1.2.1 <i>Kommunens helsetjenester for ungdom</i>	2
1.2.2 <i>Skolehelsetjenesten</i>	4
1.2.3 <i>Kommunal fysioterapitjeneste</i>	6
1.2.4 <i>Ungdomstiden og ungdommers helseutfordringer</i>	7
1.3 <i>Formål og problemstilling</i>	9
1.4 <i>Oppgavens oppbygging</i>	9
2. Teoretisk referanseramme	10
2.1 <i>Ulike perspektiver på kropp og kroppslige tilnærminger</i>	10
2.1.1 <i>Dualistisk kroppssyn - biomedisinsk kroppsførståelse</i>	10
2.1.2 <i>Kroppsfenomenologien - erfaringsbasert kroppsførståelse</i>	11
2.1.3 <i>Kroppslige tiltak i psykiske helsearbeid</i>	12
2.2 <i>Norsk psykomotorisk fysioterapi (NPMF)</i>	13
2.2.1 <i>Hva er Norsk psykomotorisk fysioterapi (NPMF)?</i>	13
2.2.2 <i>Tidligere forskning innen NPMF</i>	14
2.2.3 <i>Norsk psykomotorisk fysioterapi for ungdom og ungdommens plager</i>	16
3. Metode	18
3.1 <i>Vitenskapsteoretisk forankring</i>	18
3.2 <i>Studiens forskningsdesign</i>	19
3.3 <i>Tilgang på feltet og utvalg</i>	19
3.4 <i>Datainnsamling</i>	20
3.5 <i>Transkribering</i>	21
3.6 <i>Analyse av data</i>	21
3.7 <i>Refleksjoner over metode og forskningsetikk</i>	23
3.7.1 <i>Grunnlagsbetingelser for vitenskapelig kunnskap</i>	23
3.7.2 <i>Refleksjoner om gjennomføring</i>	24
3.7.3 <i>Forskningsetiske refleksjoner</i>	24
4. Resultater	26
4.1 <i>Kroppen i skolehelsetjenesten</i>	27
4.1.1 <i>Hvilken rolle har kroppen i forebygging og oppfølging</i>	27
4.1.2 <i>Kropp og sinn henger sammen</i>	28
4.2 <i>Bruk av Norsk psykomotorisk fysioterapi i skolehelsetjenesten - kunnskap og erfaringer</i>	29
4.2.1 <i>Psykomotoriske fysioterapeuters tilnærming er verdsatt</i>	29
4.2.2 <i>Begrensende faktorer for å bruke psykomotoriske fysioterapeuter</i>	31
4.3 <i>Skolehelsetjenestens organisering er av betydning for samhandling</i>	32

4.3.1 Psykomotoriske fysioterapeuter må være tydelig på hva de kan bidra med overfor ungdommer med psykisk uhelse/helse	33
4.3.2 Et helhetlig helsetilbud krever tydelige rammer	33
5. Drøfting	35
5.1 <i>Kroppsforståelse påvirker tjenestetilbudet i skolehelsetjenesten</i>	35
5.1.1 Dagens skolehelsetjenestetilbud - kropp og sinn adskilt	35
5.1.2 Styrende dokumenter - kroppsforståelse preger utformingen	38
5.2 <i>Norsk psykomotorisk fysioterapi - en ubrukt ressurs i skolehelsetjenesten?</i>	39
5.2.1 Forebygging gjennom kroppsorienterte tilnærminger	39
5.2.2 Oppfølging av elevers kroppslige utfordringer og plager i skolehelsetjenesten	40
5.2.3 Når vanskene er sammensatt og livet blir komplisert	41
5.3 <i>Skolehelsetjenestens organisering er av betydning for tverrfaglig samarbeid og helhetlig tjenestetilbud</i>	42
5.3.1 Fordeler ved å ha psykomotorisk fysioterapeut i skolehelsetjenesten	42
5.3.2 Tverrfaglighet i skolehelsetjenesten bør ivaretas	43
5.3.3 Utvikling av kjennskap til NPMF på kort og på lang sikt	44
6. Avslutning	47
7. Veien videre	48
8. Referanseliste	50
9. Vedlegg	57
Vedlegg 1 Forespørsel om deltakelse forskningsprosjekt	I
Vedlegg 2 Intervjuguide	IV
Vedlegg 3 Eksempel analyseprosess for en kodegruppe og oversikt studiens kodegrupper	VII
Vedlegg 4 Fra kodegrupper til resultatkategori	VIII
Vedlegg 5 Godkjenning fra NSD	IX
Vedlegg 6 Retningslinje for oppbevaring/lagring av forskningsdata	XI

Oversikt over tabeller:

tabell 1: “Årsverk for helsesykepleier og fysioterapeuter i helsestasjons- og skolehelsetjenesten”	[s. 5]
--	--------

1. Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Ungdomstiden (10-19 år) er en viktig og formende livsfase og bringer med seg flere fysiske, psykiske, sosiale og emosjonelle forandringer (Verdens helseorganisasjon (WHO), 2020).

Internasjonale og nasjonale undersøkelser rapporterer at stadig flere ungdommer opplever psykiske og fysiske helseplager (Bakken, 2019; WHO, 2020). Verden over blir ungdom eksponert for ulike utfordringer som stress, ulikt press, misbruk, vold og fattigdom (WHO, 2020; Øhlckers, Heradstveit & Sand, 2020, s. 15). Fra barndom til voksentilværelsen er ungdommer med andre ord sårbare for psykiske helseutfordringer.

Myndighetene forsøker å legge til rette og vise vei slik at ungdom med ulike psykiske helseutfordringer blir ivaretatt og får nødvendig hjelp og støtte. Det gjør de gjennom nasjonale planer, retningslinjer og ulike føringer. I denne studien har vi tatt utgangspunkt i Nasjonal faglig retningslinje for helsestasjons- og skolehelsetjenesten [retningslinje], (Helsedirektoratet, 2017a). Andre viktige bakgrunnsdokumenter er Opptrappingsplan for barn og unges psykiske helse 2019 - 2024 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019), ulike føringer og rapporter, blant annet Ungdomshelse - regjeringens strategi for ungdomshelse 2016-2021 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016) og Folkehelseinstituttets rapport om Barn og unges psykiske helse (Skogen, Smith, Aarø, Siqveland & Øverland, 2018) samt Nova-rapport (Sletten & Bakken, 2016) og Ungdata-rapporten (Bakken, 2019).

Psykiske helseplager hos ungdom er en stor utfordring for kommunene. Over 60 prosent av landets kommuner etterlyser gode verktøy slik at de kan arbeide systematisk med helsefremmende tjenester (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019, s. 10). For de fleste ungdommer er psykiske plager forbigående, for andre kan imidlertid plagene følge dem inn i voksenlivet (Bakken, 2019, s. 80). 75 prosent av psykiske lidelser manifesterer seg gjerne før fylte 25 år (Kessler, Berglund, Demler, Jin, Merikangas, Walters, 2005, s. 595-596). Opptrappingsplanen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019, s. 13) vektlegger tidlig intervensjon for å unngå at plagene blir vedvarende og at ungdommer faller ut av skole og arbeidsliv.

Skolehelsetjenesten blir ansett som en viktig aktør i det forebyggende psykiske helsearbeidet. Tjenesten finnes på alle norske skoler, og har slik sett en god posisjon for å forebygge, behandle og

følge opp ungdommer med deres familier (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019, s. 45). Gjennom politiske satsinger har skolehelsetjenesten blitt merkbart styrket i løpet av de siste årene, noe som har ført til at både helsesykepleiere og psykologer har en regelmessig og fast tilstedeværelse på skolen. Satsingen har imidlertid ikke utløst stillinger for alle yrkesgrupper og i de fleste kommuner er fysioterapeuter fortsatt fraværende i skolehelsetjenesten (Helse- og omsorgsdepartement, 2020; Skogen et al., 2018, s. 39; ssb.no, 2020).

Helseutfordringer for elever i videregående skole er sammensatte; det handler om stress og psykiske plager, samt fysiske plager med symptomer som muskulære spenninger og magevondt (Bakken, 2019, s. 72-83). Ifølge Hauge (2018, s. 7) kan kroppen si fra om for mye belastning, eksempelvis, i form av hodepine, muskelspenninger i nakke, skuldre og rygg, svimmelhet, kvalme og magevondt. Elevenes plager kan forstås og håndteres på ulike måter. Man kan velge kognitive og/eller kroppslige tiltak, og for eksempel koble inn fysioterapeuter. Imidlertid er bruk av kroppsorienterte forebyggings- og behandlingstilnærminger lite synlig i Nasjonal faglig retningslinje for skolehelsetjenesten og andre planer (Eriksen, Sletten, Bakken & von Soest, 2017; Helse- og omsorgsdepartementet, 2019; Helsedirektoratet, 2017a; Skogen et al., 2018; Sletten & Bakken, 2016). Vi er usikre på om psykomotoriske fysioterapeuters kompetanse på dette området er kjent og blir anvendt. Med dette som bakgrunn ønsker vi å undersøke hvordan helsesykepleiere forholder seg til elevens psykiske og fysiske helseutfordringer i skolehelsetjenesten i VGS.

1.2 Presentasjon av forskningsfeltet

I dette kapittelet presenterer vi vårt forskningsfelt. Kommunale helsetjenester utgjør rammen for vår studie. Vi beskriver kommunal tjenesteorganisering med fokus på skolehelsetjenesten og kommunal fysioterapitjeneste. Avslutningsvis skriver vi om ungdomstiden og ungdommers helseutfordringer. I oppgaven er ungdommer synonymt med elever i VGS, og i alderen 15-20 år.

1.2.1 Kommunens helsetjenester for ungdom

Regjeringens opptrappingsplan for barn og unges psykiske helse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019) slår fast at psykisk helse skal være en del av det lokale og nasjonale folkehelsearbeidet på lik linje med fysisk helsearbeid. Det understrekes at å investere i ungdommers psykiske helse er lønnsomt for hele samfunnet og ikke bare for den enkelte, ved at det legges et godt fundament for et senere godt voksenliv. Ifølge

Opptrappingsplanen skal forebyggende arbeid foregå på alle arenaer hvor ungdommer har sin hverdag. Tjenestetilbud anbefales å bli etablert på flere nivåer i kommunen og vil kunne omfatte familiebaserte tjenester, fritidstilbud, tilbud på skoler samt helsetjenester for øvrig. Planen inneholder forslag til helsefremmende og forebyggende, men også kurative tiltak. Både skolen og skolehelsetjenesten har en viktig rolle i dette arbeidet. Det er mange instanser og aktører som tilbyr tjenester relatert til ungdommers psykiske helseutfordringer. Ungdom selv opplever at tjenester de er i kontakt med er fragmentert og lite samordnet, heller ikke alltid tilgjengelige eller tilpasset deres behov (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019, s. 6-11).

Kommunale helse- og omsorgstjenester reguleres gjennom Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester og ulike retningslinjer, anbefalinger og planer. Kommunene har imidlertid selv ansvar for å sørge for å etablere tjenestene, og for å sørge for at de er gode og forsvarlige (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). Tjenestene vil derfor kunne være ulikt bygget opp i ulike kommuner. I Norge vil forslag om ny barnevernslov (Barne- og familiedepartementet, 2020) påvirke framtidig tjenesteutvikling i kommunene. Loven legger føringer for hvordan tjenestene for barn og unge skal organiseres og understreker at tjenestene skal være mer samordnet. Denne lovendringen kommer som resultat av at man tidligere har erfart at psykisk helsearbeid i kommunen bestod av mange ulike fagtradisjoner og dermed ulik forståelse. Psykisk helsearbeid er ofte fragmentert, samt lite synlig og fleksibelt, og arbeidet blir underprioritert og lite målrettet (Schjødt, Hoel & Onsøien, 2012, s. 179). I forbindelse med lovendringen omorganiserer flere kommuner nå helse- og sosialtjenester til et felles, samordnet tjenestetilbud for barn og familie, f. eks Familiens hus.

Samordning og mer tverrfaglig samarbeid støttes av Verdens helseorganisasjon (WHO, 2010, s. 10-13) sin rapport «Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice». Her påpekes det at verdens helsesystemer er preget av et fragmentert tjenestetilbud som har vansker med å håndtere et stadig økende behov for helsetjenester. I rapporten framheves viktigheten av tverrfaglige samarbeidsmodeller for å utarbeide mer fleksible helsetjenester. Tverrfaglig samarbeid anses som kostnadsbesparende og bidrar til en mer effektiv utnyttelse av helsetjenester (Glavin & Erdal, 2018, s. 24; Helse- og omsorgsdepartementet, 2019; San Martín-Rodríguez, Beaulieu, D'Amour & Ferrada-Videla, 2005). Samordnede tjenester fungerer ikke nødvendigvis bedre tverrfaglig fordi de er samlokalisert, men det gir bedre grunnlag og mulighet for samhandling og koordinering. Samtidig kreves det ønske og vilje til samarbeid for å lykkes med det (Glavin & Erdal, 2018,

s. 26). Opptrappingsplanen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019, s. 46) foreslår at behandling for lette til moderate psykiske helseplager skal gjennomføres i skolehelsetjenesten. I så måte vil det være essensielt at ulike behandlingstilnærminger er tilgjengelige for elevene i skolehelsetjenesten.

1.2.2 Skolehelsetjenesten

I vår studie er skolehelsetjenesten i videregående skole valgt som forskningsfelt.

Skolehelsetjenesten skal ivareta elevenes fysiske og psykiske helse gjennom helsefremmende og forebyggende tiltak (Helsedirektoratet, 2017a). Selv om den forebyggende virksomheten i skolehelsetjenesten bare utgjør en liten del av alt forebyggende arbeid i en kommune, er det en viktig arena ettersom alle elever kan komme til konsultasjon uten foreldreinvolvering.

Organisert som lavterskeltjeneste er skolehelsetjenesten lett tilgjengelig for elever.

Skolehelsetjenesten blir oppsøkt av elever med psykiske helseproblemer, vansker knyttet til trivsel, vennskap og familiesituasjon (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019, s. 9).

Ungdommer i familier med lav sosioøkonomisk status henvender seg hyppigere på grunn av problemer i familien.

I 2017 ble Nasjonal faglig retningslinje for helsestasjon og skolehelsetjenesten revidert i henhold til gjeldende metodebok (IS-1870) og veileder (IS-0267). Internasjonale vurderingskriterier er brukt for å gradere anbefalingene fra svake til sterke anbefalinger (Helsedirektoratet, 2017b, s. 2, 4-5). Retningslinjen angir krav til kvalitet på tjenestene og hvordan tilbudet kan gjennomføres på en forsvarlig måte. Helsesykepleier og lege inngår i skal-tjeneste, fysioterapeut som bør-tjeneste og psykolog som kan-tjeneste (Helsedirektoratet, 2017a, s. 7). Videre oppfordres det til tverrfaglig bemanning i skolehelsetjenesten. Derfor anbefales det at ulike yrkesgrupper som psykolog, ergoterapeut eller annet personell kan delta i skolens teambaserte tjenester (Helsedirektoratet, 2017a, s. 326). Helsesykepleierne har imidlertid en sentral rolle da de møter tilnærmet alle elever og kan være en dør inn til andre tjenester og andre instanser. Nedenfor vises en oversikt over avtalte årsverk for helsesykepleier og fysioterapeuter i helsestasjons- og skolehelsetjenesten (ssb.no, 2020). Tabell 1 viser at det er svært få avtalte årsverk for fysioterapeuter. Ifølge retningslinjen (Helsedirektoratet, 2017a, s. 307) kan fysioterapeuter bidra med “å undersøke og vurdere sammenheng mellom kroppslige og psykiske plager” og det påpekes at “fysioterapeuter er relevante ressurser i oppfølging av ungdom med psykiske vansker”.

Avtalte årsverk i helsestasjons- og skolehelsetjenesten per 10 000 innbyggere 0-20 år (årsverk) 2020		
	Helsesykepleiere	Fysioterapeuter
EKA30 Viken	18,8	1,6
EKA03 Oslo	25,0	1,8
EKA34 Innlandet	29,6	2,7
EKA38 Vestfold og Telemark	22,4	3,7
EKA42 Agder	23,9	3,7
EKA11 Rogaland	20,9	1,3
EKA46 Vestland	25,0	1,1
EKA15 Møre og Romsdal	27,6	1,9
EKA50 Trøndelag	27,6	1,8
EKA18 Nordland	24,9	2,4
EKA54 Troms og Finnmark	20,8	0,9

Tabell 1: Årsverk for helsesykepleier og fysioterapeuter i helsestasjons- og skolehelsetjenesten

Gutter i VGS oppsøker skolehelsetjenesten i mindre grad enn jenter (Granrud, 2019, s. 49). Årsaker kan være at gutter ofte ikke ønsker at andre skal vite at de søker hjelp hos helsesykepleier, og at samtalebaserte hjelpetilbud appellerer mer til jenter (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019, s. 9, 59). Det er viktig å være bevisst slike forskjeller og sikre et tilbud som passer både for gutter og jenter. Helsedirektoratet anbefaler at skolehelsetjenester som erfarer at få gutter tar kontakt, iverksetter tiltak for å nå dem i større grad (Helsedirektoratet, 2017a, s. 274).

1.2.3 Kommunal fysioterapitjeneste

Den kommunale fysioterapitjenesten er en del av den lovpålagte tjenesten som kommunene skal sørge for å opprette. Fysioterapitjenesten skal delta i helsefremmende og forebyggende arbeid, samt løse oppgaver knyttet til habilitering og rehabilitering (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020a). Fysioterapeuter som inngår i den kommunale fysioterapitjenesten kan være kommunalt ansatte (heretter kalt fastlønte), eller drive egen fysioterapi praksis på institutt med kommunalt driftstilskudd (heretter kalt avtalefysioterapeuter). Den enkelte kommune avgjør hvordan fastlønte fysioterapeuter skal organiseres. I noen kommuner er fysioterapeuter som arbeider med ungdommer organisert i egne fysioterapitjenester. I andre kommuner er de administrativt underlagt helsestasjon- og skolehelsetjenesten eller mer samordnede barne- og familietjenester.

For fastlønte fysioterapeuter mottar kommunene fastlønnstilskudd fra staten. Et vilkår for dette tilskuddet er at stillingsprosenten er over 33% og at stillingen har kurative oppgaver utenfor en institusjon. Skolehelsetjenesten anses i denne forbindelse som en institusjon, (Helfo, 2019; Helsedirektoratet, 2021). Avtalefysioterapeuter er regulert gjennom avtaler og takster. Alle over 16 år betaler egenandel, og betaling hos alle kommunale fysioterapeuter inngår i frikortordningen (HELFO, 2021).

Erfaringsmessig kan fastlønte fysioterapeuter som arbeider med ungdommer ha generell fysioterapeutisk bakgrunn, de kan være spesialister i barne- og ungdomsfysioterapi, kan ha videreutdanning i psykisk helsearbeid eller videreutdanning i psykomotorisk fysioterapi. De fleste psykomotoriske fysioterapeuter arbeider som avtalefysioterapeuter - ofte med lang ventetid. Ifølge Opptrappingsplanen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019, s. 9) fikk 3437 barn og unge i 2017 behandlingsoppfølging hos psykomotorisk fysioterapeut, uten at henvisningsårsak er kjent.

I Norge har Norsk psykomotorisk fysioterapi (NPMF), en kropporientert tilnærming, blitt brukt i behandling av psykiske og fysiske helseplager siden 1940-årene (Bunkan, 2001). Tilnærmingen ble opprinnelig utviklet med tanke på voksne med muskel/skjelett- og psykiske plager, men også ungdommer kan ha nytte av den.

Lite forskning er gjort innen NPMF for ungdommer med psykiske helseplager. Det er imidlertid gjort forskning på voksne og deres erfaringer med NPMF, og det er grunn til å tro at resultatene fra disse studiene kan overføres til ungdommer. Det er heller ikke internasjonal

forskning på temaet, ettersom NPMF ikke er utbredt i utlandet. Tidligere forskning innen NPMF presenteres i kapittel 2.2.2.

1.2.4 Ungdomstiden og ungdommers helseutfordringer

Ungdomstiden er en livsfase mellom barneårene og fram til en blir en selvstendig og myndig person. I ungdomstiden er hjernen under ombygging, eller renovasjon, som en gjerne sier på folkemunne. Det vil si at mange gamle nerveforbindelser forandres og nye forbindelser skapes og utvikles. Ungdomstiden er spennende og kjekk, men også krevende og utfordrende - en sårbar periode. Spørsmål som: hvem er jeg, hva er mine personlige egenskaper og kvaliteter, hva er mine ressurser og interesser, hva liker jeg å gjøre, eller hva er mine drømmer, står sentralt - ikke minst det å revurdere antatte sannheter og verdier (Haukedal, 2017, s. 54). Innen utviklingspsykologi snakker man gjerne om ungdommers utviklingsoppgaver og Stänicke skildrer det slik:

“I ungdomstiden handler det om å bli kjent med og uttrykke egne behov, følelser og interesser, be om hjelp når det trengs, og øve på selvomsorg og autonomi. De ytre grensene omsorgspersonene har stått for integreres og internaliseres, og ungdommens autonomi øker” (Stänicke i Øhlckers et al., 2020, s. 19, 55-61).

Som tidligere nevnt er ungdomstiden en sårbar tid og en del unge havner på et negativt utviklingsspor i denne tiden og for dem med særlig krevende oppvekstvilkår, kan ungdomstiden fortone seg ekstra belastende (Øhlckers et al., 2020, s. 15-17).

Hovedfunn i Ungdata-undersøkelsen (Bakken, 2019) beskriver at norsk ungdom på videregående skole har det bra. De er fornøyde med tilværelsen, har gode relasjoner med foreldrene, liker skolen og har nære venner. De har en variert og aktiv fritid med trening, dataspill, sosiale medier og organiserte fritidsaktiviteter. De fleste rapporterer om god fysisk og psykisk helse. Dette bildet gjenspeiler som oftest ungdom som vokser opp i familier med høy sosioøkonomisk status. De er optimistiske med tanke på egen fremtid og sikter mot høyere utdanning, samtidig som de opplever mer press enn ungdom fra lavere sosiale lag. Blant ungdom med lav sosioøkonomisk status rapporterer flere om fysiske og psykiske helseplager, de deltar mindre i organiserte fritidsaktiviteter og bruker mer tid på skjermaktiviteter. De er mer utsatt for mobbing og vold, og er mindre fornøyde med foreldrene sine (Bakken, 2019, s. 8, 17). Basert på Ungdata-undersøkelsene ser vi at de fleste

ungdommer i videregående skole (fra 15-20 år) har det bra, men at antallet som får psykiske plager er stigende, blant begge kjønn og i alle sosioøkonomiske lag (Bakken, 2019, s. 2-8).

Stress- og pressrelaterte plager og psykiske vansker som påvirker funksjonsnivå og dagliglivet er et utbredt helseproblem. Det handler om press knyttet til popularitet og relasjoner til jevnaldrende, risikoatferd, kroppspress og prestasjonspress knyttet til karakterer og forventninger fra foreldre, lærere og seg selv (Sletten & Bakken, 2016, s. 20; Øhlckers et al., 2020, s. 16).

Psykiske plager viser seg videre i form av depresjons- og angstsymptomer, og forstyrret søvn (Bakken, 2019, s. 83). Spesielt jenter rapporterer at de har mange psykiske vansker i videregående skole og andelen øker fra første til tredje klasse. På dette området skiller elever med lav sosioøkonomisk status seg ut på negativ måte med større andel som rapporterer flere samtidige plager. Kroppslige plager som søvnproblemer og “stiv og anspent” nevnes, og de mest utbredte fysiske plagene er hodepine, smerter i nakken og skuldre samt magesmerter (Bakken, 2019, s. 76, 81-83).

I skrivende stund har Covid19-pandemien gjort seg gjeldende i Norge i et års tid. Flere uttrykker sterk bekymring for hvordan denne pandemien påvirker ungdoms psykiske helse. Resultater fra studier som allerede er gjennomført, peker på at noen ungdommer opplever seg selv som mer angstpreget enn før pandemien. Noen opplever mer ensomhet, for andre er situasjonen mer stressende og rapporten antyder at det er en mulig negativ utvikling i ungdommenes psykiske helse (Nøkleby, Berg, Muller & Ames, 2021, s. 71-72).

1.3 Formål og problemstilling

Det er kjent at psykiske vansker kan ha et kroppslig uttrykk med smerter, anspenhet og endret respirasjonsmønster. Gjennom kroppsbaserte tilnærminger kan ungdom erfare og legge merke til egen kroppen som en ressurs, lære hvordan den fungerer og hva den uttrykker (Ottesen & Øyehaug, 2014). Dette kan være til hjelp når ungdom skal lære å håndtere og leve med psykiske og fysiske plager.

Formålet med studien er å undersøke skolehelsetjenestens tilbud til elever med psykiske og fysiske helseplager i videregående skole, med utgangspunkt i helsesykepleieres erfaringer og deres kjennskap til NPMF. Studien skal besvare følgende forsknings spørsmål:

- Hvordan er skolehelsetjenestens tilbud for elever med psykiske og fysiske helseplager?
- Hvilken kjennskap har helsesykepleiere til NPMF og kroppslige tilnærminger?
- Hvordan kan kroppslig orienterte tilnærminger som NPMF inkluderes i framtidens skolehelsetjeneste?

1.4 Oppgavens oppbygging

Vi har innledningsvis presentert bakgrunn for temavalg og forskningsfeltet det inngår i. I kapittel 2 presenteres teorigrunnet vårt. Videre forklarer vi vår vitenskapsteoretiske forankring og redegjør for studiens metode. De neste to kapitlene inneholder en presentasjon av studiens resultater og drøfting av disse. Vi avslutter oppgaven med oppsummering og konklusjon i kapittel 6, og sier helt til sist noe om veien videre for klinisk praksis og forskning i kapittel 7.

2. Teoretisk referanseramme

I teorikapitlet beskriver vi først hvilke kroppsperspektiver som har preget og fortsatt preger forskning, fagpersonene, tjenestene, politikken og tjenesteutvikler. Vi skriver om kroppslige tiltak anvendt i psykiske helsetjenester. I del to presenterer vi Norsk psykomotorisk fysioterapi (NPMF) og tidligere forskning innen fagfeltet. Avslutningsvis referer vi til erfaringer som psykomotoriske fysioterapeuter har gjort seg i oppfølging av ungdommer med psykiske helseplager.

2.1 Ulike perspektiver på kropp og kroppslige tilnærminger

Hvilken forståelse et menneske har for kroppen, både sin egen og andres, vil være av betydning i alt helsearbeid, og særlig i psykisk helsearbeid. Vår oppgave omhandler ungdommer og deres helsetilbud i skolehelsetjenesten. Ulike fagpersoner skal støtte opp og bidra til ungdommers psykiske helse. Hvordan kroppen *forstås* i dette arbeidet vil være av betydning for hvilket tjenestetilbud som gis. Dette vil ikke bare gjelde for fysioterapeuter, men også for andre yrkesgruppers rolle og funksjon i dette arbeidet (Ottesen, 2011, s. 10). Vi ser derfor først på ulike kroppsperspektiver.

2.1.1 Dualistisk kroppssyn - biomedisinsk kroppsførståelse

Ser man kropp og helse gjennom en dualistisk forståelsesramme vil somatisk og psykisk helse forstås adskilt fra hverandre. Dualismen har sitt utspring i Descartes fortolkning av et to-delt menneske bestående av en mekanisk maskin som utgjør den fysiske kroppen, og det tenkende og erfarende subjektet, “jeg”-et, som benevnes “sinn” (Thornquist, 2018, s. 37-44). Kroppen er ikke et “noen” i denne tankegangen, men heller et “noe” som kan manipuleres, kontrolleres og repareres. Kroppsholdning, for eksempel, kan med en slik forståelse sees som et rent fysisk anliggende. Eventuelle avvik fra det “ideelle” antas å gi ugunstig belastning, som bør korrigeres. Med en slik kroppsførståelse sees kroppsholdning ikke som et uttrykk for personens følelsesmessige tilstand (Thornquist, 2018, s. 42-43).

Selv om dualismen ikke er like utbredt som på Descartes tid, viser nåtidens organisering av helsevesenet med fortsatt oppsplittelse av somatiske og psykiatriske klinikker en historisk forankring som preger nåtiden. Både gjennom språkbruk, teorier, klassifikasjonssystemer og

organisering av helsevesenet, vil vi fortsatt kunne finne en kropp/sjel-dualisme i vestlig kultur og medisin (Thornquist, 2018, s. 37-44).

2.1.2 Kroppsfenomenologien - erfaringsbasert kroppsforståelse

Kroppsfenomenologien, slik filosofen Merleau-Ponty har utformet den, gir en mer helhetlig forståelse av mennesker. Han fremhever at kroppen er subjekt i tillegg til et fysisk objekt og at mennesket er et «jeg» som består av både kropp og sinn som er uatskillelige (Gretland, 2007, s. 24-33). Mennesker er rettet mot verden og lærer seg selv å kjenne gjennom sin interaksjon med verden, gjennom bevegelse og sitt være-i-verden (Thornquist, 2018, s. 138-150). Det ser vi tydelig når vi studerer babyer den første tiden: de lærer om verden og seg selv samtidig, ved å ta på, smake på, strekke seg etter, gripe, se på, møte blikk, lytte, etterligne ansiktsuttrykk og lyder. Der er alle sanser i aktivitet, og kroppen viser med all tydelighet hvordan babyen har det - med glede, tristhet, redsel og tilfredshet. Vi kan si at all menneskelig erfaring, både positiv og negativ, lager et avtrykk i kroppen (Borge, 2011, s. 29). Det er kroppen som registrerer dette først, før bevisstheten fanger det inn.

Mennesket blir kjent med sin omverden gjennom persepsjon og handling og det er kroppen som gjør det mulig (Thornquist, 2018, s. 142-143). Personer som er friske og velfungerende retter som oftest ikke sin oppmerksomhet mot kroppens funksjoner og reaksjoner. Først når noe i kroppen gjør vondt eller ikke fungerer, legger vi merke til den (Leder, 1990). Ved sykdom eller stressreaksjoner endres ens eget være-i-verden, og dagligdagse aktiviteter kan bli vanskelige, og mestringsevnen reduseres. Dette kan også skape en indre uro, spesielt om man ikke helt forstår hvorfor dette skjer (Thornquist, 2018, s. 142). Kroppen blir i stedet et hinder for aktivitet og deltagelse.

Kroppen har tilegnet seg en taus kunnskap gjennom bevegelsesmønstre, persepsjoner om seg selv og ved å være i det samfunnet man er i. Vi bruker denne kunnskapen ubevisst for å sikre oss tilknytning til andre i gruppen vi ønsker å passe inn i. Bourdieu nevner at ethvert menneske er bærer av sin kulturelle og sosiale arv. Kunnskapen sitter ubevisst i kroppen. (Thornquist, 2011, s. 208; Wilken, 2008, s. 35-38).

Kulturell og sosial arv er ikke bare forankret i hver og en av oss. Den “henger i veggene” hos myndigheter, politikere, helsepersonell og samfunnet for øvrig. Slik er den dualistiske tankegangen å spore i våre tjenester, anbefalinger og retningslinjer. Nyere studier tyder på at forståelsen kan bli endret i fremtiden. Ulike forskningsmiljøer innen nevrobiologi, kognitiv

psykologi, utviklingspsykologi og tilknytningspsykologi, både i utlandet og i Norge, presenterer forskningsfunn som konkluderer med at erfaringer preger menneskets tilværelse betydelig også biologisk. Dersom et menneske for eksempel opplever vedvarende belastninger og stress i sårbare aldersperioder, vil det kunne bidra til negativ helse- og sykdomsutvikling (Getz, Kirkengen & Ulvestad, 2011). Getz et al. (2011) understreker at levd liv i form av erfaringer og opplevelser setter biologiske spor i kroppen gjennom hele livsløpet. Det er av betydning for helse- og sykdomsutvikling, og det må tas hensyn til i helsepersonells tilnærming til pasientene.

2.1.3 Kroppslige tiltak i psykiske helsearbeid

I denne oppgaven forstås kroppslige tiltak som både fysisk aktivitet og kroppsorienterte behandlingstilnærminger. Fysisk aktivitet defineres som “enhver kroppslig bevegelse utført av skjelettmuskulatur som resulterer i en økning i energiforbruket utover hvilenivå” (Bahr, 2020). Kroppsorienterte behandlingstilnærminger har tiltak som berøring, massasje og bevegelse.

I psykisk helsearbeid er samtale- og miljøterapi en vanlig tilnærming, mens kroppslige tilnærminger i liten grad er kjent og tilgjengelig (Thornquist, 2011, s. 352). Ifølge Ottesen (2011, s. 9) vil mange undre seg over om fysioterapi som kunnskaps- og praksisfelt kan være eller er psykisk helsearbeid. Fysioterapi blir ikke uten videre koblet sammen med psykisk helsearbeid siden folk flest forbinder fysioterapi med rehabiliterings- og habiliteringsarbeid knyttet til somatiske sykdom. I psykisk helsearbeid er tiltak som inkluderer kroppen ofte rettet mot fysisk aktivitet (Bahr, 2009; Borge, 2011; Ottesen, 2011, s. 27).

Fysisk aktivitet er i fokus både i forebygging og behandling av psykiske helseplager. Engelsrud (1985, s. 16) skriver at allerede Platon var opptatt av at kroppen skulle holdes vedlike gjennom fysisk aktivitet slik at den var et godt fundament for tanken. Borge (2011) henviser til en britisk teolog og lærer, Robert Burton, som tidlig på 1600-tallet uttrykte at: “*mangel på fysisk aktivitet er en ulykke for kropp og sinn*” (s. 25). Norske helsemyndigheter har bidratt med opplysning både gjennom Nasjonal handlingsplan for økt fysisk aktivitet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020b), tipshefte for tilrettelegging av fysisk aktivitet for mennesker med psykiske lidelser (Helsedirektoratet, 2010) og ikke minst i Aktivitetshåndboken (Bahr, 2009).

Fysisk aktivitet er altså sentralt, mens andre kroppslige eller kroppsorienterte tilnærminger er lite kjent innenfor psykisk helsearbeid i Norge og Europa (Probst, 2017, s. 181). I 2011 ble det derfor for første gang dannet en egen subgruppe “International Organization of Physical Therapy in Mental Health (IOPTMH)” innenfor World Confederation of Physical Therapy for å synliggjøre og framheve ulike kroppslige tilnærminger som har vært brukt i over 50 år innenfor psykisk helsearbeid (Probst, 2017, s. 181). Ifølge IOPTMH har fysioterapi innen psykisk helsearbeid mange måter å bidra med i det tverrfaglige arbeidet rundt pasienter med psykiske helseplager. Fysioterapi har som mål å styrke individet enten individuelt eller i gruppe ved å fremme funksjonell bevegelse, bevegelsesbevissthet og bevegelsesglede gjennom øvelser og fysisk aktivitet. Tiltak er basert på best tilgjengelig kunnskapsbasert praksis (Probst, 2018, s. 10).

I Norge har kroppsorientert psykoterapi, hvor behandleren anvender kroppslige tilnærminger som massasje og bevegelse og verbale metoder, tradisjonelt stått sterkt siden 1930/40 årene (Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke, 2017, s. 182). Wilhelm Reich, som blir regnet som kropppsykoterapiens far, oppholdt seg i Norge i 1930-årene og inspirerte psykiateren Trygve Braatøy (Meland, Vollset & Nessa, 2004, s. 1799).

2.2 Norsk psykomotorisk fysioterapi (NPMF)

Norsk psykomotorisk fysioterapi er en videreutdanning innenfor fysioterapi etter fullført grunnutdanning. For å få spesialistkompetanse må det i dag gjennomføres en masterutdanning i fagfeltet.

2.2.1 Hva er Norsk psykomotorisk fysioterapi (NPMF)?

NPMF har sitt opphav i fysioterapeuten Aadel Bülow-Hansen og psykiateren Trygve Braatøy sitt kliniske arbeid på slutten av 1940-årene (Bunkan, 2001). Metoden de utarbeidet sammen representerte et helhetssyn på mennesket, hvor kroppen ble ansett som et integrert og samspillende hele som sto i kontrast til tradisjonell fysioterapi (Meland et al., 2004, s. 1799; Thornquist & Bunkan, 1986, s. 14). Det var en ny erkjennelse i 1940-årene at kropp, følelser og pust påvirker hverandre gjensidig. Tankegangen er at muskulære spenninger hemmer kroppsholdning, bevegelsesmønstre og respirasjon. Gjennom massasje og bevegelse løses disse spenninger opp og bevegelsesmønstrene blir mer funksjonelle, samt at respirasjon og kroppsholdning endrer seg (Sviland, 2014, s. 11-12). Flere pasienter erfarer normalisering av

autonome og hormonelle funksjoner. Samtidig med den kroppslige omstillingen, opplever pasientene en psykisk omstilling. Dermed blir psykomotorisk behandling en utvidelse av det psykoterapeutiske tilbudet (Thornquist & Bunkan, 1986, s. 15). Tilnærmingen blir anvendt for pasienter med psykosomatiske lidelser som stress, angst, nedstemthet og/eller langvarige muskel/skjelettplager (Breitve, Hynninen & Kvåle, 2008).

I NPMF-tilnærmingen ser ikke terapeuten etter symptomer og kliniske tegn med en klassisk biomedisinsk forståelse der ett og ett symptom eller problem behandles adskilt. Pasientens symptomer sees derimot i sammenheng med kroppen som helhet og som uttrykk for ubalanse i kroppen. Kroppens funksjon og dysfunksjon vurderes i forhold til pasientens levde liv og nåværende situasjon (Gretland, 2016, s. 139; Thornquist, 2006). Hvordan pasienten forholder seg til sine opplevelser, følelser og plager og hvilke sammenhenger vedkommende ser, er av betydning under hele kontakten med behandleren (Bunkan, 2014, s. 34). Virkemidler i behandlingen er bevegelse, massasje/ berøring og felles undring over kroppslige reaksjoner. Psykomotoriske fysioterapeuter er bevisste på at observerte kroppslige mønstre, økt muskelspenning og hemmet respirasjon kan være pasientens vanemessige atferd for å holde smertefulle erindringer eller følelser på avstand.

Optimalt behandlingsmål kan ifølge Bunkan (2001) beskrives som “smertefrihet eller reduserte smerter i en stabil og fleksibel kropp hvor pusten har full tilpasningsevne både til fysisk aktivitet og følelser“ (s. 2845). I relasjon og samhandling med terapeuten kan pasienten tilegne seg nye kroppslige erfaringer som kan integreres i hverdagen hans (Thornquist & Bunkan, 1986, s. 116). Relasjonen til terapeuten ansees som en viktig grunnforutsetning for samhandling. I NPMF blir dermed kroppen en innfallspott for behandling, og kroppslige symptomer og plager forståes som uttrykk for fysiske, psykiske og sosiale fenomener og erfaringer (Thornquist & Bunkan, 1986, s. 16).

2.2.2 Tidligere forskning innen NPMF

Innen naturvitenskapen og medisinsk forskning dominerer kvantitative forskningsmetoder. I NPMF er det oftest gjennomført kvalitativ forskning og først i de senere år har det blitt gjennomført noen få randomiserte, kontrollerte studier (RCT):

To RCT studier sammenlignet en gruppe pasienter som fikk oppfølging med NPMF med en kontrollgruppe. Anderson, Strand og Råheim (2007) konkluderte at pasientene i

intervensjonsgruppen fikk tydelig færre smertepunkter og returnerte i større grad tilbake til jobb etter ett år, sammenlignet med kontrollgruppen.

RCT-en til Bergland, Olsen Fromholt og Ekerholt (2018) undersøkte effekten av NPMF sammenlignet med ingen behandling (venteliste). Det viste seg at denne kroppslige behandlingstilnærmingen gav signifikant, positiv effekt på deltageres helserelaterte livskvalitet, selvfølelse og reduserte smerter.

Dragesund, Nilsen og Kvåle (2020) publiserte en RCT som sammenlignet kognitiv pasientopplæring kombinert med aktiv individualisert fysioterapi (COPE-PT) og NPMF for pasienter med langvarige muskel- og skjelettplager. Studien konkluderte med at pasientene i begge behandlingsgruppene opplevde bedring på studiens effektmål ved 3 og 6 måneders oppfølging. Bedringen var, imidlertid, størst hos pasientene som fikk COPE-PT. Ved 12 måneders oppfølging opplevde pasientene som fikk COPE-PT fortsatt en større bedring av angst- og depresjonssymptomer og søvn enn pasientene som fikk NPMF.

Vi finner ingen forskning som direkte kan knyttes til ungdommer og deres erfaring med NPMF. Derimot finner vi forskning som beskriver ulike elementer i behandlingsforløpet, belyst fra fysioterapeuters og voksne pasienters perspektiv. Disse studiene presenteres følgelig og benyttes i oppgaven, da de kan ha overføringsverdi til ungdommer.

Studier som belyser pasienters erfaringer med NPMF, trekker frem hvordan behandlingen har bidratt til å endre opplevelse av smerte, endring av vaner og bedring av funksjon i hverdagen (Alstad, Stiles & Fladmark, 2011; Dragesund & Øien, 2021; Øien, Råheim, Iversen & Steihaug, 2009). NPMF bidrar til bedre kroppskontakt og bevissthet om egne grenser og behov, samt til økt innsikt og forståelse for egne helseproblemer.

De siste ti årene har det blitt publisert flere masterstudier som beskriver erfaringer som psykomotoriske fysioterapeuter har gjort seg under behandling med NPMF for ungdommer. Resultatene fra disse studiene baserer seg på intervjuer med fysioterapeuter. Ifølge Opaas (2012) bidrar den kroppslige tilnærmingen til at ungdommene blir tryggere på egne grenser, får større trygghet i egen kropp og hjelper tenåringer til å mestre livet sitt bedre. Henriksen (2016) formidler at den kroppslige tilnærmingen gjennom psykomotorisk fysioterapi ansees å være velegnet til å skape opplevelser som tydeliggjør hvordan kroppen regulerer opplevde følelser. Bjørlykhaug (2016) skriver i sin sammenfatning at den psykomotoriske fysioterapeuten ved sin bekreftelse og anerkjennelse av ungdommers plager bidrar som den

signifikante andre. Terapeuten trer støttende og utforskende til når ungdommer opplever kriser og konflikter i eget liv. Vestli (2019) undersøkte hvordan ungdommer opplever deltakelsen i en psykomotorisk bevegelsesgruppe og konkluderte med at ungdommene fikk bedre kroppsbevissthet samt at de kunne nyttiggjøre seg avspenningsøvelser som de lærte i gruppen. Karlsen (2020) påpeker at terapeutene i hennes studie ønsket å fremme ungdommens interesse for å undre seg over sine plager, sin kropp og hvilken sammenheng det kan ha med livet de lever. Å erfare seg selv kroppslig var sentralt både med og uten verbalisering. Til slutt nevner vi Bentzrød (2020) sin masteroppgave. Hun har sett på det tverrfaglige samarbeidet mellom profesjonsutøvere i skolehelsetjenesten og psykomotoriske fysioterapeuter. Erfaringene fra samarbeidet var gode, men var for tilfeldige og personavhengige og for lite ledelsesstyrt. Mangel på ressurser gjorde det vanskelig å samhandle på tvers av tjenestene.

2.2.3 Norsk psykomotorisk fysioterapi for ungdom og ungdommens plager

Ungdommer henvises til NPMF for hodepine, muskel- og skjelettplager, angst, uspesifiserte kroppslige symptomer, depresjon, utmattelse, anspenthet/spenninger, spiseforstyrrelser, pusteproblemer, uro, ADHD og stress (Bjørlykhaug, 2016; Opaas, 2012). De er i utvikling og forandring på vei inn i voksenverden (Ottesen, Øyehaug & Bjorkbækmo Schrøder, 2016, s. 16). Gjennom barneårene er grunnlaget lagt for det vi opplever som "ekte" (Van der Kolk, 2014, s. 113-114). Det skjer gjennom hvordan vi fra første stund blir møtt av våre omsorgspersoner. Det fysiske samspillet legger grunnlaget for babyens følelse av selvtillit og med det, en livslang følelse av identitet. Kroppen er sentral i å kjenne velvære, mening, formål og retning, og noen ungdommer har, betinget av oppveksten, færre kroppslige referanser til egen identitet.

Sunnhet, trening og kosthold er viktige momenter for dagens ungdom og selv om dette bidrar til god helse, sliter også ungdommer som trener med psykisk helseutfordringer og stress. Ungdommer presenterer en sammensatt problematikk, der negativt stress og angst er fremtredende sammen med kroppslige uttrykk (Bakken, 2019; Ottesen, 2017).

Psykomotoriske fysioterapeuter som arbeider med ungdommer med psykiske og fysiske helseplager rapporterer i studier om oppstrammet holdningsmønster, redusert bevegelsesfrihet, høy muskulær spenning og stivhet, redusert avspenningsevne og hemmet respirasjon (Eklöf-Flugstad & Øyehaug, 2014; Ottesen, 2017). Det er altså en tydelig

kroppslig manifestering av psykiske plager. Et sentralt behandlingsmål kan være å forbedre ungdommens evne til å sanse inn sin egen kropp og forbedre personens bevissthet om egen kropp (Andli, 2005, s. 9).

I en psykomotorisk behandlingssituasjon anerkjenner og bekrefter terapeuten de kroppslige og verbale uttrykk som kommer fra pasienten. For ungdommer kan det bety å oppleve en kropp uavhengig av kroppspress. En kropp å være hjemme i, kroppen er alltid med en, en kropp som kjennes trygg, men også sårbar (f.eks. etter skader og vonde opplevelser), en kropp som er en avgrensning mot andre, en kropp som gir signaler og som hver og en kan erkjenne og tolke (Tara Judelle, personlig kommunikasjon, 2018). Ungdommen kan erkjenne at de både er en kropp og har en kropp og at kommunikasjon uttrykkes gjennom kropp og sinn samtidig (Ytterbo, 2016, s. 124).

Det finnes svært få uttalelser fra ungdommer som har vært i kontakt med fysioterapeuter. Ungdommer som Ottesen et al. (2016) har vært i kontakt med, rapporterer at fysioterapi gir en forståelse og innsikt som er annerledes. Det er grunnlagt med at å bruke kroppen som innfallsvinkel til plagene gir andre opplevelser enn å snakke om plagene. Kroppslige uttrykk som ungdommer presenterer, kan enten tolkes som sykdom eller svakhet og som medisineres og behandles. Ungdommer kan derimot også lære seg å tolke kroppslige uttrykk som en ressurs, til å merke seg selv, kjenne på egne behov og grenser og forstår seg selv og den konteksten de lever i (Ottesen et al., 2016).

3. Metode

I dette kapitlet presenteres først prosjektets vitenskapsteoretiske forankring og forskningsdesign. Vi redegjør deretter for studiens utvalg, gjennomføring av intervjuene og analyse av data. Avslutningsvis reflekterer vi om kvalitetsvurderinger og etiske refleksjoner av studien.

3.1 Vitenskapsteoretisk forankring

I studien søker vi helsesykepleieres erfaringer fra egen arbeidssituasjon og hvilket tilbud de gir til elever med psykiske og fysiske helseutfordringer. Vi er videre interessert i helsesykepleieres tanker og erfaringer knyttet til kroppslige tilnærminger og NPMF. Studien er tydelig forankret i en hermeneutisk - fenomenologisk forskningstradisjon.

I *fenomenologien* ligger fokus på hvordan verden oppleves av subjektene som lever i den (Thornquist, 2018, s. 101). I et slikt perspektiv er beskrivelser, fortolkninger og analyser av fenomeners egenskaper, karaktertrekk og kvaliteter av betydning. Forskeren samler informasjon fra verden slik den er, fremfor å sette opp et eksperiment (Malterud, 2017, s. 30-31).

Hermeneutikken ligger i bunn for oss når vi skal fortolke det materialet vi samler inn. Innenfor den hermeneutiske tradisjonen legges det vekt på forskerens forforståelse som går forut for hver enkeltundersøkelse. Den gjenspeiler seg videre i tolkningen av tekster, men også i samhandlingen med andre. Vi tilhører alle en historie som vi tar med oss inn i verden vi ønsker å utforske (Thornquist, 2018, s. 193-199). I analysearbeidet har vi siden erfart at forståelsen vår har "gått i spiral", hvor vi har forstått noe av detaljer som har gitt oss et nytt syn på totalbildet, og igjen en ny forståelsesramme for flere detaljer. Vi er deltagende i studien, som fortolkere av materialet vi har samlet inn - med den forforståelse vi har. Thornquist (2018, s. 182) skriver det slik: "All tolkning er relativ til tolkerens horisont som hele tiden overskrides av nye horisonter".

3.2 Studiens forskningsdesign

Studiens forskningsdesign bygger på en kvalitativ tilnærming, med individuelle intervju som datainnsamlingsmetode. Metoden anses mest hensiktsmessig ettersom den best kan gi svar på forskningsspørsmål som det ikke finnes mye etablert kunnskap om fra før, slik det er med vårt tema (Creswell & Poth, 2018, s. 45-46). Vi følger fenomenologisk tilnærming som egner seg godt i problemstillinger hvor det er vesentlig å forstå flere individers felles eller delte erfaring med et fenomen (Creswell & Poth, 2018, s. 79).

På denne måten er det mulig å oppnå en kompleks og helhetlig forståelse av et fenomen og deltakernes kontekst. Dette kan benyttes for å forstå sammenhenger utover disse som individer. Det kan da trekkes slutninger fra det enkeltstående til det allmenne (Malterud, 2017, s. 30-40).

3.3 Tilgang på feltet og utvalg

All forskning krever et utvalg som leder til datamateriale om det fenomenet en ønsker å utforske (Malterud, 2017, s. 57). Vi ønsket å intervju helseysykepleiere i VGS som har en sentral rolle i skolehelsetjenesten og som møter elevene med psykiske og fysiske helseplager. Studiens inklusjonskriterier var helseysykepleiere som arbeidet i videregående skole og som snakket flytende norsk.

Rekruttering av deltagere startet våren 2020. Godkjenning for å rekruttere helseysykepleiere fra den aktuelle kommunen ble først innhentet. Vi sendte deretter e-post med invitasjon om deltagelse med informasjonsskriv (vedlegg 1) om studien til de ulike avdelingsledere i kommunen. De fleste lederne videresendte informasjonen til sine ansatte i videregående skole, andre ønsket at vi selv tok kontakt med helseysykepleierne. Dette ble gjort og i første omgang meldte tre helseysykepleiere seg for deltagelse. Ettersom vi ønsket flere deltagere, kontaktet vi avdelingslederne på nytt, i håp at flere skulle melde seg frivillig til deltagelse. Etter den siste henvendelsen meldte tre nye helseysykepleiere seg. Utvalget resulterte i seks helseysykepleiere og det ble følgelig avtalt tidspunkt for intervju.

Utvalget bestod av helseysykepleiere med og uten samarbeidserfaring med psykomotorisk fysioterapeut. Dette er et mangfold som blir ansett hensiktsmessig for å få frem ulike erfaringer blant helseysykepleierne. Malterud (2017, s. 59) beskriver også at variasjon i utvalget gir mulighet til å få frem flere nyanser av fenomenet som undersøkes. Videre var

helsesykepleierne godt voksne damer, med arbeidserfaring fra 5-20 år i skolehelsetjenesten i videregående skole. De fleste deltakerne hadde tidligere erfaring som enten helsesykepleier på helsestasjon eller skolehelsetjenesten i barne- og ungdomsskolen. For oss virket det som de hadde god innsikt i eget arbeidsfelt, ungdommene de arbeider med og sin rolle i skolen. Noen av helsesykepleierne arbeidet deltid i skolehelsetjenesten med noen prosent i helsestasjon for ungdom og noen hadde redusert stilling grunnet videreutdanning.

3.4 Datainnsamling

I en fenomenologisk inspirert studie er individuelle dybdeintervju med 4 -10 informanter den mest vanlige datainnsamlingsmetoden (Creswell & Poth, 2018, s. 157, 161). Individuelle semistrukturerte intervju ble derfor valgt som datainnsamlingsmetode.

Intervjuene ble utført i henhold til en intervjuguide (vedlegg 2), som dekket de aktuelle temaene som vi ønsket å belyse, slik Malterud (2017, s. 133) anbefaler. Hensikten med en intervjuguide er å gi deltakerne mulighet til å svare fritt, detaljert og rikholdig på åpne spørsmål og dermed gi oss som forskere innsikt i hvordan fenomenet erfares og oppleves for dem (Polit & Beck, 2017, s. 510). Vi laget en tematisk intervjuguide med en logisk rekkefølge av spørsmålene. Først var spørsmålene mer generelle, før de rettet seg mer spesifikt mot forskningsspørsmålene. Bruk av en semistrukturert intervjuguide bidro til at vi ikke måtte følge spørsmålene i en bestemt rekkefølge, men kunne følge informantens innspill på en mer dynamisk måte. Dette gjorde at vi var mer åpen og mottakelig for spørsmål og fortellinger deltakerne delte fra sin livsverden (Malterud, 2017, s. 133-134).

Før intervjuene ble gjennomført gjennomgikk vi intervjuguiden sammen med veileder. Vi utførte deretter et pilotintervju med en helsesykepleier for å teste formuleringene av intervjuguidens spørsmål og intervjusituasjonen. I etterkant evaluerte vi gjennomføringen og endret noen spørsmål i intervjuguiden, slik det er anbefalt i litteraturen (Creswell & Poth, 2018, s. 165-166; Malterud, 2017, s. 134; Polit & Beck, 2017, s. 515-516).

Fra slutten av august 2020 til midten av oktober 2020 ble fem individuelle intervju gjennomført med helsesykepleierne. Den sjettede deltakeren kunne av helsemessige årsaker ikke stille, og intervjuet ble derfor avlyst. Tre av intervjuene ble gjennomført på deltakernes arbeidsplass, mens de to andre ble gjennomført over videokonferanse. Å gjennomføre intervjuene i kjente omgivelser for helsesykepleierne ble ansett hensiktsmessig, for at det skulle oppleves mindre belastende å delta i studien.

Én av oss var hovedintervjuer med ansvar for å følge intervjuguiden og gjennomførte intervjuet. Den andre var bi-intervjuer som kunne komme med spørsmål eller vende tilbake til ting som var sagt dersom vi ønsket at deltakerne skulle utdype noe. Intervjuene ble tatt opp på to ulike lydopptakere, etter godkjenning fra deltakerne, og ble etter hvert gjennomført intervju transkribert, slik det er anbefalt (Polit & Beck, 2017, s. 515). Før gjennomføring av intervjuene ble helsesykepleierne minnet på taushetsplikten de har som helsepersonell. Vi oppfordret dem til å ikke omtale enkeltelever på en måte som ville gjøre dem identifiserbare. Ingen navn ble brukt, og det kom heller ikke frem kombinasjoner av bakgrunnsopplysninger som kunne identifisere elevene.

Etter intervjuene var utført, erfarte vi at det var bedre å gjennomføre intervjuene ansikt til ansikt, fremfor å ta det over videokonferanse. Covid19-pandemien la imidlertid føringer for hvordan det var mulig å gjennomføre intervjuene, og vi var derfor avhengig av å tilpasse intervjusituasjonen for å få gjennomført prosjektet.

3.5 Transkribering

Vi transkriberte intervjuene innen noen dager, senest en uke etter gjennomføringen. Det var for det meste lett å høre hva som ble sagt, men i enkelte tilfeller måtte vi høre gjennom flere ganger for å tyde meningen. Vi skrev ut teksten på bokmål for å lette gjennomlesning og sikre anonymitet for deltakerne. I talemål er det ofte usammenhengende setninger og venteord som “eh”, “hmm” og “sant”. Vi kuttet bort en del av disse for å gjøre teksten lesbar. Vi lot de stå når ordenes betydning var vesentlig - som en liten nøling, en usikkerhet eller ettertenksomhet. Vi valgte å utelate en del av den bekreftende responsen vi hadde gitt som lyttere, eksempelvis “ja” og “mhm, for å unngå at teksten skulle bli så oppstykket. Vi skrev også en kort logg etter intervjuene som hjalp oss til å huske egne opplevelser fra intervjusituasjonen og som vi kunne bruke i analysearbeidet.

3.6 Analyse av data

Gjennom analyse av kvalitative data skal forskeren organisere, gi struktur til og trekke ut meninger av innsamlet datamateriale. Som nybegynnere innen kvalitativ forskning valgte vi Systematic Text Condensation (STC), som er en analysemetode som inneholder prinsipper og konkrete prosedyrer, slik Malterud (2017, s. 91) anbefaler. Analysen foregår gjennom fire

trinn, og under følger beskrivelsen i kursiv fra Malterud (2017, s. 98), samt kommentar om vår gjennomføring:

Trinn 1: *Å få et helhetsinntrykk av materialet hvor egen forforståelse er satt til side og foreløpige temaer trer fram.* Her leste vi, hver for oss, intervjuene flere ganger uten å notere eller analysere. Så fant vi, hver for oss, foreløpige temaer som kom fram i det vi leste. Deretter identifiserte vi åtte foreløpige temaer som spontant fanget oppmerksomheten vår og som omhandlet studiens tema.

Trinn 2: *Foreløpige temaer blir diskutert og ordnet til meningsbærende enheter og kodegrupper.* I dette trinnet arbeidet vi sammen om å samle de åtte foreløpige tema fra forrige trinn, til fire foreløpige tema vi ønsket å arbeide videre med. Vi fant fram til kodegrupper og etter hvert subgrupper innenfor disse og laget et regneark for å holde oversikt. I arbeidet med å finne de meningsbærende enhetene i teksten og sortere disse i kodegrupper i regnearket, jobbet vi igjen hver for oss. Vi arbeidet deretter sammen for å diskutere og justere hvor de ulike meningsbærende enhetene skulle inkluderes. Så gikk vi sammen gjennom kodegruppene og diskuterte og justerte om og hvor de meningsbærende enhetene skulle inkluderes.

Trinn 3: *Det hentes systematisk ut mening ved å kondensere innholdet i meningsbærende enheter som er kodet sammen. Det skrives sitater i jeg-form som presenterer deltakernes stemme.* Det å finne balansen av nærhet til teksten og et kunstig sitat som representerer alle var i noen tilfeller utfordrende. Det ble flere gjennomganger av dette!

Trinn 4: *Det som har blitt tatt fra hverandre blir satt sammen igjen og det lages en analytisk tekst for hver subgruppe og kodegruppe som illustreres med et treffende sitat.* I dette trinnet laget vi førsteutkast hver for oss for én og én resultatkategori, før vi byttet om for andreutkast. Helt til slutt ferdigstilte vi resultatkategoriene sammen. Grunnet Covid19-pandemien har det meste av samarbeid gått via videosamtale og nettbasert dokumenthåndtering.

Underveis i analysearbeidet oppdaget vi at vi ønsket å endre på kodegruppene, noen ganger mindre endringer av innhold, andre ganger endring av hele kodegruppe-strukturen. Malterud (2017, s. 113) beskriver analyseprosessen som å “gå tre skritt frem og to tilbake”. Det erfarte vi i arbeidet vårt. Den lange bearbeidelsestiden har gjort at vi har gått flere runder med oss selv og utviklet kunnskap og forståelse for det deltakere har fortalt. Vi har på den måten fått

sett materialet fra flere ulike synsvinkler, noe som ansees som positivt i analyseprosessen (Malterud, 2017, s. 104-106). Analysearbeidet var altså krevende, ikke minst fordi vi hadde et rikt datamateriale med mye informasjon som måtte avgrenses for å svare på problemstillingen vår. I en kvalitativ studie skal vi finne datamaterialet som kan fortelle oss *noe vi ikke* vet fra før, og prioritere å skrive om disse, ikke presentere “det hele” om problemstillingen vår (Malterud, 2017, s. 89). Det var viktig å ha i mente i analysearbeidet.

For å illustrere hvordan vi har kommet frem til resultatene har vi lagt ved en beskrivelse av dataanalysen til en av kategoriene vi endte med (vedlegg 3). Det er også en oversikt over alle kodegrupper, subgrupper og resultat kategorier (vedlegg 4).

3.7 Refleksjoner over metode og forskningsetikk

3.7.1 Grunnlagsbetingelser for vitenskapelig kunnskap

“Forskning er praksis der vitenskapelig kunnskap utvikles og systematiseres”, sier Malterud (2017, s. 18). Hun understreker at vitenskapelig kunnskap ikke er en evig sannhet, men er kunnskap som er kommet frem på grunnlag av systematisk, kritisk refleksjon, i motsetning til det man erfarer gjennom tilfeldige inntrykk. Den kvalitative analysen vi har gjennomført er systematisk og gjennomført med kritisk refleksjon. Malterud (2017, s. 18) angir tre begrep - refleksivitet, relevans og validitet - som grunnlagsbetingelser for vitenskapelig kunnskap.

Refleksivitet handler om forskerens forforståelse, evne til å stille spørsmål ved egne fremgangsmåter og gi rom for tvil, ettertanke og overraskende konklusjoner. Nærhet til materialet gjør at det kan være vanskelig å opprettholde refleksivitet - det kan være vanskelig å se noe annet enn det vi først har tenkt. Vi oppdaget allerede under intervjuene at helseyskepleierne og vi har ulik forståelse av helse, psyke og kropp, og at vi derfor lett kunne snakke forbi hverandre. Det at vi har vært to kandidater som har jobbet sammen har bidratt til ekstra runder med diskusjon og stadig nye perspektiv er kommet på banen. Vi har gjennom hele forskningsprosessen arbeidet aktivt for at eget ståsted og egne yrkeserfaringer ikke skal påvirke datainnsamlingen og tolkning av data. Samtidig er vi klare over at vi alltid allerede har en forforståelse som vil prege fortolkningen vår (Thornquist, 2018, s. 180-191).

Vitenskapelig kunnskap skal bringe med seg noe nytt, resultatene fra en studie skal ha *relevans* for kunnskapsfeltet (Malterud, 2017, s. 21). Resultatene fra vår studie viser at kropporienterte tiltak ikke er i bruk i skolehelsetjenesten, og at elevene dermed ikke får et

helhetlig tilbud som de etter retningslinjen for skolehelsetjenesten skal ha. I studien drøfter vi bakenforliggende årsaker. Vi mener det vil være nyttig kunnskap ikke minst for kommunale ledere som har ansvaret for skolehelsetjenesten, men også for politikere som skal fordele midler til tjenestene i kommunene og for ledelse i de videregående skolene, og til sist selvsagt også for helsepersonellet - både helsesykepleierne og psykomotoriske fysioterapeuter.

Validitet for en studie handler om hvorvidt forskerne har brukt hensiktsmessige og relevante metoder (intern validitet) og om hvorvidt resultatene er overførbare til andre sammenhenger (ekstern validitet) eller ikke (Malterud, 2017, s. 23-24). Vi har brukt individuelle intervju for å få fram informantenes erfaring, som er anbefalt og egnet til formålet. Fokusgruppeintervju, som er mer tidseffektivt, var vurdert brukt i prosjektet. Etersom Covid19-pandemien begrenset antall personer som kunne samles ved oppstarten og underveis i vårt prosjekt, valgte vi individuelle intervju som kunne gjennomføres ved fysisk møte eller via nettet. Individuelle intervjusituasjoner gav også mer fleksibilitet med tanke på å tilpasse tidspunktet til helsesykepleiernes arbeidsdag. Utvalget vårt var tilfeldig blant de aktuelle helsesykepleierne, og vi mener at resultatene fra deltakerne vil være gyldige for praksis i skolehelsetjenesten ved videregående skoler ellers i landet også.

3.7.2 Refleksjoner om gjennomføring

Antall deltakere som inkluderes i studien er et sentralt aspekt i kvalitative studier. Malterud (2017, s. 64-65) beskriver at et utvalg med god informasjonsstyrke er det viktigste og metning er tilfredsstillende når datainnsamlingen ikke bidrar til mer ny kunnskap. Vi ønsket oss i utgangspunktet 6-8 deltakere. For å vurdere om vi burde rekruttere flere deltakere enn de rekrutterte seks deltakere, startet vi analysearbeidet etter fire intervjuer. I samråd med veileder vurderte vi å gjennomføre studien med de resterende deltakerne som hadde meldt sin interesse og studien ble til slutt gjennomført med fem intervju. Vi kan selvsagt ikke utelukke at det kunne kommet inn andre momenter om vi hadde intervjuet flere informanter eller om vi hadde henvendt oss til helsesykepleiere fra andre kommuner. I utgangspunkt mener vi imidlertid at vi har et utvalg som er stort nok til å belyse vår problemstilling (Malterud, 2017, s. 65).

3.7.3 Forskningsetiske refleksjoner

Studien er godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD, referansenummer: 242760) (vedlegg 5). Deltakere fikk skriftlig informasjon om studien per e-post. Det ble presisert i

informasjonsskrivet at deltakelsen var frivillig og at deltakere kunne trekke seg når som helst fra studien. Alt datamaterialet ble behandlet anonymt og konfidensielt. Informantene ga skriftlig samtykke til intervjuet før oppstart.

Vi sendte opprinnelig en søknad til Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK, referansenummer: 96344) i forbindelse med en problemstilling hvor ungdommer skulle fylle ut opplysninger om sine helseplager. Covid 19-pandemien gjorde det umulig å gjennomføre påtenkt studie og en ny problemstilling måtte utarbeides.

Prosjektlederen kontaktet REK Vest og orienterte om forandringen og fikk beskjed om å sende sluttmelding på prosjektet siden det ikke skulle gjennomføres. Det nye prosjektet med intervju av helsesykepleiere ble av REK Vest vurdert som *ikke fremleggingspliktig*. Etter råd fra NSD, vår veileder på HVL og personvernansvarlig ved HVL, ble datamaterialet lagret på en privat, passordbeskyttet enhet i henhold til retningslinjen (vedlegg 6).

4. Resultater

Vi har innledningsvis i oppgaven fortalt om helsesykepleiernes oppgaver i skolehelsetjenesten og om ungdommene som oppsøker dem. Her presenterer vi resultatene fra analysen av intervjumaterialet i ett kapittel per resultatkategori. Vi har valgt å dele inn i underoverskrifter for å presentere oversiktlig. Vi har tre resultat kategorier med tilhørende underkategorier:

- Kroppen i skolehelsetjenesten
 - Hvilken rolle har kroppen i forebygging og oppfølging
 - Kropp og sinn henger sammen

- Bruk av Norsk psykomotorisk fysioterapi i skolehelsetjenesten - kunnskap og erfaringer
 - Psykomotoriske fysioterapeuters tilnærming er verdsatt
 - Begrensende faktorer for å bruke psykomotoriske fysioterapeuter

- Skolehelsetjenestens organisering er av betydning for samhandling
 - Psykomotoriske fysioterapeuter må være tydelig på hva de kan bidra med overfor ungdommer med psykisk uhelse/helse
 - Et helhetlig helsetilbud krever tydelige rammer

4.1 Kroppen i skolehelsetjenesten

Denne kategorien handler om hvilken plass kroppen har i undervisning og forebyggende arbeid rundt tema psykisk helse, hvilke kroppslige tiltak helsesykepleiere snakker om og hvordan de forholder seg til sammenhengen mellom kropp og sinn.

4.1.1 Hvilken rolle har kroppen i forebygging og oppfølging

Helsesykepleierne har et tydelig forebyggingsperspektiv og de refererer til grunnmurmodellen eller elementer herfra når de samtaler med ungdommene. Dette begrepet er en forklaringsmodell for hva som skal til for å ha en god psykisk helse, og helsesykepleierne bruker den både i klasseromsundervisning og i støttesamtaler med ungdommene.

Grunnmuren består av byggesteiner som er fysisk aktivitet, kosthold, søvn, seksuell helse, sosialt samvær med familie og venner. Helsesykepleierne forklarer at alle byggesteinene må være stabile for at eleven skal ha god psykisk helse. Gjennom modellen får elevene kompetanse på hvordan de kan justere seg eller gjøre forskjellige tiltak for å bedre egen psykisk helse. *“Da gjelder det å få de ulike byggesteinene på plass igjen”* forklarer en helsesykepleier. Eksempler på tiltak kan være at de oppfordrer ungdommene til å komme seg ut og i bevegelse. De forklarer at det å få dagslys, oppleve naturen eller nærområdet, ta en joggetur og å være fysisk aktiv, gjør at verden og livet oppleves mye bedre etterpå. *“Det gjør noe med tankesettet vårt”*, forklarer de.

“Den grunnmuren, sier vi til ungdommene, den består av mange byggesteiner akkurat som vi bygger et hus. Og når steinene ligger på plass og vi har fått sement imellom, da er huset helt stødig og kan tåle stormer og regn og alt mulig.” (Jessica)

Oppmuntring til å være fysisk aktiv står sentralt i denne modellen. De opplever at mange elever får dårligere helse på grunn av inaktivitet. Andre elever trener for mye slik at det kan tendere mot en måte å kontrollere kroppen på. Helsesykepleierne snakker med elevgruppene om problematikken. Noen helsesykepleiere veileder også elevene i avspenningsteknikker eller i teknikker de kan bruke for å komme seg gjennom utfordrende situasjoner, for eksempel ved stress eller angst. Eksempel som gis er å sitte godt med støtte i stolrygg og føttene trygt plantet i gulvet, eller også bruk av ulike pusteteknikker:

“Det tiltaket jeg hjelper de mest med her, er å lære dem å puste skikkelig. Jeg lærer dem ”å puste i vindu”. De skal ha beina i bakken, korsryggen, at de er bak i stolen, ned og ut med magen og alt dette her, for å prøve å avspenne.” (Veronika)

Andre igjen velger kognitive tiltak hvor de hjelper ungdommen til å takle vanskelig tanker og situasjoner. De bruker røde og grønne tanker, som er en verktøykasse for “Psykologisk førstehjelp” som mange ungdommer har blitt kjent med allerede i tidlig skolealder:

“Vi bruker denne “kognitiv terapi” tilnærmingen, sant! Dette at alle situasjoner fører til tanker og at tanker fører til følelser. Og at de kan stoppe opp på sine tanker og at det er tankene som fører til følelsene. Og å få de til å forstå at de er ansvarlig for eget liv og at vi kan ikke snu tankesettet deres.” (Jessica)

4.1.2 Kropp og sinn henger sammen

Helsesykepleierne vi har intervjuet sier at det er en sammenheng mellom fysiske og psykiske plager. De forteller at elever oftest henvender seg med stress- og angstproblematikk. Noen elever har googlet seg til en diagnose - eksempelvis sosial angst - og presenterer denne når de kommer på kontoret. Elevene nevner sjelden kroppslige plager i den sammenhengen og flere av helsesykepleierne opplyser at de ofte glemmer å spørre om det også. Andre nevner at de eksplisitt må etterspørre kroppslige symptomer, fordi elevene ikke forteller om det.

“Jeg vet jo at dette henger veldig sammen kropp og sinn. Hvis man ikke har det bra psykisk så får man ofte plager fysisk også, og av og til kan det være omvendt: at hvis man har veldig mye fysiske plager, så kan det gå utover den psykiske helsen også. Så jeg tenker det henger veldig tett sammen. Det er bare vi i skolehelsetjenesten som ikke alle er like flinke og tenker at det kan være lurt å få hjelp til den andre biten også.” (Karoline)

De kroppslige plagene som elevene har er smerter og muskelspenninger i nakke og rygg, puste vansker, magesmerter og hodepine. Elevene selv ser ikke alltid sammenhengen mellom disse kroppslige plagene og de psykiske plagene de presenterer, eller de antar at de må oppsøke fastlegen for *kroppslige* plager. Det gis også eksempel på at elever har vært utredet på alle måter eksempelvis for mageplager eller hodepine, men ikke funnet årsak eller løsning på plagene. På videre spørsmål om hvordan eleven *har det*, er det gjerne kommet fram opplevelser av ensomhet, utestengelse fra vennegjengen, familiære problemer eller

skolerelaterte vansker. Helseesykepleierne opplever at elever har formidlet at de ikke vil være trist eller lei seg og at de har prøvd å fortrenge slike vonde følelser over tid.

“De har en forventning om at de skal ha det så bra ... (sukk). De blir fortore misfornøyde, de tenker at det er unormalt å ikke ha det topp hele tiden.” (Karoline)

De fleste helseesykepleierne er oppmerksomme på at det å fortrenge ubehag, oppleve psykisk stress, grubling og tankekjør over tid kan stå i sammenheng med å utvikle fysiske plager som hodepine, magevondt eller annet kroppslig ubehag. Når det gjelder å følge opp disse kroppslige plagene med kroppslige tiltak, er ikke alle like bevisste. De fleste antar at samtale og informasjon er det som trengs. Én sier:

“Vi er ikke flink nok til å tenke i de baner (at det kan være fysiske problemer også), når det er psykiske vansker. Det er liksom hvis de tar det opp selv, at de er litt stive i ryggen eller nakken. Vi er veldig lite flink til å tenke på det. ... Jeg vet veldig godt det at det henger sammen og har de problemer, så skyldes det veldig ofte stress og selvfølgelig henger det tett sammen, men vi er ikke flink nok til å tenke i de baner når vi skal henvise dem videre til å få hjelp. Jeg har selvsagt gjort det, men jeg har ikke vært flink til det i det hele tatt.” (Karoline)

4.2 Bruk av Norsk psykomotorisk fysioterapi i skolehelsetjenesten

kunnskap og erfaringer

I denne resultatkategori presenteres vi først hvilken kjennskap helseesykepleierne har til psykomotorisk fysioterapi og hvordan tilnærmingen blir brukt i skolehelsetjenesten. Deretter belyser vi de begrensende faktorene som vanskeliggjør samhandling med psykomotoriske fysioterapeuter.

4.2.1 Psykomotoriske fysioterapeuters tilnærming er verdsatt

Helseesykepleierne har alle hørt om psykomotorisk fysioterapi og omtrent halvparten har litt kjennskap til denne spesialiseringen innen fysioterapi. Kjennskapet strekker seg fra å ha hørt at psykomotorisk fysioterapi kan være bra, til å kjenne en psykomotorisk fysioterapeut personlig og ha fått litt innblikk i behandlingstilnærmingen. En helseesykepleier formidler at psykomotorisk behandling kan være til spesielt god hjelp fordi der får elevene hjelp både med

psykiske og fysiske plager. Noen sier at tilnærmingen er spesielt nyttig for jenter, mens andre har erfart at gutter kan nyte godt av psykomotorisk fysioterapi. En helsesykepleier deler to elevhistorier. Begge elevene hadde vanskelige familieforhold med psykisk sykdom i familien. En jente tok på seg mye ansvar i familien og etter hvert ble belastningen av dette for stor. Hun utviklet kroppslige plager og negativt tanke sett. Helsesykepleieren sier at hun ikke kunne hjelpe henne tilstrekkelig med sine tiltak, og kontaktet en psykomotorisk fysioterapeut hun kjente. Oppfølgingen der bidro til at jenta bedret forståelsen av sammenheng mellom livssituasjon og erfarte kroppslige og psykiske plager. Hun ble gradvis bedre, forholdt seg annerledes til plagene og håndterte hverdagen bedre.

“Hun følte at hun ble møtt på det mellommenneskelig plan på en helt fantastisk måte hos psykomotorikeren. Hun lærte veldig mye om sammenheng mellom sin familiære situasjon og hennes kroppslige og psykiske plager. Hvis det gikk lang tid mellom hver timeavtale så falt hun litt tilbake. ... Men med en kort konsultasjon igjen, så kom hun tilbake på sporet”. (Trine)

Helsesykepleieren forteller at den andre eleven, som var introvert og stille, kom til mange konsultasjoner før det kom fram at han hadde problemer hjemme. Gjennom oppfølging hos en psykomotorisk fysioterapeut fikk denne eleven etter hvert et bedre språk for å uttrykke sine følelser. Slik kunne han fortelle hvordan han faktisk *hadde* det, og helsesykepleieren kunne hjelpe ham videre. Hun forteller at hun oppfordrer elever til å oppsøke psykomotorisk fysioterapeut og hjelper dem til å opprette kontakt. Helsesykepleierne legger vekt på at de forstår at psykomotoriske fysioterapeuters tilnærming til elevenes vansker er annerledes enn deres. En legger til at hun ville delta i studien nettopp for å belyse at den kompetansen psykomotoriske fysioterapeuter innehar er viktig, men lite benyttet av henne selv og hennes kollegaer.

“Jeg tror det vil være mange som kan ha god nytte av det (psykomotorisk fysioterapi). ... For dere har et helt annet blikk enn det vi har.” (Karoline)

“Det er sånn det er, jeg tror det er mange (helsesykepleiere) som har det sånn som meg, vi er rett og slett ikke flink nok til å tenke på psykomotoriske fysioterapeuter, når det er psykiske vansker.” (Marianne)

4.2.2 Begrensende faktorer for å bruke psykomotoriske fysioterapeuter

Helsesykepleierne anser seg selv som en dør inn til andre tjenester. Resultatene i studien viser at de i svært liten grad henviser til eller benytter psykomotoriske fysioterapeuter i forebygging eller behandling av psykiske helseplager for elevene i VGS. De poengterer at de synes det er vanskelig å henvise elever til NPMF fordi de har for lite kunnskap om behandlingstilnærmingen. En sier det i klartekst:

“Jeg kan for lite om psykomotorisk fysioterapi til at jeg kan fremsnakke den type hjelp, sant!” (Jessica)

Flere av helsesykepleierne sier som nevnt at de ikke kjenner godt nok til NPMF, men de sier også at de heller ikke har *tid* til å sette seg inn i hva andre faggrupper egentlig kan bidra med og hvilke rutiner for henvisning som gjelder.

*“Så for å gi en god veiledning til ungdommen burde jeg har visst mer om det, og i den travle hverdagen så er det **det** å finne tid til å finne ut av det ...” (Jessica)*

Mange helsesykepleiere trekker fram at det rett og slett mangler møteplasser med fysioterapeutene, hvor de kan drøfte og utveksle erfaringer og at det er negativt. I tillegg angir de flere årsaker for hva som ligger bak at de ikke henviser elever til NPMF: at psykomotoriske fysioterapeuter ikke er en del av skolehelsetjenesten, at de selv ikke kjenner en psykomotorisk fysioterapeut personlig eller at de ikke vet hvor de skal henvende seg for å treffe fysioterapeutene. En forklarer forskjellen mellom å samarbeide med psykologen og henvise til NPMF:

“Jeg tror at det at psykomotoriske fysioterapeuter ikke er en del av skolehelsetjenesten, at dere ikke er våre nærmeste kollegaer, at vi ikke er vant til å prate med dere, til å samarbeide med dere i hverdagen, sånn som vi gjør med psykologen, er grunner til at jeg ikke henviser til dere.” (Karoline)

Kostnader blir nevnt som en begrensende faktorene for å trekke inn psykomotoriske fysioterapeuter i oppfølgingen. Elever generelt, og de som ikke ønsker å trekke inn foreldre spesielt, er opptatt av å ikke bruke penger på behandling, understreker helsesykepleierne. De er klar over at oppfølging hos en psykomotorisk fysioterapeut ikke er gratis, og de poengterer at dette er uheldig.

Flere peker på *fraværproblematikk* ved konsultasjon hos psykomotorisk fysioterapeut. De sier at om oppfølging hos fysioterapeut gir godkjent fravær eller ikke, er av betydning for om tiltaket vil bli benyttet eller ikke. Siden psykomotoriske fysioterapeuter ikke er på skolen, blir fraværet lenger enn ved besøk hos helsesykepleier eller psykolog.

Resultatene viser at helsesykepleierne våre ikke henviser elever med psykiske og fysiske helseplager til fysioterapi. Flere kommenterer det som en “oppdagelse” i intervjuene, og én sier det rett ut:

“Jeg hører at jeg ikke nevner fysioterapeuten. For det er jo noe på videregående skole som er totalt fraværende. ... Jeg tenker at det er synd, vi har jo kommunefysioterapeuter som jeg ikke bruker i det hele tatt”. (Veronika)

Helsesykepleierne poengterer at de er en dør inn til andre tjenester. Det er de som møter elevene først og vurderer hvilket hjelpebehov de har. De understreker at skolehelsetjenesten er et lavterskeltilbud, som er åpen for elevene uten avtale på forhånd. Ved behov sendes elevene videre.

“Men i videregående skole er fysioterapeuter fraværende, og det gjør at vi er fraværende i vår tenkning.” (Veronika)

4.3 Skolehelsetjenestens organisering er av betydning for samhandling

I denne resultatkategori legger vi frem innspillene helsesykepleierne har kommet med slik at skolehelsetjenesten kan bli et mer helhetlig helsetilbud til elevene. Et bedre tilbud til elever vil da kunne inkludere kroppslige tilnærminger som NPMF. I det første kapittelet presenterer vi forslag rettet til psykomotoriske fysioterapeuter, og i det andre gjengir vi forslag av mer organisatorisk art.

4.3.1 Psykomotoriske fysioterapeuter må være tydelig på hva de kan bidra med overfor ungdommer med psykisk uhelse/helse

Resultatene våre peker på at ingen av helsesykepleierne i studien har inngående kunnskap om behandlingsformen NPMF. Alle formidler at de kan lite om og gjerne vil ha mer kunnskap om hva behandlingstilnærming innebærer. En helsesykepleier som noen ganger henviser til psykomotorisk fysioterapi, forklarer at hun enda ikke har forstått hvordan psykomotoriske fysioterapeuter egentlig arbeider. Hun har sett at NPMF har vært svært bra for mange, men hun savner rapporter ved avsluttet behandling som beskriver hva som har blitt gjort og hva som har blitt oppnådd. Det ville gitt henne en bedre forståelse for hva tilnærmingen egentlig kan bidra med overfor elevgruppen, understreker hun. Alle trekker frem at de har behov for økt kompetanse for å kunne anbefale tilnærmingen til elevene. Ved siden av å ønske seg mer kunnskap om innholdet i psykomotorisk fysioterapi, etterlyser helsesykepleierne informasjon om hvem som kan ha utbytte av NPMF, forventet behandlingstid, hva psykomotoriske fysioterapeuter kan bidra med i det forebyggende arbeid og hvordan elevene kan gjøres interessert i tilbudet.

“... Og at vi har ikke nok kompetanse, vi har ikke nok informasjon om hva dere driver med, hvordan dere tenker og hvordan dere jobber. ... Og vi kan nok litt for lite om hvilken sammenheng det er ... hvilke fysiske plager som kan skyldes psykiske vansker.” (Karoline)

“... så det å vite litt mer hvordan tjenesten vil møte disse ungdommene og hva dere kan hjelpe dem med” (Jessica)

Videre understreker helsesykepleierne at også elevene trenger mer kunnskap. De poengterer at ungdommer søker informasjon på digitale medier og foreslår at psykomotoriske fysioterapeuter burde presentere seg selv og sin kunnskap knyttet til kroppen og psykisk helsearbeid tydelig og ikke minst ungdomsvennlig på digitale medier. De understreker at formuleringer og valg av medier er viktig.

4.3.2 Et helhetlig helsetilbud krever tydelige rammer

Resultatene våre viser at helsesykepleierne er interesserte i å trekke inn andre tjenester som kan fremme elevenes psykiske helse. De sier at dagens rammevilkår gjør det vanskelig, og én trekker fram at skoleadministrasjonen ikke alltid er positive til enda flere aktører inn i skolen.

Materialet vårt viser at organisering av skolehelsetjenesten, hvilke fagpersoner som er lett tilgjengelig eller til stede og hvor enkle samhandlingsrutinene er, er vesentlige for at ulike tjenester skal kunne bidra til en helhetlig, samordnet helsetjeneste for elevene.

Helsesykepleierne uttrykker at psykomotorisk fysioterapi kunne være nyttig som et tilbud i skolehelsetjenesten:

*“Jeg tror dere kunne ha hjulpet mange ungdommer, som sliter av ulik grad.”
(Karoline)*

Helsesykepleierne gir konkrete forslag til hva som kan bidra til at psykomotoriske fysioterapeuter blir brukt oftere. For å forenkle samhandlingen er førstevalget at psykomotoriske fysioterapeuter blir ansatt i skolehelsetjenesten i VGS. I mangel av det etterlyser de et tydelig tilbud:

“Så da hadde det vært bra om det var et tilbud vi kunne tilbudt elevene når de kommer til oss.” (Veronika)

Inntil fysioterapeuter blir inkludert i skolehelsetjenesten, sier helsesykepleierne i studien at det er behov for tydelige avtaler i form av retningslinjer og rutiner. De antyder at dersom de hadde hatt en rutine, en ferdig oppskrift på til hvem, hvor og for hvem, så ville de oftere ha kontaktet psykomotoriske fysioterapeuter:

“Dersom det allerede var etablert en samarbeidsrutine som vi kunne bruke ... Det hadde vært mye enklere for oss, sant.” (Jessica)

Flere framhever betydningen av å møtes for å diskutere aktuelle problemstillinger for elevene, for å få tilbakemelding etter behandlingsforløp, for å dele erfaringer eller å få innsikt i hverandres arbeidshverdag. Slike møteplasser er en god anledning for å opprette kontakter, sier de. Én helsesykepleier påpeker at det for tiden ikke er noen kontaktpunkter mellom helsesykepleierne i VGS og fysioterapeuter, og sier:

“Det beste hadde selvfølgelig vært at dere (psykomotoriske fysioterapeuter) ble kollegaer med oss i skolehelsetjenesten, og i alle fall at dere oppsøker oss eller det finnes arenaer der vi møtes. Da kan vi få snakke sammen og få informasjon om hverandre. For nå eksisterer ikke det. Det er så tilfeldig at det er det altfor dårlig. Dette er jo en systemsak selvfølgelig. Men vi må treffes for at vi skal bli flinkere til å samarbeide, og sånn som det er i dag, så treffes vi ikke.” (Karoline)

5. Drøfting

I det første kapittelet, *Kroppsforståelse påvirker tjenestetilbudet i skolehelsetjenesten*, ser vi på dagens tilbud i skolehelsetjenestens og drøfter hvilken kroppsforståelse som preger den nå og hvordan en annen forståelse kunne tilføre andre elementer til elevenes tilbud. Videre viser vi hvordan styrende dokumenter gjenspeiler hvilken kroppsforståelse som ligger til grunn.

I det andre kapittelet *Norsk psykomotorisk fysioterapi - en ubrukt ressurs i skolehelsetjenesten*, beskriver vi helsesykepleiernes kjennskap til NPMF. Vi drøfter hvilken ressurs tilnærmingen kan være for elevene i forebygging og oppfølging.

I det tredje og siste kapittelet *Skolehelsetjenestens organisering er av betydning for tverrfaglig samarbeid og helhetlig tjenestetilbud*, drøfter vi hvordan skolehelsetjenestens organisering påvirker elevenes tilbud.

5.1 Kroppsforståelse påvirker tjenestetilbudet i skolehelsetjenesten

5.1.1 Dagens skolehelsetjenestetilbud - kropp og sinn adskilt

Helsesykepleierne i skolehelsetjenesten arbeider primært forebyggende. For å gi helseråd om hvilken betydning fysisk aktivitet, gode søvnrutiner og godt kosthold har for den psykiske helsen, benytter de klasseromsundervisning. Dette er i tråd med anbefalingene i retningslinjen (Helsedirektoratet, 2017a, s. 153) som sier at skolehelsetjenesten skal kunne bidra med undervisning om helsefremmende tema. Gjennom undervisningen vil elevene kunne få økt kompetanse om psykisk helse og faktorer som påvirker den, slik at de kan gjøre egne grep for å få det bedre. Helsesykepleierne understreker at en velfungerende kropp er en viktig byggestein i grunnmursmodellen for god psykisk helse sammen med søvn, regelmessig aktivitet og kosthold. Betydningen av slik kunnskap er vurdert i en spørreundersøkelse gjennomført ved fem videregående skoler i Sør-Trøndelag (Bjørnsen et al., 2018).

Resultatene viste at økt kunnskap korrelerte klart med økt psykisk velvære, noe som tilsier at helsesykepleiers fokus på helsefremmende tema i undervisningen er nyttig. Derimot kan vi ikke se at det undervises i kunnskap om mer regulerende kroppslige tilnærminger som kunne bidra til at elevene kan regulere seg under stress og vanskelige situasjoner for får det bedre med seg selv. Slik vi oppfatter grunnmursmodellen uttrykker den et syn på kroppen som en

objektiv kropp. Der blir kroppen gjenstand for oppmerksomhet fordi den har viktige funksjoner som personen som «subjekt» nyter godt av for å opprettholde sin gode psyke. Det kan tyde på at kroppen oppfattes som uviktig som kunnskapskilde og kunnskapsformidler, og slik det kan virke på oss, ligner helsesykepleiers forståelse for kroppen Descartes dualistiske betraktninger (Gretland, 2007, s. 19; Thornquist, 2018, s. 45). Etter Descartes syn var alt som kunne knyttes til mennesket selv, som bevissthet, fornuft, tenkning og kunnskap, skilt fra kroppen. Eller for å sitere Thornquist (2018): “Descartes subjekt var kroppsløst og kroppen avpersonifisert.” (s. 45). Kropp og sjel fungerer i et slikt perspektiv som to atskilte enheter. Dermed forstås etter Descartes også somatisk og psykisk helse adskilt fra hverandre.

Studiens resultater viser at helsesykepleierne benytter samtale i oppfølging av elever med psykiske helseplager. På denne måten følger de “malen” for terapeutiske tilnærminger innenfor psykisk helsearbeid, som oftest er gjennom språket og verbal kommunikasjon (Gretland, 2007, s. 19; Martinsen, 2011, s. 15). De følger også det som tradisjonelt gjelder innen skolehelsetjenesten: at elevene skal ha “noen å snakke med” (Ottesen & Øyehaug, 2016, s. 110). Vi får en forståelse for at helsesykepleierne videre legger vekt på kognitiv tilnærming, som baserer seg på sammenhenger mellom tenkning, handlinger og følelser. Helsesykepleierne forklarer for elevene at de må snu tankesettet sitt for å få det bedre. På den annen side har helsesykepleierne tydelig lite erfaring med å trekke kroppen inn som kilde til innsikt og læring. En kroppslig erfaring om sammenhenger gir annen innsikt enn bare muntlig formidling om det samme. “Ord om erfaring er alltid fattigere enn erfaringen i seg selv”, påpeker Gretland (2007, s. 184). Bevegelse og kroppslig erfaring vil etter vår forståelse bidra til at mennesker lærer seg selv å kjenne gjennom sin interaksjon med verden. Betraktet med en kroppsfenomenologisk forståelse blir kroppen da både objekt og subjekt (Gretland, 2007, s. 24-33; Thornquist, 2018, s. 138-150).

I dagens psykiske helsearbeid er derimot interessen for kroppen, som sansende og erfarende, stort sett fraværende (Gretland, 2007, s. 19-20). Kroppen knyttes for det meste til trening og fysisk aktivitet. Det viser også resultatene i vår studie, hvor helsesykepleierne bruker kroppen som et virkemiddel for å bedre elevens psykiske helse. De følger i så måte en tradisjon som strekker seg helt tilbake til Platon (Engelsrud, 1985, s. 16). Historisk sett har fysisk aktivitet og trening vært koblet til god mental helse. “En sunn sjel i et sunt legeme” er et kjent uttrykk, og fysisk aktivitet er en anbefalt og anerkjent selvhjelpsmetode ved psykiske helseutfordringer (Borge, 2011, s. 27; Helse- og omsorgsdepartementet, 2020b, s. 59). Engelsrud (1985, s. 56, 182-183) hevder imidlertid at selve definisjonen av begrepet “fysisk

aktivitet” understøtter en dualistisk kroppsforståelse, fordi det knyttes ingen tanke til selve aktiviteten. Hun sier at tenkning og bevegelse hører sammen, og at det kan ikke sees adskilt. Ved å være i bevegelse, sanse og legge merke til, skapes det erfaring og kunnskap (Engelsrud, 2005, s. 106). Da sees kroppen som et subjekt som erfarer og lærer av sitt møte med omgivelsene. Engelsrud framhever at bevegelse er en av våre første måter å lære på, slik vi kan se for oss et barn i sine første leveår som erfarer og lærer gjennom bruk av kroppen. Det sier seg selv at vi erfarer kroppslig både som ungdom og som voksen. Gretland (2007, s. 19) beskriver en avtagende interesse for kroppen når barna vokser til og kan kommunisere verbalt. Kroppen blir avpersonifisert og betraktes som rent fysisk, en materie som kan trenes, repareres og skiftes deler på helt frakoblet fra vår erfaringsverden, mens sinnet er en separat, tenkende enhet (Thornquist, 2018, s. 37-43).

Våre funn viser at helsesykepleierne i liten grad er oppmerksomme på at kroppslige behandlingstilnærminger er aktuelle ved psykiske helseplager. De anerkjenner at kroppslige plager kan komme av stress og angst, men flere påpeker at de ikke har vurdert at fysioterapeuter generelt, eller psykomotoriske fysioterapeuter spesielt, kan hjelpe med det. De uttrykker forståelse for at psykiske vansker kan gi kroppslige plager, og at langvarige fysiske smerter kan påvirke psyken negativt. Når helsesykepleierne like fullt ikke kan se for seg at man kan bruke kroppen terapeutisk, kan det understøtte at deres forståelse er mer preget av et dualistisk syn, som tidligere nevnt. I en slik forståelsesramme vil somatisk og psykisk helse forstås adskilt fra hverandre (Ottesen & Thornquist, 2015, s. 132).

Videre er det mye som tyder på at elevene er sosialisert inn i dualistisk tenkning om kroppen. Helsesykepleierne forteller at mange elever som henvender seg med psykiske vansker ikke ser sammenhengen mellom disse vanskene og kroppslige plager. En del unnlater også å nevne kroppslige plager, mens de på direkte spørsmål bekrefter at de har det. En oppfatning av at fastlegen håndterer somatiske plager, mens skolehelsetjenesten tar seg av det psykiske, kan ligge til grunn for det. På en annen side er elevene et produkt av sin samtid. Wilken (2008, s. 37) siterer Bourdieu som mener at sosiale normer, verdier og oppfatninger ubemerket blir forankret i kroppen helt fra tidlig barndom, uten at vi nødvendigvis er klar over det. Elevene er dermed både sosialt og kulturelt preget av den forståelsen som er rådende. Ifølge Thornquist og Kirkengen (2020, s. 24) er vi mennesker mer eller mindre sosialisert inn i en tenkning om å skille mellom kropp og sinn. Det er ord og begreper som har preget samfunnet i lang tid, og endret forståelse kommer ikke av seg selv. Våre funn viser at helsesykepleierne opplever det som vanskelig å nå fram til elevene som ikke ser

sammenheng mellom psykiske og kroppslige plager og livet de lever. Med det bakteppet kan vi argumentere for at elevene trenger hjelp til å forstå slike sammenhenger. De kan selvsagt få hjelp gjennom teoretisk undervisning, slik som helsesykepleierne gjennomfører det, men dette kan likeså understøttes av kroppslige tiltak. Som Ottesen og Øyehaug (2016, s. 110) påpeker, kan psykomotorisk fysioterapi bidra med en annen tilnærming til å skape sammenheng i elevers liv.

For å avrunde dette kapittelet henviser vi til Thornquist (2018) som sier at "*kroppen er sentrum for erfaring og kilde til kunnskap*" (s. 47). Denne forståelsen synes å være fraværende i dagens skolehelsetjeneste. I forebyggende undervisning om sammenhenger mellom fysisk og psykisk helse og forståelse av seg selv, kunne også læring gjennom kroppen inkluderes og på den måten gi annen innsikt.

5.1.2 Styrende dokumenter - kroppsforståelse preger utformingen

Nasjonal faglig retningslinje (Helsedirektoratet, 2017a) legger klare føringer for helsesykepleierens arbeid i skolehelsetjenesten, noe som medfører at helsesykepleierne ikke har mye handlingsrom for å gjøre ting annerledes. Helsesykepleierens tiltak er videre basert på opplæring fra egen utdanning, slik som verbale og samtalebaserte tiltak (Høgskulen på Vestlandet, 2021). Dette er i tråd med føringene gitt av Helsedirektoratet (Helsedirektoratet, 2017a). I retningslinjen for skolehelsetjenesten er kroppen kun nevnt i tilknytning til fysisk aktivitet eller somatiske plager. Kroppslige tilnærminger er ikke nevnt i de forebyggende tiltakene, men helsesykepleierne oppfordres til å henvise til fysioterapeut ved kroppslige plager. Dette kan tyde på at i utarbeidelsen av retningslinjen og andre styrende dokumenter er kroppen ansett som lite relevant i sammenheng med psykisk helsearbeid. I en diskursanalyse av styringsdokumenter for psykisk helsearbeid fant Ottesen og Thornquist (2015) en tilsvarende oppfatning av kroppen. De gjengir at sammenhenger mellom fysisk og psykisk helse er lite tematisert og at kroppen helt unntaksvis presenteres som meningsbærende og som kilde til innsikt og forandring. Imidlertid beskriver de at studien deres er basert på dokumenter, ikke praksis, og at de ikke kan trekke slutninger om hvordan det arbeides innen feltet. Planer og retningslinjer vi har studert, gjenspeiler en mer dualistisk oppfatning av kroppen slik også Løvteit og Ottesen (2015) har beskrevet. Tiltakene helsesykepleierne i studien vår velger, viser til det samme kroppssynet, hvor kroppen i liten grad blir ansett som kilde til læring og endring.

5.2 Norsk psykomotorisk fysioterapi - en ubrukt ressurs i skolehelsetjenesten?

Studiens resultater viser at psykomotoriske fysioterapeuter ikke har en tydelig rolle i skolehelsetjenesten. Helseesykepleierne uttrykker at fysioterapeuter ikke betraktes som en ressurs når de tenker oppfølgingstiltak for elever.

5.2.1 Forebygging gjennom kroppsorienterte tilnærminger

På nettsiden til Norsk Fysioterapeutforbund angis fysioterapeuters kunnskapsgrunnlag som kropp, bevegelse og funksjon. Kroppens fungering betraktes gjennom et fenomenologisk forankret perspektiv (Norsk fysioterapiforbund, 2012). En slik tilnærming er ikke tilgjengelig for elever i dagens skolehelsetjenestetilbud. I en rapport utført i forbindelse med utarbeidelsen av fremtidige tjenestetilbud for barn og ungdom, hvor brukerne hadde en tydelig stemme, kom det frem at det ikke er tilstrekkelig med kun samtalebaserte tilbud (Barne & familiehjelpen, 2017, s. 14). Å supplere helseesykepleiers støttesamtale med en kroppslig tilnærming kan gi elevene en annen type læring. Det vises blant annet til at kroppslig erfaring kan bidra til en trygg forankring, en trygghet på egne grenser, kontakt med egne følelser samt spontanitet og initiativ til å være deltagende (Henriksen, 2016, s. 66). En kroppssorientert tilnærming, slik NPMF er, vil kunne være et supplement i forebyggende arbeid, slik vi utdyper i følgende avsnitt.

Eklöf-Flugstad og Øyehaug (2014, s. 4, 9-12) beskriver i en studie hvordan fysioterapeutiske tiltak kan bidra i forebyggende og helsefremmende arbeid i skolehelsetjenesten. I et samarbeidsprosjekt ble det evaluert og videreutviklet fysioterapitiltak for elevers stresshåndtering. Blant annet utforsket elevene muskelspenning, avspenning og pust ved hjelp av kroppsbevissthetsøvelser, bevegelsesaktiviteter, oppmerksomt nærvær i undervisning og bevegelsesgrupper. I etterkant av tiltakene oppga flere elever at de hadde fått redusert stress og anspenthet, hadde mindre tankekjør og innsovning gikk lettere, og at kroppslig læring gjennom bevegelse, sansning og erfaring hadde gitt økt mestring. Slik vi ser det har elevene fått en liten koffert med ulikt verktøy som de kan bruke når de trenger å roe ned og bli mer i balanse.

5.2.2 Oppfølging av elevers kroppslige utfordringer og plager i skolehelsetjenesten

I retningslinjen for skolehelsetjeneste bes helsesykepleiere være spesielt oppmerksomme på elever med kroppslige plager som hodepine, søvnproblematikk, magesmerter og kvalme. I den forbindelse oppfordrer retningslinjen til at helsesykepleierne skal henvise til fysioterapeut og annet personell for videre oppfølging (Helsedirektoratet, 2017a, s. 239-240). Som nevnt tidligere blir elevene vanligvis fulgt opp med støttesamtaler eller blir henvist til fastlege for kroppslige plager. Bare unntaksvis blir de henvist til psykomotorisk fysioterapi. Selv om helsesykepleierne i studien uttrykker at samtale er et tiltak som hjelper mange elever, erkjenner de at dette tiltaket ikke alltid er nok.

Helsesykepleierne møter elever som ikke har språk for å uttrykke hvordan de har det, eller for å sette ord på følelsene sine. De vil trenge hjelp til å utvikle forståelse og begreper. En helsesykepleier forteller at en elev fikk hjelp til akkurat det gjennom behandlingsoppfølging hos psykomotorisk fysioterapeut. Om dette sier Thornquist (2011, s. 198) at eleven gjennom berøring og bevegelse kan bli bekreftet som hel - "som meg". Ottesen og Øyehaug (2016, s. 109) støtter opp med lignende erfaringer og forteller om helsesykepleiere og psykologer som har lagt merke til at fysioterapeuters utgangspunkt i kroppen, både i undersøkelse og behandling, hjelper elever til å sette ord på hvordan de har det. Ottesen og Øyehaug hevder at dagens ungdom setter pris på utforskning og tematisering av å være og leve som kropp. Psykomotoriske fysioterapeuter har en unik mulighet til å se, lytte og snakke gjennom bruk av hender, berøring og bevegelse (Ottesen & Øyehaug, 2016, s. 109). En slik kroppslig tilnærming kan åpne for følelser og erkjennelser om sammenhenger mellom kroppen og livet den lever, forbedre kroppsbevisstheten og plager, og redusere muskelspenning for å nevne noe. Frigjort bevegelse og respirasjon kan gjør det lettere å uttrykke seg i samtaler (Alstad et al., 2011; Dragesund & Øien, 2020, 2021; Øien et al., 2009).

Helsesykepleierne forteller at en del av elevene ønsker å fremstå som vellykket uten helseproblemer, og at de derfor undertrykker både kroppslige ubehag og følelsen av å ha det dårlig. I en tidligere masteroppgave som omhandlet "jenters oppfatninger av hvordan stress kan påvirke kroppene deres", kom det frem at elevene overser kroppens "stemme" når den sier fra om behov, fordi de ønsker å innfri både egne og andres forventninger (Hauge, 2018, s. 9). Helsesykepleierne uttrykker at det kan være utfordrende å nå fram til disse elevene med sine vanlige tiltak, og at de i stedet kan ha nytte av psykomotoriske fysioterapi. Slik vi ser det

har psykomotoriske fysioterapeuter og helsesykepleiere kompetanse som kan utfylle hverandre, og som kan komme til nytte for ulike elevers behov. Dersom det legges til rette for arenaer for samarbeid, kan fagutøverne jobbe sammen for å utvikle elevenes tilbud i skolehelsetjenesten.

5.2.3 Når vanskene er sammensatt og livet blir komplisert

Helsesykepleierne i vår studie sier at de møter elever til støttesamtaler. De forteller imidlertid at disse samtalene blir mer utfordrende når elevene har vansker på ulike områder som familie, skole og venner, og kombinert med kroppslige plager. Livet er komplisert for disse elevene og de forstår ofte ikke sammenhengen mellom de ulike problemene. I denne forbindelsen har helsesykepleierne lagt merke til at psykomotoriske fysioterapeuters tilnærming til elevenes vansker er annerledes enn sin egen og at elevene kan få god hjelp hos dem. Det kan ha sammenheng med hvordan psykomotoriske fysioterapeuter forstår at kroppslige og psykiske plager henger sammen, oppfattes og fortolkes. Helt fra starten har NPMF representert et helhetssyn på mennesket, hvor kroppen blir ansett som et integrert og samspillende hele (Meland et al., 2004, s. 1799; Thornquist & Bunkan, 1986, s. 14). En av helsesykepleierne i studien forteller om en elevsituasjon som gradvis ble mer utfordrende. Eleven ble stadig dårligere med flere kroppslige plager, til tross for flere støttesamtaler. Ettersom egen kompetanse ikke var tilstrekkelig for å hjelpe, henviste helsesykepleieren eleven til psykomotorisk fysioterapi. En psykomotorisk fysioterapeut vil ifølge (Thornquist & Bunkan, 1986, s. 38-39) starte en psykomotorisk behandling med å få informasjon om elevens livssituasjon, tidligere sykdommer, plager og traumer, og bruker kroppen som innfallspor til undersøkelse og samtale. Terapeuten inkluderer eleven, som er aktiv deltagende helt fra starten, i utforskningen av kroppens funksjoner, respirasjonen og muskulære spenninger (Thornquist & Bunkan, 1986, s. 42, 57). De vil reflektere over forhold som enten terapeuten observerer eller kroppslige forandringer som oppstår underveis som eleven legger merke til. Resultatene av undersøkelsen sees i sammenheng med elevens livssituasjon. Funn som økt muskulær anspenthet, nedsatt fleksibilitet og omstillingsmulighet samt anspent respirasjon, vil kunne forstås som at eleven prøver å undertrykke vanskelige følelser gjennom den kroppslige responsen (Thornquist, 2006, s. 30).

I motsetning til en samtalebasert tilnærming, gir kroppsundersøkelsen og samtalen med fysioterapeuten underveis eleven en forståelse av at alt i kroppen henger sammen (Ottesen & Øyehaug, 2016, s. 110). Eleven får anerkjennelse for sine plager og de sees i sammenheng med hverdagen eleven står i. Tidligere forskning i NPMF støtter opp om at den anerkjennende relasjonen i behandlingssituasjonen mellom terapeut og elev vil være betydningsfull for at eleven kan se sammenhenger, utvikle forståelse og selvivaretagelse (Bunkan, 2014, s. 34; Dragesund & Øien, 2021, s. 7-10; Ottesen et al., 2016, s. 19). Vi forstår ut fra hva helsesykepleierne uttrykker at mange elever får hjelp av støttesamtaler. På den annen side antyder de også at det ikke alltid strekker til. Én helsesykepleier har erfart at psykomotorisk fysioterapi er til hjelp når elevene har flere samtidige vansker og livet er komplisert. Ut fra det ovenstående kan vi argumentere for at dette støttes både fra teori og tidligere forskning. Henriksen (2016, s. 58-60), som refererer fra en behandlingssituasjon mellom en elev på tiende trinn og en psykomotorisk fysioterapeut, understreker at å lære å forstå sammenhenger og å kjenne etter hvordan man har det, kan bidra til å ta omsorg for seg selv og å regulere seg etter egne behov. Selvivaretagelse og å bli kjent med egne ressurser er viktige utviklingstema i ungdomstiden og et viktig mål i NPMF (Bunkan, 2014, s. 34; Henriksen, 2016, s. 57, 59; Øhlckers et al., 2020, s. 16). "Kroppslige støttesamtaler" hos psykomotorisk fysioterapeut som kan bidra til økt selvivaretagelse og forståelse, kan på bakgrunn av dette sies å være et gunstig tiltak i det helsefremmende arbeidet i skolehelsetjenesten.

5.3 Skolehelsetjenestens organisering er av betydning for tverrfaglig samarbeid og helhetlig tjenestetilbud

5.3.1 Fordeler ved å ha psykomotorisk fysioterapeut i skolehelsetjenesten

Helsesykepleierne i studien vår ønsker å etablere og å ha samarbeid med psykomotoriske fysioterapeuter, helst som kollegaer i skolehelsetjenesten. Over har vi beskrevet hvilke muligheter som ligger i NPMF og hvordan tilnærmingen kan hjelpe i forebyggende og helsefremmende arbeid. Likevel vet vi at fysioterapeuter generelt ofte ikke blir ansett som en bidragsyter i behandling av pasienter med psykiske helseplager, bortsett fra når de skal gjennomføre fysisk aktivitet (Probst, 2017, s. 17; Thornquist, 2011, s. 352-354). Som Probst (2017, s. 179) trekker fram, kjenner alle fysioterapeuter til kroppslige tilnærminger som

berøring, massasje, fri bevegelse og dans som kan bidra til symptomlindring, bedre kroppskontakt og -bevissthet, bedre mestringsevne og livskvalitet.

Det finnes eksempler på erfart effekt av psykomotorisk fysioterapi i skolen. En rektor ved en videregående skole på Østlandet uttaler i et intervju at å ha en psykomotorisk fysioterapeut ansatt på skolen har gitt en positiv effekt for gutter på hans skole (Engelsen, 2021). Han har erfart at en del gutter heller oppsøker fysioterapeut enn helsesykepleier i skolehelsetjenesten. Videre at det å ha både psykomotorisk fysioterapeut og psykolog har vært nyttig, særlig når elevene har sammensatte problemer. Ifølge Opptrappingsplanen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019, s. 9, 59) benytter flere jenter enn gutter skolehelsetjenesten i VGS, og de samtalebaserte tiltakene nevnes som mulig årsak. Med utgangspunkt i rektorens erfaring med fysioterapeut i skolehelsetjenesten kan det antydes at gutter muligens vil oppsøke skolehelsetjenesten oftere dersom det også var fysioterapeuter tilgjengelige.

Helsesykepleierne i studien anser kostnader i forbindelse med besøk hos fysioterapeut som et hinder for at elever vil benytte seg av tilbudet. Skolehelsetjenesten er i prinsippet gratis for elever, og gjelder helsesykepleiere og psykologer ansatt i skolehelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2017a, s. 11). Har elevene behov for fysioterapitjenester, må de imidlertid betale. Dette til tross for at skolehelsetjenesten er forpliktet til å ha tverrfaglig samarbeid med fysioterapeuter. Behandling hos fysioterapeut må betales med egenandeler opptil frikortgrense for ungdom over 16 år, det er gratis for de som er yngre (HELFO, 2021). Flere helsesykepleiere påpeker at dette er uheldig, siden elevene ofte ikke ønsker å involvere foreldrene sine og de uttrykker at dette vil påvirke om elevene bruker fysioterapitjenestene. Dette gjelder selvsagt ikke alle elever, men kanskje dem som trenger det mest. Sletten og Bakken (2016, s. 48) skriver at det er elever fra hjem med lav sosioøkonomisk status som oftest har flere plager både av fysisk og psykisk art.

5.3.2 Tverrfaglighet i skolehelsetjenesten bør ivaretas

Ifølge retningslinjen (Helsedirektoratet, 2017a, s. 326) skal skolehelsetjenesten være sammensatt av ulike fagpersoner slik at elevers helseutfordringer blir ivaretatt på en best mulig måte. Fysioterapeuter er i denne forbindelsen nevnt som en bør-tjeneste, det vil si en tjeneste som myndighetene anser som viktig å ha med i det tverrfaglige arbeidet. Ved skolehelsetjenestene i vår studie oppfylles ikke denne anbefalingen, siden fysioterapeuter er totalt fraværende. Det er kommuneledelsens ansvar å sørge for at all nødvendig kompetanse

er tilstede i skolehelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2017a, s. 6) og tjenestetilbudet vil derfor kunne variere betraktelig ut fra hvordan retningslinjene tolkes eller forstås i de ulike kommunene. Finansieringsordningen for fysioterapeuter kan være en årsak til at kommunene ikke ansetter fysioterapeuter fast i skolehelsetjenesten. For å få et statlig fastlønnstilskudd for fysioterapeuter må deler av stillingen være kurativ utenfor en institusjon (Helfo, 2019). Som tidligere nevnt regnes skolehelsetjenesten som en institusjon, og finansiering av en fysioterapistilling tilknyttet til skolen kan da blir dyrt for kommunen. Det blir en ekstra lønnsutgift som kommunen må finne dekning for selv. Kommunen mister da både fastlønnstilskudd og egenandel. Her må Stortinget med regjeringen og sine departementer ta ansvar for å finne en økonomisk løsning for at retningslinjen skal kunne oppfylles i praksis.

Helsesykepleierne i studien vår betegner seg selv som en dør inn til andre tjenester. De fleste forteller at de ikke har samarbeidet med fysioterapeuter i forbindelse med elever som har psykiske helseplager og uttrykker at de vet for lite om psykomotoriske fysioterapeuters tilnærming til å henvise dit. Skal man lykkes med samarbeid på tvers av faggrupper og tjenester, er det nødvendig med kunnskap om og anerkjennelse av *hverandres* fagkompetanse (San Martín-Rodríguez et al., 2005, s. 142). Dette støttes opp i regjeringens strategi for ungdomshelse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s. 28), som også argumenterer for at alle aktørene må være trygg i egen rolle og kompetansefelt, og å være bevisst eget ansvar. Det understrekes at tilrettelegging fra lederne er en forutsetning for å lykkes.

5.3.3 Utvikling av kjennskap til NPMF på kort og på lang sikt

Helsesykepleierne har oppgaver knyttet til koordinering av tjenester og henvisning til andre tjenester. Helsesykepleierne uttrykker tydelig at de ønsker å få mer kjennskap til psykomotorisk fysioterapi, men at dagens fysiske plassering gjør det vanskelig. Helsesykepleierne har arbeidssted og kontor på de videregående skolene, mens psykomotoriske fysioterapeuter vanligvis arbeider ved institutt eller i en kommunal tjeneste, som gjerne ikke er organisert i samme tjeneste som helsesykepleierne med de utfordringer det gir. Disse adskilte arbeidsstedene er et hinder for at faggruppene kan utvikle kjennskap til hverandre. Slik situasjonen er nå, har de heller ingen møteplasser, hverken faglige eller uformelle. En av helsesykepleierne i studien foreslo at felles fagdager kunne være en mulighet til å få innsyn i hverandres kompetanse og utfordringer.

Det er derimot ikke bare avstand som gjør samarbeidet mellom psykomotoriske fysioterapeuter og helsesykepleiere utfordrende. Helsesykepleierne uttrykker at de ikke har kunnskap om tjenestene som psykomotorisk fysioterapi kan tilby. Heller ikke elevene har kjennskap til disse. Det gjør det vanskelig for helsesykepleierne å anbefale tjenesten, og vanskelig for elevene å takke ja. Helsesykepleierne peker på digitale medier som det naturlige, foretrukne stedet å nå elevene på. Det støttes også i Opptrappingsplanen for barn og unges psykiske helse, som beskriver følgende:

“I mange kommuner er det behov for en utbygging av tjenestetilbudet til barn og unge med psykiske plager og lidelser, og digitale tjenester bør i større grad kunne bidra til at innbyggere gis mulighet til å ta aktive valg rundt egen helse og eget helsetilbud. Barn og unge bør også i større grad involveres i utformingen av tilbudet.”

(Helse- og omsorgsdepartementet, 2019, s. 10).

Helsesykepleierne anbefaler at NPMF som tilbud og tilnærming må bli forklart på et språk som er tilpasset ungdommen. Dette er et sentralt punkt i bruker- og pasientinformasjon som utarbeides for eksempel ved sykehusene. De beskriver at digitale plattformer er foretrukne og at informasjon må tilpasses målgruppen som skal motta den (Helse Bergen, 2020; Oslo universitetssykehus, 2020). Det kan være et eksempel til etterfølgelse.

På lengre sikt kan det være naturlig å bringe utdanningsinstitusjonene på banen for å forbedre tverrprofesjonell forståelse. Helsesykepleiere og psykomotoriske fysioterapeuter gjennomfører sine masterutdanninger ved høyskoler og universitet flere steder i Norge, og det kunne legges til rette for at utdanningene samarbeider på en slik måte at profesjonene blir bedre kjent med hverandres kompetanse. Det vil kunne gjøre det enklere å etablere samarbeid i klinisk praksis i det lange løp. Helsesykepleierne uttrykker at det er lettere å ta kontakt med personer og faggrupper de kjenner, da de vet hvilke tjenester de kan tilby.

Kunnskapsdepartementet erkjenner at det har vært relativt lite samarbeid på tvers av profesjoner i norske utdanningsinstitusjoner, selv innen bachelorutdanninger hvor det har vært et krav siden 1990-tallet (Kunnskapsdepartementet, 2011, s. 44). Universitetet i Tromsø har imidlertid etablert en fellesmodul med fokus på opplæring i samarbeid på tvers av alle helsefagutdanningene, både på bachelor- og masternivå. Et slikt utdanningssamarbeid er i tråd med hvordan verdens helseorganisasjon mener helsetjenesten bør innrette seg for å gå fra fragmentert til helhetlig tjeneste (WHO, 2010, s. 10). Helhetlige tjenester er generelt positivt og ressurs sparende, men også spesielt viktig for psykiske helsetjenester. WHO-rapporten

trekker fram at helsetjenesten og utdanningssystemet bør samarbeide for å gjøre tverrfaglig samarbeid i praksisfeltet mulig, og at helseplanleggerne også må inkluderes i arbeidet.

Thornquist (2011, s. 352-354) peker på at det er for enkelt å tro at bedre informasjons- og markedsføringsvirksomhet skal føre til at fysioterapeuter naturlig regnes med i behandling av psykisk sykdom. Det ikke er en ren fysioterapifaglig problematikk, men kan likestilles med problemstillinger som berører kunnskapsgrunnlaget i hele helsevesenet og alle yrkesgrupper. Thornquist argumenterer videre for at kropp-sjel-dikotomien fortsatt er et underliggende rammeverk i alt helsearbeid, og spesielt innen psykisk helsevern.

6. Avslutning

I studien vår ønsket vi å undersøke hvilket tilbud elever med psykiske helseplager får i skolehelsetjenesten ved videregående skoler og hvilken rolle NPMF har eller kan ha.

Gjennom masterstudiet i klinisk fysioterapi, studieretning fysioterapi ved psykiske og psykosomatiske helseproblemer, har vi utvidet vår forståelse for kroppen som en viktig ressurs. Kroppslige tilnærminger kan åpne for en bredere innsikt enn en rent språklig tilnærming som tradisjonelt tilbys i helsetjenester for mennesker med psykiske vansker og utfordringer. For ungdommer som er i utvikling mot voksenlivet, kan det være spesielt nyttig å erfare og lære gjennom kroppslige opplevelser.

Studien viser at psykomotoriske fysioterapeuter og deres tilnærming er så godt som fraværende i skolehelsetjenestene. Helsepsykepleierne forholder seg lojalt til retningslinjer og planer som er preget av en mer tradisjonell biomedisinsk, dualistisk tankegang, mens psykomotoriske fysioterapeuter har sin forståelse i kroppsfenomenologien. Med så ulike utgangspunkt for å forstå elevenes plager og hvordan de kan følges opp, er det ikke selvsagt at det søkes etter et samarbeid mellom de to yrkesgruppene. Videre kommer det frem i studien at skolehelsetjenestens organisering påvirker hvem helsepsykepleierne samhandler med og hvilke ressurser og tiltak som benyttes. Kommunene bestemmer selv hvordan skolehelsetjenesten er sammensatt og organisert.

Det er blitt tydelig for oss at det som i utgangspunktet var en enkel problemstilling om psykomotoriske fysioterapeuter er tilgjengelig i skolehelsetjenesten i videregående skole eller ikke, er mer kompleks. På tvers av alle spørsmål og svar i studien vår ble det klart at kroppsforståelsen, om kroppen betraktes som objekt eller subjekt, spiller inn i alle trinn fra utarbeidelse av retningslinjer, til valg av tiltak, deltagelse i tiltak og elevenes opplevelse av seg selv i verden.

Slik vi har oppsummert, er det ulike årsaker som styrer hvilket tilbud elevene i videregående skole får i skolehelsetjenesten. Fra materialet ser vi at helsepsykepleierne møter elevene med psykiske helseplager med samtalebaserte tiltak. Tiltakene skal bidra til opplysning og informasjon til elevene. Valg av tiltak tyder på at kroppen i liten grad blir ansett som kilde til læring og endring, og kjennskap til NPMF er begrenset eller fraværende. For å imøtekomme elevenes behov bør skolehelsetjenestens tilbud inneholde kroppslige tilnærminger så vel som samtalebaserte og psykoedukative tiltak. Siden retningslinjer og offentlige planer viser vei

hvordan tjenester skal etableres og hvilke tiltak som anbefales, bør kroppslige tilnæringer inkluderes i anbefalingene.

7. Veien videre

Dette kapittelet inneholder betraktninger som har utviklet seg mens vi arbeidet med studien.

Styrking av forskning innen NPMF:

Alle nyutdannede psykomotoriske fysioterapeuter tar nå en mastergrad, og det utvikles stadig mer forskningsbasert kunnskap innen fagfeltet. Beslutningstakere støtter sine anbefalinger på forskning mer enn erfaring (Folkehelseinstituttet, 2018, s. 7-8). Det vil derfor være gunstig å ha oppsummert forskning om NPMF, som systematiske oversikter, tilgjengelig som beslutningsgrunnlag for videre planlegging av helsetjenestene. Framtidig forskning i NPMF bør videre legge vekt på å dokumentere ungdommers brukererfaring med NPMF. Brukermedvirkning blir ansett som viktig i framtidig tjenesteutvikling.

Informasjonsformidling om NPMF

Innholdet i tilnærmingen NPMF synes å være lite kjent blant helsesykepleiere og elever, og de etterlyser informasjon. Tilpasset informasjonsmateriell for ungdom vil være sentralt for å nå frem til denne målgruppen. Men også for andre faggrupper burde det finnes informasjon som er lett tilgjengelig. Dette er en viktig oppgave for fagmiljøet.

Kjennskap til systemer

Alle fysioterapeuter må ha kjennskap til hvordan de ulike delene av helsevesenet i Norge tenker og arbeider på et overordnet nivå, hvilken planer og anbefalinger som finnes og hvordan hver kommune utvikler sine helsetjenester. Fysioterapeuter må ha kjennskap til hvordan tjenestene utvikles og hvordan samarbeid fungerer slik at vi kan presentere vår faggruppe og vår kroppsførståelse inn i systemene.

Kommunal ledelse

På bakgrunn av funn i studien bør fysioterapeuter, og kanskje særlig psykomotoriske fysioterapeuter, ansettes i skolehelsetjenestene ved videregående skoler. De er nevnt i retningslinjen som en bør-tjeneste, og vil kunne tilføre et annet perspektiv på forebygging og oppfølging av elevers psykiske helseplager. Det vil være spesielt relevant dersom behandling av milde til moderate psykiske helseplager blir besluttet gjennomført i skolehelsetjenesten,

slik det ifølge Opptrappingsplanen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019, s. 46) blir vurdert.

Sletten og Bakken (2016, s. 48) skriver at det er elever fra hjem med lav sosioøkonomisk status som oftest har flere plager både av fysisk og psykisk art. Det kan tenkes at det er akkurat de som har mest behov for oppfølging hos en psykomotorisk fysioterapeut for å bli sett og for å forstå egen kropp. Helseesykepleierne anser kostnader som et hinder for at elever vil bruke fysioterapitjenester. Dersom psykomotoriske fysioterapeuter ansettes i skolehelsetjenesten og har arbeidssted på skolen, løser det helseesykepleierens bekymringer. Da blir tjenesten gratis og lett tilgjengelig for elevene, på tilsvarende måte som helseesykepleierens og psykologens tilbud.

Utdanningsinstitusjonene

Tverrprofesjonell læring under utdanning kunne forbedre helseesykepleiers og psykomotoriske fysioterapeuters forståelse for hverandre og bidra til bedre samhandling etter endt utdanning.

Storting, regjering og departementene

Forståelsen om at kroppen er et sansende og erfarende subjekt, eller om du vil: at vi mennesker som subjekt er sansende, erfarende og tenkende kropper, er i dag ikke tilstrekkelig utbredt. Vi håper at denne forståelsen, sammen med tanken om at kroppsorienterte tilnærminger som NPMF, kan være nyttige for elevene, vil spre seg til flere helsearbeidere, men ikke minst til de som sitter som beslutningstakere. Det er generelt nødvendig at økonomiske midler følger med vedtatte planer og retningslinjer. En kan spørre seg i hvilken grad økonomi spiller en rolle for at fysioterapi som en bør-tjeneste blir realisert i skolehelsetjenesten. Det er Regjeringen som fremlegger forslag om hvordan helsetjenestene skal være, og Stortinget som gjør vedtak. Videre utarbeider Departementene retningslinjer og planer. Forståelsen for mennesket som et hele, hvor kropp-sinn er u-atskillige, må også være her, hos de som planlegger og bestemmer.

8. Referanseliste

- Alstad, E., Stiles, T. C. & Fladmark, A. M. (2011). Kvantitativt mindre rygg smerter etter psykomotorisk fysioterapi. *Fysioterapeuten.*, 78 (5), 24-32. Hentet fra <http://hdl.handle.net/11250/2621636>
- Anderson, B., Strand, L. I. & Råheim, M. (2007). The Effect of Long-Term Body Awareness Training Succeeding a Multimodal Cognitive Behavior Program for Patients with Widespread Pain. *Journal of Musculoskeletal Pain*, 15, 19-29. https://doi.org/10.1300/J094v15n03_04.
- Andli, E. (2005). *Kroppsbevissthet i ungdomspsykiatrien-Kroppslig tilnærming til ungdom med hyperkinetiske forstyrrelser/ADHD*, (Et pilotprosjekt ved Lillestrømklinikken). Bråten behandlingssenter. Hentet fra Espen Andli, e-post: espenandli@hotmail.com
- Bahr, R. (2009). *Aktivitetshåndboken* Helsedirektoratet.
- Bahr, R. (2020). Fysisk aktivitet. Hentet 10.05.2021 fra https://sml.snl.no/fysisk_aktivitet
- Bakken, A. (2019). *Ungdata. Nasjonale resultater 2019, NOVA Rapport 9/19*. NOVA, Oslomet. Hentet fra <http://hdl.handle.net/20.500.12199/2252>
- Barne & familiehjelpen, p. (2017). *Forebyggende innsats i ungdomsskolen*. Bergen.
- Barne- og familiedepartementet. (2020). *Lov om barnevern (barnevernsloven) og lov om endringer i barnevernloven (Prop. 133 L (2020–2021))*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-133-l-20202021/id2842271/>
- Bentzrød, O. (2020). *Sammen om helheten – Erfaringer med et tverrfaglig samarbeid mellom psykomotoriske fysioterapeuter og profesjonsutøvere i skolehelsetjenesten* (Masteroppgave). Høgskolen i Innlandet. Hentet fra <https://hdl.handle.net/11250/2728362>
- Bergland, A., Olsen Fromholt, C. & Ekerholt, K. (2018). The effect of psychomotor physical therapy on health-related quality of life, pain, coping, self-esteem, and social support. *Wiley online library*. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/pri.1723>
- Bjørlykhaug, S. K. (2016). *Psykomotorisk fysioterapi for "flinke piker" - fysioterapeuters erfaringer og refleksjoner fra klinikken* Universitetet i Tromsø. Hentet fra <https://hdl.handle.net/10037/9602>
- Bjørnsen, 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(65075):(e-65075). <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2018.65075>
- Borge, L. (2011). Kropp og sjel i et filosofisk og kulturelt perspektiv. I E. W. Martinsen (Red.), *Kropp og sinn*. Bergen: Fagbokforlaget.

- Breitve, M. H., Hynninen, M. & Kvåle, A. (2008). Emosjonelle symptomer og helseplager hos pasienter som oppsøker psykomotorisk fysioterapi. *Fysioterapeuten*, 75(12), 19-26. Hentet fra https://fysioterapeuten.no/files/archive/540/5316/version/3/file/1208_Fagartikkel_394463.pdf
- Bunkan, B. H. (2001). Psykomotorisk fysioterapi – prinsipper og retningslinjer. *Norsk Lægeforening*, 121: 2845-8. Hentet fra <https://tidsskriftet.no/2001/10/kronikk/psykomotorisk-fysioterapi-prinsipper-og-retningslinjer>
- Bunkan, B. H. (2014). *Kropp, respirasjon og kroppsbilde* (4.utgave, 3.opplag. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Creswell, J. W. & Poth, C. N. (2018). *Qualitative inquiry & research design : choosing among five approaches* (4th ed. utg., C. N. Poth, Overs.). Thousand Oaks, Calif.: Sage.
- Dragesund, T., Nilsen, R. M. & Kvåle, A. (2020). Norwegian Psychomotor Physiotherapy versus Cognitive Patient Education and active physiotherapy in patients with long-lasting musculoskeletal pain – A randomized controlled trial. *Physiotherapy Research International*. Hentet fra <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1002/pri.1891>
- Dragesund, T. & Øien, A. M. (2020). Transferring patients's experiences of change from the context of physiotherapy to daily life. *Int J Qual Stud Health Well-being*, 15(1), 1735767-1735767. <https://doi.org/10.1080/17482631.2020.1735767>
- Dragesund, T. & Øien, A. M. (2021). Developing self-care in an interdependent therapeutic relationship: patients' experiences from Norwegian psychomotor physiotherapy. *Physiotherapy Theory and Practice*. <https://doi.org/10.1080/09593985.2021.1875524>
- Eklöf-Flugstad, A. & Øyehaug, G. A. (2014). *Fysioterapi i skolehelsetjenesten, Ungdom og stressrelaterte plager*. Hentet fra <https://www.med.uio.no/helsam/forskning/grupper/fysioprim/aktuelle-saker/rapport-fysioterapi-vdg-skole.pdf>
- Engelsen, T. (2021). Man bør lære på skolen hvordan man tar vare på hele kroppen. *Dagsavisen*. Hentet fra <https://www.dagsavisen.no/nyheter/innenriks/2021/03/11/man-bor-laere-pa-skolen-hvordan-man-tar-vare-pa-hele-kroppen>
- Engelsrud, G. (1985). *Kropp og sjel - et dualistisk eller dialektisk forhold?* (Hovedoppgave). Oslo.
- Engelsrud, G. (2005). Bevegelse som utforskning og utfoldelse, 72(7 Fysioterapeuten), 15-19. Hentet fra https://fysioterapeuten.no/files/archive/408/4788/version/3/file/0705_Fagartikkel.pdf
- Eriksen, I., Sletten, M. A., Bakken, A. & von Soest, T. (2017). *Stress og press blant ungdom. Erfaringer, årsaker og utbredelse av psykiske helseplager. NOVA Rapport 6/17*. Oslo Metropolitan University - OsloMet: NOVA. Hentet fra <https://hdl.handle.net/20.500.12199/5115>

- Folkehelseinstituttet. (2018). *Utviklingsplan for område for helsetjenester*. Hentet fra <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/omrade-for-helsetjenester-utviklingsplan.pdf>
- Getz, L., Kirkengen, A. L. & Ulvestad, E. (2011). Menneskets biologi – mettet med erfaring. *Tidsskr Nor Legeforen*, 131: 683-7. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.10.0874>
- Glavin, A. & Erdal, B. (2018). *Tverrfaglig samarbeid i praksis. Til beste for barn og unge i kommune-Norge*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Granrud, M. D. (2019). *Mental health problems among adolescents* (doctoral thesis). Karlstad University, Karlstad, Sweden. Hentet fra <https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:1343434/FULLTEXT02.pdf>
- Gretland, A. (2007). *Den relasjonelle kroppen : fysioterapi i psykisk helsearbeid*. Bergen: Fagbokforl.
- Gretland, A. (2016). Psykomotorisk fysioterapi. I A. K. Bergem (Red.), *Kroppen i psykoterapi*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Hauge, M. H. (2018). *Jenters oppfatninger av hvordan stress kan påvirke kroppene deres – en fenomenografisk studie* Høgskolen i Innlandet, Bergen.
- Haukedal, T. E. (2017). *Solstråleboken*. Hordvik: Trond Haukedal Forlag AS.
- Helfo. (2019, 05. februar 2021). Fastlønstilskot for fysioterapiteneste, [nettdokument]. Hentet 11. mai 2021 fra Tilgjengelig fra <https://www.helfo.no/regelverk-og-takster/overordnet-regelverk/annet-regelverk-for-kommune/regler-for-fastlonstilskudd-for-fastlonnet-fysioterapeut/fastlonstilskot-for-fysioterapiteneste>
- HELFO. (2021). Egenandelstak for helsetjenester. Hentet 30.04. 2021 fra <https://www.helfo.no/regelverk/egenandeler-for-helsetjenester>
- Helse Bergen. (2020). Utarbeidelse og koordinering av pasientinformasjon. Hentet 15.mai 2021 fra <https://kvalitet.helse-bergen.no/docs/pub/dok56833.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartement. (2020). *Endringer i statsbudsjett 2020* (Prop. 1 S (2019–2020)).
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2016). *Ungdomshelse – regjeringens strategi for ungdomshelse 2016–2021*. Oslo. Hentet fra https://www.regjeringen.no/contentassets/838b18a31b0e4b31bbfa61336560f269/ungdomshelsestrategi_2016.pdf
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2019). *Opptappingsplan for barn og unges psykiske helse (2019-2024) Prop. 121 S (2018–2019)*. Oslo. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-121-s-20182019/id2652917/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2020a). *Offentlig fysioterapitjeneste*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/helse--og-omsorgstjenester-i-kommunene/offentlig-fysioterapitjeneste/id444281/>

- Helse- og omsorgsdepartementet. (2020b). *Sammen om aktive liv. Handlingsplan for fysisk aktivitet 2020-2029*. Oslo. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/sammen-om-aktive-liv/id2704955/>
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)* (LOV-2011-06-24-30). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Helsedirektoratet. (2010). *Fysisk aktivitet og psykisk helse*. Oslo. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/samfunnsmedisin-og-folkehelse/helsefremmende-og-forebyggende-tiltak/brosjyrer/fysisk-aktivitet-og-psykisk-helse>
- Helsedirektoratet. (2017a). *Nasjonal faglig retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom [nettdokument]*. Oslo. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten>
- Helsedirektoratet. (2017b). *Nasjonal faglig retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom [nettdokument]*. Oslo. Hentet fra <https://www.legeforeningen.no/contentassets/c5f9806634be4432b89423a97b53c13a/retningslinjer-2017-helsestasjons-og-skolehelsetjenesten.pdf>
- Helsedirektoratet. (2021). Rundskriv til folketrygdloven § 5-8 – fysioterapi. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/folketrygdloven-kap-5/rundskriv-til-folketrygdloven--5-8--fysioterapi>
- Henriksen, N. E. (2016). *Psykomotorisk Fysioterapi til ungdom - Å erfare seg selv, det er det viktigste* (Masteroppgave). Universitetet i Tromsø. Hentet fra <https://hdl.handle.net/10037/9618>
- Høgskulen på Vestlandet. (2021). Utdanningsplan 2021/2022, Klinisk sykepleie - Helsesykepleier. Hentet 09.05.21 2021 fra <https://www.hvl.no/studier/studieprogram/2021h/ma-ksh/utdanningsplan>
- Karlsen, S. B. (2020). *Det viktigste vi gjør nå, i gåseøyne, er massasjen» - Psykomotoriske fysioterapeuters erfaringer med å støtte ungdom i å utforske og sette ord på kroppslige erfaringer i behandling* (Masteroppgave). Universitetet i Tromsø. Hentet fra <https://hdl.handle.net/10037/20084>
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R. & Walters, E. E. (2005). Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*, 62(6), 593-602. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.593>
- Kunnskapsdepartementet. (2011). *Utdanning for velferd Samspill i praksis* (Meld. St. 13 (2011–2012)). Utdanning for velferd Samspill i praksis. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/ac91ff2dedee43e1be825fb097d9aa22/no/pdfs/stm201120120013000dddpdfs.pdf>
- Leder, D. (1990). *The absent body*. Chicago: The university of chicago press.

- Løtveit, H. & Ottesen, A. (2015). Psykisk helse bør gjenspeiles i all fysioterapipraksis, . Hentet fra <https://fysioterapeuten.no/debatt-fysioterapi-muskel--og-skjelettplager/psykisk-helse-bor-gjenspeiles-i-all-fysioterapipraksis/110708>
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg. utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Martinsen, E. W. (2011). *Kropp og sinn*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Meland, E., Vollset, P. & Nessa, J. (2004). Trygve Braatoy in the light of the history of ideas. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening, 2004-07-01,, Vol.124 (13-14), p.1799-1801.*
- Norsk fysioterapiforbund. (2012). Hva er fysioterapi? - utdypet. Hentet 04.mai 2021 fra <https://fysio.no/Hva-er-fysioterapi/Hva-er-fysioterapi-utdypet>
- Nøkleby, H., Berg, R. C., Muller, A. E. & Ames, H. M. (2021). *Konsekvenser av covid-19 på barn og unges liv og helse: en hurtigoversikt*. Oslo: Folkehelseinstituttet. Hentet fra <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2021/konsekvenser-av-covid-19-pa-barn-og-unges-liv-og-helse-rapport-2021.pdf>
- Opaas, B. E. (2012). *Psykomotorisk fysioterapi til tenåringer - en kartleggingsstudie med fokus på mestring og utfordringer* (Masteroppgave). Høgskolen i Hedmark. Hentet fra <http://hdl.handle.net/11250/132510>
- Oslo universitetssykehus. (2020). Pasientinformasjon - utarbeidelse, revidering og styring. Hentet 15. mai 2021 fra <https://ehandboken.ous-hf.no/document/5803>
- Ottesen, A. (2011). *En bærekraftig kropp - en dikursanalytisk tilnærming til kroppen i psykisk helsearbeid* (Masteroppgave). Høgskolen i Hedmark. Hentet fra <http://hdl.handle.net/11250/132512>
- Ottesen, A. (2017). Å kjenne og glemme kroppen: Et fagessay om fysioterapi og ungdom. *Fysioterapeuten*, 9. Hentet fra <https://fysioterapeuten-ebld.no/dm/fysioterapeuten-9-17/60/>
- Ottesen, A. & Thornquist, E. (2015). Kroppen i styringsdokumenter for psykisk helsearbeid. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 12, 129-138. Hentet fra https://www-idunn-no.galanga.hvl.no/tph/2015/02/kroppen_i_styringsdokumenter_for_psykisk_helsearbeid
- Ottesen, A. & Øyehaug, G. A. (2014). *Styrk skolehelsetjenesten*. Hentet fra <https://www.dagsavisen.no/debatt/styrk-skolehelsetjenesten-1.452528>
- Ottesen, A. & Øyehaug, G. A. (2016). Psykomotorisk fysioterapi i skolehelsetjenesten for ungdom. I N. Tvedten & A. Ottesen (Red.), *Psykomotorisk fysioterapi – en praksis i bevegelse. Festskrift til Gudrun Øvreberg*. Institutt for samfunnsmedisin, UiT Norges arktiske universitet.
- Ottesen, A., Øyehaug, G. A. & Bjorkbækmo Schrøder, W. (2016). Fysioterapi i skolehelsetjenesten for ungdom - perspektiver og praksis. *Fysioterapeuten*. Hentet fra <https://fysioterapeuten.no/fagfellevurdert-skolehelsetjenesten/fysioterapi-i-skolehelsetjenesten-for-ungdom---perspektiver-og-praksis/123721>

- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2017). *Nursing Research : generating and assessing evidence for nursing practice* (10th ed. utg., C. T. Beck, Overs.). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Probst, M. (2017). *Physiotherapy and Mental Health* IntechOpen.
<https://doi.org/10.5772/67595>
- Probst, M. (2018). Physiotherapy in mental health: A historical overview. *Sjúkrabjalfarin*, 46(2): 10-12. Hentet fra <https://www.physio.is/media/sjukrathjalfarinn-pdf/Sjukrahaust-2018-net.pdf>
- San Martín-Rodríguez, L., Beaulieu, M.-D., D'Amour, D. & Ferrada-Videla, M. (2005). The determinants of successful collaboration: A review of theoretical and empirical studies. *J Interprof Care*, 19(S1), 132-147.
<https://doi.org/10.1080/13561820500082677>
- Schjødt, B., Hoel, A. & Onsøien, R. (2012). *Psykisk helse som kommunal utfordring*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Skogen, J., Smith, O., Aarø, L., Siqveland, J. & Øverland, S. (2018). *Barn og unges psykiske helse: Forebyggende og helsefremmende folkehelseiltak. En kunnskapsoversikt* (978-82-8082-925-2). Hentet fra <https://www.fhi.no/publ/2018/barn-og-unges-psykiske-helse-forebyggende-og-helsefremmende-folkehelseiltak/>
- Skårderud, F., Haugsgjerd, S. & Stänicke, E. (2017). *Psykiatriboken : sinn - kropp - samfunn* (1. utg., 6. opplag. utg.). Oslo: Gyldendal.
- Sletten, M. A. & Bakken, A. (2016). *Psykiske helseplager blant ungdom – tidstrender og samfunnsmessige forklaringer. NOVA Rapport 4/16*. Oslo. Hentet fra <https://utdanningsforskning.no/contentassets/95d85d2544d244cf99b762adf66dfef4/w eb-utgave-notat-4-16.pdf>
- ssb.no. (2020). *11994: Helsestasjons- og skolehelsetjenesteårsverk, etter utdanning (K) 2015 - 2020*. Hentet fra <https://www.ssb.no/statbank/table/11994/tableViewLayout1/>
- Sviland, R. (2014). *Norwegian Psychomotor Physiotherapy and Embodied Narrative Identity. A theory generating study*. University Bergen, Bergen. Hentet fra <https://bora.uib.no/bora-xmlui/handle/1956/8594>
- Thornquist, E. (2006). Psykomotorisk fysioterapi - tenkning og tilnærming del 1. *Utposten*, 35(5), 28-32. Hentet fra <https://www.utposten.no/journal/2006/5/p-49/>
- Thornquist, E. (2011). *Kommunikasjon: Teoretiske perspektiver på praksis i helsetjenesten* (bd. 2. utgave, 2. opplag 2011) Gyldendal Norsk Forlag.
- Thornquist, E. (2018). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori : for helsefag* (2. utg. utg., E. Thornquist, Overs.). Bergen: Fagbokforl.
- Thornquist, E. & Bunkan, B. H. (1986). *Hva er psykomotorisk behandling* Universitetsforlaget.
- Thornquist, E. & Kirkengen, A. L. (2020). *Sammensatte lidelser - et samfunnsspeil*. 2020: Fagbokforlaget.

- Van der Kolk, B. (2014). *The body keeps the score* Penguin books.
- Verdens helseorganisasjon (WHO). (2010). *Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice* (WHO/HRH/HPN/10.3). Health Professions Network Nursing and Midwifery Office within the Department of Human Resources for Health. Hentet fra http://www.who.int/hrh/nursing_midwifery/en/
- Verdens helseorganisasjon (WHO). (2020). Adolescent mental health. Hentet 08.12.2020 2020 fra <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
- Vestli, I. M. (2019). *Ungdoms erfaringer med psykomotorisk fysioterapi i gruppe* (Masteroppgave). OsloMet storbyuniversitetet. Hentet fra <https://hdl.handle.net/10642/8069>
- Wilken, L. (2008). *Pierre Bourdieu*. Trondheim: Tapir akademisk forl.
- Ytterbo, K. K. (2016). Jeg er en kropp og jeg har en kropp. I A. K. Bergem (Red.), *Kroppen i psykoterapi*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Øhlckers, L. R., Heradstveit, O. & Sand, L. (2020). *Ungdom og psykisk helse*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Øien, A. M., Råheim, M., Iversen, S. & Steihaug, S. (2009). Self-perception as embodied knowledge – changing processes for patients with chronic pain, . *Advances in Physiotherapy*, 11:3, 121-129. <https://doi.org/10.1080/14038190802315073>

9. Vedlegg

Vedlegg 1: Forespørsel om deltakelse forskningsprosjekt

Vedlegg 2: Intervjuguide

Vedlegg 3: Eksempel analyseprosess for en kodegruppe og oversikt studiens kodegrupper

Vedlegg 4: Fra kodegrupper til resultatkategori

Vedlegg 5: Godkjenning fra NSD

Vedlegg 6: Retningslinje for oppbevaring/lagring av forskningsdata

Vedlegg 1 Forespørsel om deltakelse forskningsprosjekt



Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

Hva fremmer eller hemmer samarbeidet mellom helsesykepleiere og fysioterapeuter i videregående skole overfor elever med psykiske helseplager?

Dette er en forespørsel til deg som arbeider som helsesykepleier ved en videregående skole om å delta i et forskningsprosjekt. Formålet med prosjektet er å undersøke samarbeid mellom helsesykepleier og fysioterapeuter ved videregående skoler (VGS) i oppfølging av ungdommer med psykiske helseproblemer - hva fremmer og hva hemmer samarbeidet? Hvordan følges elever med psykiske vansker og tydelige kroppslige uttrykk opp? Hvilken rolle har fysioterapeuter i VGS ved oppfølging av elever med psykiske helseproblemer?

Hva innebærer PROSJEKTET?

Prosjektet blir utført i forbindelse med masterutdanning i klinisk fysioterapi ved Høgskulen på Vestlandet. Prosjektleder og veileder er førsteamanuensis Tove Dragsund. Å delta i prosjektet vil innebære å delta ved et intervju, som vil ta ca 60 minutter. Prosjektet gjennomføres av to masterstudenter ved Høgskulen på Vestlandet. Resultatet fra studien vil bli publisert i en masteroppgave og vil kunne brukes i undervisning og i forbedring av tjenestetilbudet i kommunen.

Mulige fordeler og ulemper

Deltagelse i prosjektet kan bidra til å finne tiltak som kan hjelpe ved psykiske og fysiske helseplager for ungdommer. Potensielle ulemper ved deltagelse er tapt tid ved å delta i intervjuet.

Frivillig deltakelse og mulighet for å trekke sitt samtykke

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke. Dette vil ikke få noen konsekvenser for deg. Dersom du trekker deg fra prosjektet, kan du kreve å få slettet innsamlede prøver og opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til prosjektet, kan du kontakte prosjektleder Tove Dragesund på tlf.: [redacted] eller [redacted] eller prosjektmedarbeider Monika Ullrich og Ingrid Underhaug.

Hva skjer med OPPLYSNINGENE om deg?

Opplysningene som registreres er ikke sensitive. Intervjuet taes opp på en lydopptaker som ikke er koblet til internett. All behandling av personopplysninger og helseforskningsdata vil foregå på HVL sin forskningsserver og informasjonen skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med prosjektet. Du har rett til innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg og rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene som er registrert. Du har også rett til å få innsyn i sikkerhetstiltakene ved behandling av opplysningene.

Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennerende opplysninger. En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste. Det er kun prosjektleder Tove Dragesund og prosjektmedarbeiderne Monika Ullrich og Ingrid Underhaug som har tilgang til denne listen.

Opplysningene om deg vil bli anonymisert og slettet etter prosjektslutt (senest 30.05.2022).

Godkjenning

Det er sendt forskningshenvendelse til aktuell kommune og prosjektet gjennomføres med godkjenning derfra. Det er også innhentet godkjenning fra NSD.

Etter ny personopplysningslov har behandlingsansvarlig Høgskolen på Vestlandet og prosjektleder Tove Dragesund et selvstendig ansvar for å sikre at behandlingen av dine opplysninger har et lovlig grunnlag. Dette prosjektet har rettslig grunnlag i EUs personvernforordning artikkel 6 nr. 1a og artikkel 9 nr. 2a og ditt samtykke.

Du har rett til å klage på behandlingen av dine opplysninger til Datatilsynet.

KONTAKTOPPLYSNINGER

Dersom du har spørsmål om prosjektet, kan du ta kontakt med prosjektleder Tove Dragesund på tlf.: [REDACTED] eller tove.dragesund@hvl.no eller personvernombud ved institusjonen er Trine Anette Larsen på mailadresse [REDACTED]

Jeg samtykker til å delta i prosjektet og til at mine personopplysninger brukes slik det er beskrevet

Sted og dato

Deltakers signatur

Deltakers navn med trykte bokstaver

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om prosjektet.

Sted og dato

Signatur

Rolle i prosjektet

Vedlegg 2 Intervjuguide

Masteroppgave innen klinisk fysioterapi ved psykiske og psykosomatiske helseplager

Tema:

Samarbeid mellom helsesykepleier og fysioterapeuter ved videregående skoler (VGS) i oppfølging av ungdommer med psykiske helseproblemer - hva fremmer og hva hemmer samarbeidet?

Vi tar en master i klinisk fysioterapi, i fysioterapi ved psykiske og psykosomatiske helseproblemer ved HVL – innen psykomotorisk fysioterapi.

Problemstillinger vi søker svar på i undersøkelsen:

- Hvordan følges elever med psykiske vansker og tydelige kroppslige uttrykk opp?
- Hvilken rolle har psykomotoriske fysioterapeuter i VGS ved oppfølging av elever med psykiske helseproblemer og/eller kroppslige uttrykk?
- Hva tenker du at fysioterapeuter kan bidra med overfor denne pasientgruppen
- Hvilke muligheter for samarbeid ser du mellom helsesykepleiere og fysioterapeuter?
- Hvilke behov for endringer ser du i samarbeidet mellom helsesykepleiere og fysioterapeuter?

Innledende, demografiske spørsmål:

- Hvor lenge har du jobbet som helsesykepleier ved din skole?
- Hvilke fagpersoner utgjør skolehelsetjenesten ved din skole?
- Hvordan er du som helsesykepleier organisert i din kommune?
- Hvordan er fysioterapeutene organisert i din kommune? Hvor jobber de?

Tema 1: Forekomst av psykiske helseplager i kombinasjon med fysiske helseplager

- Hvordan vil DU definere begrepet psykiske helseplager?
- Kan du si noe om hvilke helseplager/problemer elevene har som oppsøker deg?
- Hvor mange ungdommer med psykiske helseplager er du i kontakt med (årlig)?
- UngData refererer til at ungdommer med psykiske helseplager ofte også har fysiske helseplager. Hvilke erfaringer / tanker gjør du deg om det?
- Hvilket inntrykk har du av om forekomsten er økende/avtagende eller stabil?

Tema 2: Kroppsforståelse

- Hvilke tanker har du om kroppens betydning knyttet til psykiske helseproblemer?
Definisjon: Hvordan vil du definere fysiske helseplager
- Hvilke kroppslige plager presenterer elevene med psykiske helseplager for deg?
- Hvilken(e) sammenheng(er) ser du mellom ungdommers psykiske plager og deres kroppslige uttrykk?

Tema 3: Kartlegging/vurdering

- Har du noen retningslinjer/rutiner på hvordan du møter elever med psykiske og fysiske helseplager?
- Bruker du noen kartleggingsverktøy? Evt hvilke
- Hva er dine oppgaver som helsesykepleier overfor elever med psykiske og fysiske helseproblemer
- Hvordan støtter du elevene med disse plagene? Hvilken rolle tenker du at du kan ha med elever med psykiske helseplager?
- Har du noen spesielle tiltak du kan bruke for å støtte opp under elevens kroppslige plager/ uttrykk? Hvilke?

Tema 4: Tverrfaglig samarbeid

- Hvem (hvilke andre profesjoner) samarbeider du med?
- Hvilke vurderinger ligger til grunn for samarbeid med andre yrkesgrupper/profesjoner?
- Hvordan samarbeider dere? Finnes det samarbeidsfora på tvers?

Vedrørende involvering av fysioterapeut

- Hva tenker du at en psykomotorisk fysioterapeut kunne ha bidratt med overfor elever med psykiske helseplager?
- Hvis du hadde hatt bruk for en fysioterapeut til en av elevene dine - hvordan ville du gå fram for å etablere en kontakt med vedkommende og din elev?
(hva vet du om henvisningsrutiner kommunal ansatte fysioterapeuter og de på institutt?)

Du har nevnt at du har samarbeidet med / henvist til fysioterapeuter:

- Hvor ofte har du henvist ungdommer til fysioterapeut det siste året?
- Vet du hvilken bakgrunn disse fysioterapeutene hadde?
- Hvilke erfaringer har du etter samarbeid med fysioterapeut?
- hva fortalte ungdommen,
- hvordan var kompetanse/kunnskapsutvikling mellom deg og fysioterapeut eller gjensidig forståelse for hverandre?
- Hva fremmer samarbeidet?
- Hva hemmer samarbeidet?
(forforståelse på hva som kan spille inn: ressurser, møtepunkt, retningslinjer, kjennskap til yrket, personlig kontakt)

Du har ikke samarbeidet med fysioterapeut:

- Hvilke tanker gjør du deg om årsakene til det?
- Hvilke muligheter ser du?

Tema 5: Forebyggende arbeid knyttet til psykiske og fysiske helseplager

- Hvordan er det forebyggende arbeidet knyttet til psykiske og fysiske helseplager?
- Er fysioterapeuter inkludert i dette arbeidet?

Er det andre ting enn det vi har kommet inn på til nå som du vil trekke fram?

Oppfølgingsspørsmål på alle tema:

Kan du fortelle litt mer om det?

Kan du gi eksempler på det?

Kan du utdype det?

Kan du forklare litt mer?

Vedlegg 3 Eksempel analyseprosess for en kodegruppe og oversikt studiens kodegrupper

Eksempel på analyseprosessen for en kodegruppe

Meningsbærende enheter	Kondensat	Subgruppe	Kodegruppe
Jeg tror psykomotoriske fysioterapeuter kunne ha hjulpet mange ungdommer som sliter med psykiske problemer av ulik grad. Jeg tror det vil være mange som kan ha god nytte av det. ... For dere har et helt annet blikk enn det vi har.	Jeg tenker at psykomotorisk fysioterapi er absolutt en ressurs inn i skolen.	Psykomotoriske fysioterapeuters tilnærming er verdsatt	Bruk av NPMF i skolehelsetjenesten - kunnskap og erfaring
Vi har ikke nok kompetanse, vi har ikke nok informasjon om hva dere driver med, hvordan dere tenker hvordan dere jobber og vi kan nok litt for lite om, om sammenheng mellom hva som faktisk kan ... Hvilke fysiske plager som kan skyldes psykiske vansker.	Jeg har ikke nok informasjon og kompetanse til å framsnakke tilnærmingen NPMF til elever.	Begrensende faktorer for å bruke psykomotoriske fysioterapeuter	

Vedlegg 4 Fra kodegrupper til resultatkategori

Kodegruppe 1: Kropp i psykisk helse		Resultatkategori:
Subgruppe	Sitater	Kroppen i skolehelsetjenesten
a	Hvilken rolle har kroppen i forebygging og oppfølging <i>“Jeg bruker jo denne kognitive tilnærmingen”</i> <i>“vi snakker jo med dem”</i> <i>“kontroll over egen kropp”</i>	
b	Kropp og sinn henger sammen <i>“at kropp og sinn henger sammen, det vet vi jo”</i>	

Kodegruppe 2: Helsesykepleiers kjennskap / ikke kjennskap til psykomotorisk fysioterapi		Resultatkategori:
Subgruppe	Sitater	Bruk av NPMF i skolehelsetjenesten - kunnskap og erfaring
a	Psykomotoriske fysioterapeuters tilnærming er verdsatt <i>“Psykomotoriske fysioterapeuter har et helt annet blikk enn oss /HSPL”</i>	
b	Begrensende faktorer for å bruke PMF <i>“Å, hvordan var det nå - hvordan var rutinene..?”</i>	

Kodegruppe 3: Organisering og helhetstjeneste		Resultatkategori:
Subgruppe	Sitater	Skolehelsetjenestens organisering er av betydning for samhandling
a	Psykomotoriske fysioterapeuter må være tydelig med hva de kan bidra overfor ungdommer med psykisk uhelse/helse <i>da vi hørte hva dere sto for, hadde vi hatt en presentasjon om hvordan dere jobbet med disse ungdommene, så hadde det vært mer kjøtt på beina enn at jeg skulle sette meg ned og google, og tenkte ok, hvem skal jeg ringe da...</i>	
b	Et helhetlig helsetilbud krever tydelige rammer <i>ja, eller at det ligger allerede et samarbeid som er nedfelt, at vi kunne bruke det, sant. Det hadde vært mye enklere for oss, sant.</i>	

Vedlegg 5 Godkjenning fra NSD

NSD sin vurdering

🖨 Skriv ut

Prosjekttittel

Samarbeid mellom fysioterapeuter og helsesykepleiere ved videregående skole for elever med psykiske helseplager

Referansenummer

242760

Registrert

26.01.2020 av Monika Ingeborg Ullrich - [REDACTED]

Behandlingsansvarlig institusjon

Høgskulen på Vestlandet / Fakultet for helse- og sosialvitenskap / Institutt for helse og funksjon

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Tove Dragesund, [REDACTED]

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Monika Ullrich / Ingrid Underhaug, [REDACTED]

Prosjektperiode

01.03.2020 - 31.12.2021

Status

12.05.2020 - Vurdert

Vurdering (1)

12.05.2020 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 12.05.2020, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde: https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 31.12.2021.

TAUSHETSPLIKT

NSD minner om at helseyskepleiere har taushetsplikt, og dermed ikke kan omtale enkeltelever på en måte som gjør dem identifiserbare. I forkant av intervjuene anbefaler vi at deltakerne minnes om sin taushetsplikt og oppfordres til å omtale sine erfaringer på en måte som ikke gjør elever identifiserbare, hverken direkte (ved bruk av navn) eller indirekte (gjennom kombinasjoner av bakgrunnsopplysninger).

LOVLIG GRUNNLAG

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

Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

PERSONVERNPRINSIPPER

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

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

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

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

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

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

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

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

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

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

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

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD:

Tlf. Personverntjenester:

Vedlegg 6 Retningslinje for oppbevaring/lagring av forskningsdata

 Høgskulen på Vestlandet	304P Oppbevaring av aktive forskningsdata på private enheter	
Retningslinjer for vern og utveksling av personopplysninger og helseforskningsdata		
Dokumenteier: Behandlingsansvarlig	Dokumentansvarlig: Prorektor for forskning	Behandlet FI utvalg: 16.04.2020 Godkjent: 02.06.2020
Regulert av lovverk: Personopplysningsloven, forskningsetikkloven		
Gjelder for: Student, veileder, prosjektleder, dekan		Versjon: 2020.1

Formål

HVL har som behandlingsansvarlig ansvar for å føre protokoll over behandlingsaktiviteter som omfatter personopplysninger, for at data behandles og lagres forsvarlig, og kun er tilgjengelig i perioden som er nødvendig for formålet.

Private enheter kan brukes i studentoppgaver dersom forutsetningene under oppfylles.

I Forskningsprosjekter skal personopplysninger som en hovedregel lagres på Forskningsserveren. Unntak for forskning må klareres med fakultetsledelse og fagansvarlig for forskningsetikk og personvern i forskning ved HVL.

Forutsetning for bruk av private enheter i studentoppgaver:

- **Bruk av private enheter skal være avklart med veileder eller faglærer. Veileder eller faglærer må kjenne til forutsetningene under, og kunne gi veiledning om de enkelte punktene.**
- For studentprosjekter med lav personvernrisiko der det ikke skal innhentes særlige kategorier opplysninger¹, kan private enheter benyttes.
- Studentprosjekter kan ikke starte før det foreligger en vurdering fra NSD og eventuelt REK.
- Studenten må sørge for å ivareta informasjonssikkerheten i perioden hvor personopplysninger behandles. Det skal iverksettes tiltak for å ivareta konfidensialitet, dvs. forhindre at personopplysninger kommer på avveie gjennom for eksempel kryptering.
- Studenten må sørge for at prosjektdeltakers integritet må sikres ved at ikke uvedkommende har tilgang til de personopplysningene som behandles.
- Studenten må sikre at enhetene aldri forlates uten beskyttelse med passord.
- Studenten skal sørge for å ikke lagre personopplysninger i skyløsninger hvor det ikke er mulig å sikre hvem som har tilgang til dataene og ha kontroll over hvor servere befinner seg geografisk, eller på annen måte sprer disse opplysningene uten kontroll.
- Studenten skal sørge for sikkerhet rundt bruk av private lydopptakere. Lydopptak må krypteres etter opptak og ikke beholdes lenger enn nødvendig for transkribering. Lydopptak slettes senest ved prosjektslutt.
- Studenten skal sørge for at personopplysninger som har blitt samlet inn for behandling i masteroppgaver slettes eller anonymiseres når oppgaven er levert og funnet godkjent. Dette gjelder også lydopptak, videoer og bilder. Dette gjelder så lenge det ikke foreligger lovlig hjemmel for videre oppbevaring
- Studenten skal selv rapportere til NSD om at sletting/anonymisering er utført ved avslutning av prosjektet. Dette gjelder alle originaler og eventuelle kopier av personopplysningene. Veileder har ansvar for å kontrollere at studenten varsler om sletting/anonymisering til NSD ved prosjektslutt.

¹ opplysninger om rasemessig eller etnisk opprinnelse, politisk oppfatning, religion, filosofisk overbevisning, fagforeningsmedlemskap, genetiske opplysninger, biometriske opplysninger med det formål å entydig identifisere noen, helseopplysninger, om seksuelle forhold, seksuell legning, straffedommer og lovovertrедelser (art. 9 og 10 i forordningen).

Bare elektronisk versjon er gyldig versjon

