




Rapport
2021:23


Et lag rundt eleven

Økt helsesykepleierressurs i systemrettet og strukturert samarbeid med skole – en oppfølgingsstudie

Roger André Federici, Arnfinn Helleve, Unni Vere Midthassel,
Ann-Cecilie Bergene og Ragnar Alne

NIFU

 folkehelseinstituttet

 Læringsmiljøsentret
Universitetet i Stavanger

Rapport
2021:23

Et lag rundt eleven

Økt helsesykepleierressurs i systemrettet og strukturert samarbeid med skole – en oppfølgingsstudie



Roger André Federici, Arnfinn Helleve, Unni Vere Midthassel,
Ann-Cecilie Bergene og Ragnar Alne

Rapport 2021:23

Utgitt av Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning (NIFU)
Adresse Postboks 2815 Tøyen, 0608 Oslo. Besøksadresse: Økernveien 9, 0653 Oslo.

Prosjektnr. 20783

Oppdragsgiver Utdanningsdirektoratet
Adresse Postboks 9359 Grønland, 0135 Oslo

Fotomontasje NIFU

ISBN 978-82-327-0539-9
ISSN 1892-2597 (online)



Copyright NIFU: CC BY-4.0

www.nifu.no

Forord

‘Et lag rundt eleven: Økt helsesykepleierressurs i systemrettet og strukturert samhandling med skole’ var en randomisert, kontrollert studie som ble utført som et samarbeidsprosjekt mellom NIFU, Folkehelseinstituttet, Læringsmiljøsenderet ved UiS og tolv norske kommuner. Denne rapporten bygger på en oppfølgingsundersøkelse fra denne studien (Federici mfl. (2020). Rapporten markerer også avslutningen på det som har vært et givende, nyttig og svært interessant prosjekt.

Flere forfattere har bidratt. Federici har hatt overordnet ansvar generelt og for kapittel 1–3 og 6 spesielt. Helleve har vært ansvarlig for kapittel 5, samt bidratt til 6. Midthassel har særlig bidratt til kapittel 3, 5 og 6, det samme har Bergene. Alne var ansvarlig for kapittel 4 og har bidratt til kapittel 6. Viktig å merke seg er at samtlige nevnt har bidratt og tatt ansvar for drøfting og helheten generelt.

Vi vil særlig takke alle i de deltagende kommunene som stilte opp som informanter i oppfølgingsstudien. Videre vil vi takke Karl Solbue Vika for god bistand med analyser. Vi vil også takke eksterne og interne kvalitetssikrere for gode innspill. Disse var blant annet Terje Ogden, Jens Christoffer Skogen, Kari Veia Salvanes, Cay Gjerustad og Vibeke Opheim. En takk også til Utdanningsdirektoratet for god dialog, konstruktive tilbakemeldinger og godt samarbeid i gjennomføringen av et omfattende prosjekt. Til sist vil NIFU takke Folkehelseinstituttet og Læringsmiljøsenderet, og særlig Arnfinn Helleve og Unni Vere Midthassel, for et særdeles godt, konstruktivt, lærerikt og hyggelig samarbeid.

Oslo, 01.12.2021

Vibeke Opheim
direktør

Cay Gjerustad
assisterende forskningsleder

Innhold

Sammendrag	11
English summary	14
1 Oppfølging og videreføring av en effektevaluering	18
1.1 Forskningstema i videreføringen av prosjektet.....	19
1.2 Rapportens oppbygging.....	19
2 Bakgrunn, gjennomføring og funn fra hovedstudien	21
2.1 Bakgrunn og helsesykepleiers rolle i skolen.....	21
2.2 Tiltaket, teoretisk modell og utfallsmål.....	23
2.3 Føringer for tiltaket og implementeringsstøtte.....	25
2.4 Deltakere, design og datakilder	26
2.5 Funn fra hovedstudien: Ingen effekt på primærutfallene	28
3 Teoretiske og analytiske perspektiv i oppfølgingsstudien	30
3.1 Hva kan forklare variasjon i elevers skoleprestasjoner?	30
3.2 To analytiske perspektiv.....	33
3.3 Oppsummering	39
4 Effekter av en økt helsesykepleierressurs?	40
4.1 Forskningsmetodisk tilnærming.....	40
4.2 Effekter på skoleprestasjoner: nasjonale prøver	41
4.3 Oppsummering	51
5 En kvalitativ oppfølgingsstudie	52
5.1 Tema, informanter og metode.....	52
5.2 Refleksjoner etter deltakelsen i prosjektet.....	55
5.3 Organisering og forankring	63
5.4 Helsesykepleiers arbeid med sårbare elever.....	70
5.5 Koronasituasjonen	73
5.6 Oppsummering	77

6	Oppsummering og drøfting	79
6.1	Funn fra effektevalueringen	80
6.2	Funn fra den kvalitative oppfølgingsstudien	82
6.3	Konklusjon	87
	Referanser	89
	Vedlegg A	96
	Tabelloversikt.....	103

Sammendrag

Denne rapporten presenterer en oppfølging og videreføring av forskningsprosjektet 'Et lag rundt eleven: Økt helsesykepleierressurs i systemrettet og strukturert samhandling med skole'. Det overordnede forskningsspørsmålet i *hovedstudien* (se Federici mfl., 2020) var å undersøke hvorvidt en ekstra helsesykepleierressurs førte til endringer i elevenes opplevde læringsmiljø, fravær og læringsresultater. I tillegg gjennomførte vi en implementering- og prosessevaluering for å si noe om hvorvidt gjennomføringen i kommunene og tiltaksskolene gikk som planlagt.

Resultatene fra *hovedstudien* viste ingen effekt av tiltaket på primærutfallene. Når det gjaldt sekundærutfallene fant vi en reduksjon i andelen elever som oppga å ha blitt mobbet digitalt ved tiltaksskolene. Vi fant ingen effekt på nasjonale prøver i gjennomsnitt, men analyser viste positiv effekt både i engelsk og regning for gutter. Implementering- og prosessevalueringen viste at prosjektet i relativt stor grad ble gjennomført i tråd med intensjonen.

Oppfølging og videreføring av forskningsprosjektet

Formålet med videreføringen av prosjektet var todelt: i) å følge opp funn fra hovedstudien og ii) å kvalitativt undersøke utvalgte tema en tid etter gjennomføringen av tiltaket. I første del gjennomfører vi analyser av elevenes resultater på nasjonale prøver. Elevene som inngikk i analysene i hovedstudien var kun eksponert for tiltaket i halvannet år. I denne runden undersøker vi elevene som var eksponert for tiltaket i to år. Vi undersøker også om tiltaket var av særlig betydning for grupper av elever: i) svakt presterende elever, ii) elever med minoritetsbakgrunn og iii) elever med lavt utdannede foreldre.

Den andre delen er av kvalitativ karakter. Gjennom intervjuer med representanter for skoleeier, skolehelsetjenesten samt tiltaksskolene følger vi opp i) funn fra effektstudien og undersøker om det ble gjort tiltak som kan bidra til å forklare disse, ii) organiseringen og oppfatninger av skolehelsetjenesten innad i kommunene, iii) om deltakelsen i prosjektet førte til endret eller økt fokus på grupper av elever, blant annet ved å se om det var skoler der helsesykepleiere og lærere hadde jobbet særlig tett sammen om sårbare elever eller grupper av elever, og iv) hvorvidt koronasituasjonen førte til at det ble arbeidet mer systemrettet enn tidligere

og i hvilken grad dette involverte flere fagprofesjoner. Vi undersøker i tillegg hvilke generelle refleksjoner deltakerne hadde om prosjektdeltakelsen i ettertid.

Ingen effekt av økt helsesykepleierressurs på elevutfall

Vi finner ingen statistisk signifikant effekt av økt eksponeringstid på elevenes resultater på nasjonale prøver, verken i gjennomsnitt eller etter kjønn. Analyser av undergruppene viser heller ingen betydningsfulle effekter av tiltaket. De fleste estimatene i analysen viser små eller ingen effekter, og funnene er ikke statistisk signifikante når vi tar høyde for multippel hypotesetesting. Hovedstudien og oppfølgingsstudien viser altså samlet at den konkrete økningen i ressurs (3.25 timer) som ble tilført gjennom prosjektet ikke førte til bedre læringsmiljø, redusert fravær eller bedre læringsresultater for elever i 5.-7. klasse.

Prosjektet har bidratt til økt oppmerksomhet på samarbeidet

Informantene i den kvalitative oppfølgingsstudien gir uttrykk for at prosjektet har bidratt til å sette fokus på samarbeidet mellom skole og skolehelsetjeneste. Samtidig uttrykte de seg tvilende til at økningen i helsesykepleierressursen ville påvirke læringsresultatene til hele elevpopulasjonen. Videre blir samarbeidet mellom skole og skolehelsetjeneste forankret på ulike måter i kommunene, eksempelvis gjennom handlingsplaner, strategier, organisering, ressursbruk og organiserte team. Selv om det er variasjoner, er hovedinntrykket at dette først og fremst legger rammer for samarbeidet. Til syvende og sist er det den enkelte skole og helsesykepleier som gir samarbeidet innhold.

Når vi undersøkte hvorvidt deltakelsen i prosjektet hadde ført til endret eller økt oppmerksomhet på sårbare elever eller grupper av elever, fant vi at helsesykepleiernes arbeid med elever i sårbare situasjoner ofte er knyttet til både små og store utfordringer i hverdagen. Disse utfordringene kunne være avgrenset tidsmessig eller mer vedvarende. Dette samsvarer bra med hvilken oppfølging helsesykepleier har kompetanse til å følge opp, og at barn med de største utfordringene sannsynligvis blir fulgt av andre tjenester med mer spesialisert kompetanse.

Koronasituasjonen førte til at helsesykepleiere periodevis ble omdisponert til andre arbeidsoppgaver. Dette gjaldt særlig den tidlige fasen av pandemien våren 2020. Samarbeidet mellom skole og skolehelsetjenesten i perioden kan ikke sies å ha vært mer systemrettet, men helsesykepleierne så ut til å ha særlig samarbeidet med skolene om å konsentrere innsatsen om oppfølging av enkeltelever som hadde kjente utfordringer fra før.

Konklusjon

Konklusjonen fra effektstudien er at den konkrete økningen i ressurs som ble tilført gjennom prosjektet ikke førte til bedre skoleprestasjoner verken i gjennomsnitt eller for undergrupper, heller ikke når eksponeringsperioden økte. De nye analysene underbygger også at funn fra hovedstudien mest sannsynlig kan tilskrives naturlig variasjon i data. Manglende effekter i studien kan skyldes faktorer som at: i) den spesifikke økningen i helsesykepleierressurs (12,5 prosent) ikke var stor nok til å utgjøre en forskjell; ii) det kan ha vært innholdsmessig forskjell i hvordan helsesykepleiere arbeidet selv om alle forholdt seg til samme nasjonale retningslinje; iii) det var overlapp med personell, aktiviteter og praksis mellom tiltaksskoler og kontrollskoler; iv) utfordringer knyttet til rekruttering, permisjoner og personellendringer i løpet av prosjektperioden; v) betydningen av ressursøkning kan ha vært stor for enkeltelever uten at dette fremkommer i de undergruppene vi har undersøkt; og vi) verdiene på utfallsvariablene var gode i utgangspunktet (ved baseline) og derfor krevende å forbedre.

Funnene fra den kvalitative delen av oppfølgingsstudien viser at helsesykepleier spiller en viktig rolle i skolen, særlig overfor elever som kommer i sårbare situasjoner. Det fremkommer også at flere ser verdien av å styrke og strukturere samarbeidsrelasjonen mellom skole og skolehelsetjeneste, og at en økt stillingsressurs kan bidra til å forsterke forsøkene på å ha et systemrettet perspektiv i samarbeidet. Selv om det er variasjoner i hvordan samarbeidet finner sted, indikerer både hovedstudien og denne oppfølgingsstudien at det finnes et godt fundament for videreutvikling av et fungerende flerfaglig samarbeid. Oppmerksomhet rettet mot forhold med betydning for samarbeidet aktualiseres også av at andre profesjoner er ansatt og ansettes i skolen. En bredere forankring innad og oppover i kommunene kan gjøre det lettere å etablere strukturer for samarbeid på den enkelte skole mellom alle yrkesgrupper.

Denne rapporten markerer avslutningen på et større forskningsprosjekt hvor målet var å innhente mer kunnskap om flerfaglig samarbeid i skolen. Selv om vi ikke fant effekter av selve tiltaket, har vi fremskaffet betydelig og viktig kunnskap om helsesykepleier sin rolle i dette samarbeidet. I tillegg opplever vi at prosjektet har satt varige spor ved at elementer og erfaringer fra deltakelsene videreføres og videreutvikles i kommunene. Studien er også et viktig forskningsmetodisk bidrag og et bidrag til det kvantitative kunnskapsgrunnlaget om skolen generelt. Eksperimentelle design er et viktig og godt supplement til andre metodiske tilnærminger som kan sette oss i bedre stand til å drøfte svake og sterke sider ved strategier og tiltak for endring av praksis. Denne typen design kan også bidra med å identifisere moderatorer og hva som eventuelt virker for hvem.

English summary

This report presents a follow-up and continuation of the research project 'A team around the student: Increased school nurse resource in systemic and structured collaboration with schools. The overarching research question in the main study (see Federici et al., 2020) was to examine whether an increased school nurse resource resulted in changes to the pupils' perceived learning environment, absence and learning outcomes. Furthermore, we conducted an implementation and process evaluation to elaborate on whether the implementation in the municipalities and intervention schools was occurring as planned.

The results from the main study did not show any effects of the measure on the primary outcomes. In terms of the secondary outcomes, we found a reduction in the proportion of pupils who stated they had been subjected to cyberbullying at the intervention schools. We found no effect on national tests on average, but analyses showed a positive effect, both in relation to English and maths, for boys. The implementation and process evaluation showed that the project had largely been implemented in line with the intentions.

Follow-up and continuation of the research project

The purpose of the continuation of the project was two-fold: i) to follow up on findings from the main study and; ii) to qualitatively investigate selected topics, subsequent to the implementation of the measure. In part one, we analyse the pupils' results on national tests. The pupils who were included in the analyses in the main study were only exposed to the measure for one and a half years. In this stage, we examine the pupils who were exposed to the measure for two years. We also examine whether the measure was of particular significance for groups of pupils: i) pupils with poor academic performances; ii) pupils with a minority background and; iii) pupils with parents with a low level of education.

Part two is of a qualitative nature. Through interviews with representatives for the school owner, school health services, as well as the intervention schools, we follow-up i) findings from the impact study and investigate whether measures were implemented that can contribute to explaining these findings; ii) the structuring and perceptions of the school health services within the municipalities; iii) whether the participation in the project resulted in a changed or increased focus on groups of pupils, including by examining whether there were schools where school nurses and teachers had collaborated closely regarding vulnerable pupils or groups of pupils and; iv) whether the Covid-19 situation resulted in the work

becoming more system-oriented than previously and to what extent this involved additional professions. Furthermore, we examine what general reflections the participants had regarding the project participation, subsequently.

No effect from increased school nurse full-time equivalent on pupil outcomes

We find no statistically significant effect of increased exposure time on the pupils' results on national tests, neither on average nor when disaggregated according to gender. Analyses of the sub-groups also do not show any significant effects of the measure. Most of the estimates in the analysis show small or no effects, and the findings are not statistically significant when taking into account multiple hypothesis testing. Thus, the main study and follow-up study show that the specific increase in the full-time equivalent (3.25 hours) that was added through the project did not result in an improved learning environment, reduced absence or improved learning outcomes for pupils in grades 5-7.

The project has contributed to increased attention to the collaboration

The informants in the qualitative follow-up study express that the project has contributed to drawing attention to the collaboration between the school and school health services. At the same time, they expressed doubts regarding whether the increase in school nurse full-time equivalent would impact the learning outcomes in the overall pupil population. Furthermore, the collaboration between school and school health services is embedded in different ways in the municipalities, e.g., through action plans, strategies, structuring, resource use and organised teams. Even though there are variations, the overall impression is that this primarily establishes frameworks for the collaboration. Ultimately, it is the individual school and school nurse who provide the content of the collaboration.

When we examined whether participation in the project had resulted in changed or increased attention directed at vulnerable pupils or groups of pupils, we found that the school nurses' work with pupils in vulnerable situations often relates to both big and small challenges in everyday life. These challenges could have a limited temporal scope or be more persistent. This corresponds well with what follow-up the school nurse is qualified to provide, and that children with the biggest challenges are most likely followed up by other services with more specialised competence.

The Covid-19 situation resulted in school nurses periodically being reassigned to other work duties. This was especially the case during the early phase of the pandemic, in the spring of 2020. The collaboration between the school and school health services cannot be said to have been more system-oriented, but the school

nurses appeared in particular to have been collaborating with the schools to concentrate efforts on follow-up of individual pupils who were already known to have challenges.

Conclusion

The conclusion from the impact study is that the specific increase in full-time equivalent that was added through the project did not result in improved academic performances, neither on average nor for sub-groups, including when the exposure period increased. The new analyses also support the claim that findings from the main study most likely can be attributed to natural variations in data. The absence of effects in the study may be due to factors, including: i) the specific increase in school nurse full-time equivalent (12.5 per cent) was not great enough to make a difference; ii) there may have been substantive differences in how school nurses worked, even though they all related to the same national guidelines; iii) there was an overlap of personnel, activities and practice between intervention and control schools; iv) there were challenges related to recruitment, leaves of absence and personnel changes during the project period; v) the significance of the increase in full-time equivalent may have been considerable for individual pupils without this appearing in the sub-groups we have examined, and; vi) the values of the outcome variables were good from the outset (at the baseline) and therefore challenging to improve.

The findings from the qualitative part of the follow-up study show that school nurses play an important role in the school, especially in relation to pupils who experience vulnerable situations. It also emerges that more people see the value of strengthening and structuring the collaboration between the school and school health services, and that an increased full-time equivalent can contribute to strengthening the attempts at achieving a system-oriented perspective in the collaboration. Even though there are variations in how this collaboration occurs, both the main study and this follow-up study show that there is a good foundation for further development of a functioning multidisciplinary collaboration. The attention directed at matters of significant for the collaboration are also made relevant by the fact that other professions are employed and hired in the school. A broader embedding within and at higher levels in the municipalities may make it easier to establish structures for collaboration at the individual school between all occupations.

This report marks the conclusion of a larger research project the goal of which was to obtain more knowledge regarding multidisciplinary collaboration in the school. Even though we did not find effects of the measure per se, we have obtained considerable and significant knowledge regarding the school nurse's role in this collaboration. Furthermore, we experience that the project has left a lasting

mark in that elements and experiences from participation are continued and further developed in the municipalities. The study is also an important research methodological contribution to the quantitative knowledge base regarding the school, generally. Experimental designs are an important and good supplement to other methodological approaches that can better equip us to deliberate strengths and weaknesses of strategies and measures for changes to practice. This type of design can also contribute to identifying moderators and what might work for whom.

1 Oppfølging og videreføring av en effektevaluering

Denne rapporten presenterer en oppfølging og videreføring av forskningsprosjektet 'Et lag rundt eleven: Økt helsesykepleierressurs i systemrettet og strukturert samhandling med skole'. Prosjektet (heretter kalt hovedstudien) ble gjennomført i perioden januar 2018 til desember 2019 og var en randomisert, kontrollert studie hvor 12 kommuner fikk tilført et halvt årsverk ekstra helsesykepleierressurs. Ressursen ble jevnt fordelt på fire skoler i hver kommune og rettet seg mot elevene på 5. til 7. trinn. Den økte ressursen skulle medføre at hver av de fire *tiltaksskolene* fikk minst 3,25 timer per uke med aktivt tilstedeværende helsesykepleiertilbud utover det ordinære tilbudet. Det ble lagt føringer om at økningen skulle brukes til systemrettet og strukturert samhandling med skolens personale.

Det overordnede forskningsspørsmålet i hovedstudien var å undersøke hvorvidt en ekstra helsesykepleierressurs førte til endringer i elevenes opplevde læringsmiljø, fravær og læringsresultater (kalt *effektevalueringen*). I tillegg gjennomførte vi en *implementering- og prosessevaluering* for å si noe om hvordan kommunene og tiltaksskolene kom i gang med samarbeidet og hvorvidt gjennomføringen av tiltaket gikk som planlagt. Formålet var også å gi innsikt i helsesykepleiers rolle når det gjaldt å bidra til utvikling av godt læringsmiljø og læringsresultater, samt belyse hvordan det flerfaglige samarbeidet mellom skole og skolehelsetjeneste foregikk.

Resultatene fra hovedstudien er inngående presentert i Federici mfl. (2020) og det gis også en komprimert gjennomgang av prosjektet som helhet i kapittel 2. Kort oppsummert fant vi ingen effekt på *primærutfallene* – elevenes opplevde læringsmiljø og registrerte fravær. Når det gjaldt *sekundærutfallene* fant vi en reduksjon i andelen elever som oppga å ha blitt mobbet digitalt ved tiltaksskolene. Vi fant ingen effekt på nasjonale prøver i gjennomsnitt, men analyser av undergrupper viste positiv effekt både i engelsk og regning for gutter. Implementering- og prosessevalueringen viste at prosjektet i relativt stor grad ble gjennomført i tråd med intensjonen og at helsesykepleier er en svært velkommen ressurs i skolen.

1.1 Forskningstema i videreføringen av prosjektet

Utdanningsdirektoratet innvilget våren 2020 en todelt opsjon for å følge opp funn fra hovedstudien og for å kvalitativt undersøke utvalgte tema en tid etter gjennomføringen av tiltaket. Denne rapporten gjennomgår dette forskningsarbeidet og er primært eksplorerende og empirisk i sin karakter. I den første delen utføres nye analyser av elevenes læringsutbytte målt som deres resultater på nasjonale prøver (NP). Dette gjør vi fordi elevene som ble undersøkt i hovedstudien kun var eksponert for tiltaket i halvannet år. I denne runden undersøker vi de elevene som gjennomførte NP høsten 2020 og som dermed var eksponert for tiltaket i to år. Basert på datamaterialet samt tidligere litteratur, undersøker vi også om tiltaket var av særlig betydning for grupper av elever. Vi ser nærmere på undergruppene i) svakt presterende elever, ii) elever med minoritetsbakgrunn¹ og iii) elever med lavt utdannede foreldre. Analysene tar utgangspunkt i registerdata bestilt fra Statistisk Sentralbyrå (SSB). Vi har ikke samlet inn ytterligere kvantitative data utover materialet presentert i hovedstudien.

Den andre delen av videreføringen er av kvalitativ karakter. Gjennom intervjuer med representanter for skoleeier, skolehelsetjenesten samt tiltaksskolene følger vi opp i) funn fra effektstudien (eksempelvis resultater på nasjonale prøver og digital mobbing) og undersøker om det ble gjort tiltak som kunne bidra til å forklare disse, ii) organiseringen og oppfatninger av skolehelsetjenesten innad i kommunene, iii) om deltakelsen i prosjektet hadde ført til endret eller økt fokus på grupper av elever, blant annet ved å se om det var skoler der helsesykepleiere og lærere hadde jobbet særlig tett sammen om sårbare elever eller grupper av elever, og iv) hvorvidt koronasituasjonen førte til at det ble arbeidet mer systemrettet enn tidligere og i hvilken grad dette involverte flere fagprofesjoner. Vi undersøkte i tillegg hvilke generelle refleksjoner deltakerne hadde om prosjektdeltakelsen etter at dette var avsluttet. Der det er relevant presenterer vi også øvrige tema som kom frem i intervjuene. Samlet var formålet med videreføringen å utdype funn fra hovedstudien samt gi ytterligere innsikt i gjennomføringen, videreføring av erfaringer fra prosjektet og læringsutbytte.

1.2 Rapportens oppbygging

I neste kapittel gis en gjennomgang av hovedstudien, inkludert bakgrunn og kontekst. I kapittel 3 gjøres det kort rede for litteratur knyttet til analyser av undergrupper samt to analytiske perspektiv. I kapittel fire gjennomgås en ny effektevaluering av elevenes læringsresultater. Kapittel fem presenterer funnene fra den kvalitative delen av studien. Funnene drøftes i kapittel seks og rapporten avsluttes

¹I rapporten regnes elever som minoritetselever dersom de eller deres foreldre er immigranter.

deretter med refleksjoner rundt hvordan man kan evaluere effekten av universelle tiltak for grupper av elever, basert på erfaringene våre fra denne studien.

2 Bakgrunn, gjennomføring og funn fra hovedstudien

I dette kapitlet gjennomgås bakgrunn, kontekst, teoretisk modell, innhold, datakilder og funn fra hovedstudien. Teksten bygger på Federici mfl. (2020). Lesere med god kjennskap til prosjektet og rapporteringen fra hovedstudien kan med fordel gå videre til kapittel 3.

2.1 Bakgrunn og helsesykepleiers rolle i skolen

Behovet for å trekke inn andre yrkesgrupper i skolen er et tema som er blitt behandlet og understreket i flere offentlige utredninger og stortingsmeldinger innen utdannings- og helsesektoren de senere årene. Begrunnelsene for økt flerfaglighet og samarbeid knyttes blant annet til bedre utnyttelse og samordning av ressurser generelt og til behovet for å yte støtte, til tidlig innsats og for å frigjøre lærernes tid spesielt. Allerede i gjennomgangen av *Tid til læring* (Meld. St. 19, 2009-2010) ble det pekt på at man trengte mer kunnskap og erfaring om nettopp dette. Noe senere fikk Arbeidsforskningsinstituttet (AFI) i oppdrag å pilotere ulike modeller for flerfaglig samarbeid i skolen. Basert på dette arbeidet lyste Utdanningsdirektoratet høsten 2016 ut et oppdrag hvor hovedformålet var å teste en eller flere av disse. I utlysningen ble det understreket at studiene måtte gjennomføres som randomiserte kontrollerte studier for å dermed kunne si noe om kausalitet og effekt.

Helsesykepleiermodellen var en av modellene som ble beskrevet som lovende. I rapporten fra AFI ble det særlig pekt på årsaker som at tjenesten er lovpålagt, at man så en politisk vilje til å styrke denne, samt at det forelå en gjensidig forståelse av hverandres respektive oppgaver, ansvarsområder og roller (Borg mfl., 2015). I tillegg er skolen en sentral arena for helsefremmende og forebyggende arbeid fordi man når en hel populasjon. Med dette som utgangspunkt formulerte NIFU i samarbeid med Folkehelseinstituttet og Læringsmiljøsentret (UiS) en randomisert kontrollert studie for å undersøke effekten av en økt helsesykepleierressurs på 5.-7. trinn. Forslaget ble utviklet med utgangspunkt i AFIs helsesykepleiermodell samt en begrunnet antakelse om at hvis helsesykepleier inngår i et

systemrettet og strukturert samarbeid med skolen, kan dette virke forebyggende og helsefremmende på måter som kan ha betydning for elevenes læringsmiljø og læringsutbytte.

Kort om skolehelsetjenesten og helsesykepleiers rolle

Skolehelsetjenesten i Norge er, som i de nordiske landene flest, organisert som en skolebasert modell med helsesykepleiere til stede ved skolen. De er ansatt i den kommunale helse- og omsorgssektoren, men utfører arbeidet ved skolene. Innholdet i tjenesten er beskrevet i en egen faglig retningslinje for helsestasjon- og skolehelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2017).

Faglig retningslinje for helsestasjon- og skolehelsetjenesten

Den faglige retningslinjen slår fast at skolehelsetjenesten skal omfatte helsefremmende og forebyggende psykososialt arbeid, samarbeid med skolen om tiltak som fremmer et godt psykososialt og fysisk lærings- og arbeidsmiljø, samt opplysning, bistand og undervisning i gruppe, klasse og på foreldremøter. Videre skal skolehelsetjenesten i samarbeid med skolens personell, elever og foreldre skape en helsefremmende skole gjennom å fremme godt lærings- og arbeidsmiljø med hensyn til helse, trivsel og sikkerhet.

Retningslinjen er tydelig på hvordan skolehelsetjenesten og skole skal samhandle (Helsedirektoratet, 2017; Waldum-Grevbo, 2018). Den slår blant annet fast at tjenesten bør ha et systemrettet samarbeid med skolen. Målet med et systemrettet samarbeid er å oppnå felles verdigrunnlag, felles forståelse av begreper, avklaring av roller og ansvar og kjennskap til hverandres lovverk. Samarbeidet skal blant annet bidra til å sikre elevene et godt fysisk og psykososialt miljø og at et slikt samarbeid er *viktig og grunnleggende* for at tjenesten skal kunne gjennomføre sine pålagte oppgaver og følge anbefalingene i retningslinjen. Det skrives eksplisitt at dersom et slikt samarbeid ikke er etablert bør skolehelsetjenesten selv ta initiativ til dette (Helsedirektoratet, 2017). Begrunnelsen er at et samarbeid som bygger på struktur, tydelig arbeidsfordeling og gode rutiner med rolleavklaring, har større mulighet for å fungere på lang sikt enn når samarbeidet er mer tilfeldig og personavhengig. Hensikten med samarbeidet er derfor å skape mergevinst og bedre kvalitet i de tiltak og handlinger i virksomhetene som sikrer barn og unge et godt skole- og oppvekstmiljø. Helsesykepleierenes arbeid ved skolen beskrives i denne modellen som systemrettet og innebærer at utvikling, læring og samhandling i skolen skal ses i lys av forhold ved skolemiljøet.

Systemrettet samarbeid

Begrepet *systemrettet* kan knyttes til flere teoretiske perspektiver, som for eksempel systemteori, økologisk teori og teorier innen innovasjons- og organisasjonsutvikling (Midthassel, 2011). Det hviler på en forståelse av at organisasjonsmessige, kulturelle og relasjonelle faktorer står i en gjensidig påvirkning til arbeidet som gjøres med og for elever. En innsats for å forbedre forhold for elevene i skolen, vil derfor innbefatte et arbeid med systemene der elevene inngår og systemer som er opprettet for å støtte elevene (Mælan, 2018). Å bruke begrepet 'et lag rundt eleven' er å ta på alvor systemenes påvirkning, fordi det nettopp henspiller på relasjoner og organisatoriske strukturer rundt eleven.

Systemrettet samarbeid

I dette prosjektet handlet det mest om samarbeid mellom helsesykepleier og skolens ledelse og lærere. Vi benytter derfor også begrepet systemrettet samarbeid for å understreke at det handlet om å videreutvikle samarbeidsformer mellom disse.

Hustad mfl. (2013 s. 182) foreslår å skille mellom tre nivåer av systemrettet arbeid, nemlig barnets sosiale miljø, skolen og det tverretatlige samarbeidet. Vi benyttet en lignende operasjonalisering i denne studien, hvor systemrettet arbeid på individnivå var tenkt knyttet til en bestemt elevsak, men der samarbeid mellom ansatte på skolen og kanskje mellom skolen og instanser utenfor, ble en del av oppfølgingen. Bekymringsfullt fravær, mobbing eller psykiske vansker er eksempler på slike saker. På gruppenivå, kunne utgangspunktet være en utfordring i klassemiljøet som konflikter mellom elever i klassen, lite samhold og røff språkbruk. Det systemrettede arbeidet viser seg gjennom hvordan de ansatte og kanskje foreldre samarbeider for å bedre miljøet i klassen. På skolenivå var utgangspunktet for det systemrettede arbeidet planer eller faste møtestrukturer.

2.2 Tiltaket, teoretisk modell og utfallsmål

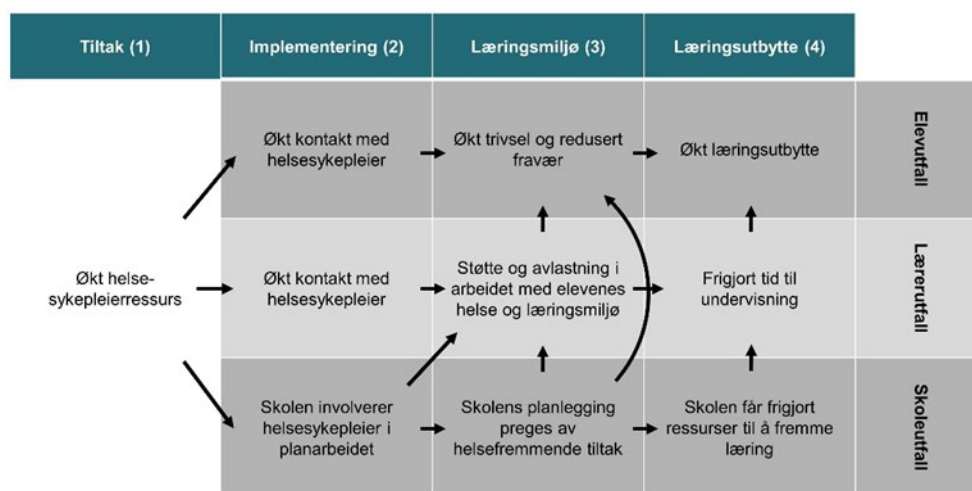
I studien fikk 12 kommuner tilført et halvt årsverk ekstra helsesykepleierressurs over en toårsperiode (januar 2018 til desember 2019). Ressursen ble jevnt fordelt på fire skoler i hver kommune og rettet seg mot elevene på 5. til 7. trinn. Den økte ressursen skulle medføre at hver av de fire tiltaksskolene fikk minst 3,25 timer per uke med aktivt tilstedeværende helsesykepleiertilbud utover det ordinære tilbudet. I forkant av prosjektet estimerte vi at dersom kommunene oppfylte norm for helsesykepleierdekning ville dette, i teorien, utgjøre en 50 % økning². Arbeidet

² Skolene hadde i snitt 75 elever på 5.-7. trinn. Dersom normen var oppfylt (300 elever per hele stilling) ville dette utgjøre en 25 prosent stilling på mellomtrinnet. En økning på 12,5 prosent ville i et slikt tenkt tilfelle utgjøre en 50 % økning i ressurs.

skulle ta utgangspunkt i Nasjonal faglig retningslinje for helsestasjon- og skolehelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2017). Samarbeidet mellom skolen og helsesykepleier var kjernen i prosjektet som sammen skulle danne et lag rundt eleven for å fremme et godt læringsmiljø. De øvrige skolene i kommunen ble fulgt opp som kontrollgruppe.

Teoretisk modell og utfallsmål

I forkant av gjennomføringen utviklet vi en teoretisk modell (figur 2.1). Selve tiltaket i prosjektet (kolonne 1) var en økt helsesykepleierressurs som skulle benyttes i et systemrettet og strukturert samarbeid med tiltaksskolene. Vi tok utgangspunkt i Nasjonal faglig retningslinje for helsestasjon- og skolehelsetjenesten og definerte systemrettet som et samarbeid mellom skole og skolehelsetjeneste om helserelaterte spørsmål, forebygging og tiltak hvor det skulle tas utgangspunkt i de sosiale og organisatoriske systemene som både elevene og laget rundt dem deltar i. Partene skulle ha felles mål og en koordinert innsats. Målgruppen for arbeidet var alle elever på 5.-7. trinn. Sistnevnte var ikke ensbetydende med at helsesykepleier ikke kunne rette fokus mot enkeltelever, grupper eller klasser, men at også dette arbeidet skulle ha blikk på læringsmiljøet som helhet. At samarbeidet var strukturert skulle motarbeide at dette ble personavhengig og tilfeldig.



Figur 2.1 Teoretisk modell – sammenheng mellom tiltaket og utfall

For å illustrere mekanismene for hvordan intervensjonen skulle påvirke elevutfall modellerte vi hvordan den økte helsesykepleierressursen var tenkt involvert på elev- lærer- og skolenivå. Dette vises blant annet under overskriften implementering (kolonne 2) som spesifiserer en økt involvering i skolens planarbeid generelt og økt kontakt med lærere og elever på de aktuelle trinnene spesielt. På skole- og lærernivå formulerte vi videre at dette kunne få betydning for hvorvidt

planleggingen på skolen ble preget av helsefremmende tiltak og at lærerne i større grad fikk støtte og avlastning i arbeidet med elevenes helse og læringsmiljø (kolonne 3). Basert på de foregående elementene i modellen var hypotesen at dette kunne føre til frigjøring av ressurser, slik som lærernes tid (kolonne 4).

Utfallsmål

Det var elevene på 5-7. trinn som var den primære målgruppen i prosjektet og samtlige utfallsmål i effektevalueringen befant seg på dette nivået. De primære utfallene var knyttet til psykososiale aspekter og bestod av elevenes selvrapporterte trivsel (emotional well-being), tilhørighet (school belonging) og mobbing. I tillegg fikk vi oversendt fraværdata fra kommunene. Vi definerte også en rekke sekundære utfallsmål. Disse bestod blant annet av motivasjon, akademisk selvoppfatning, sosial trivsel, arbeidsmiljø, støtte fra lærer og motivasjon. I tillegg var økt kontakt med helsesykepleier og elevenes læringsutbytte definert som sekundære utfall.

2.3 Føringer for tiltaket og implementeringsstøtte

Den tilførte ressursen i hovedstudien skulle benyttes i systemrettet og strukturert samhandling med den aktuelle skolen og arbeidet måtte være forankret i Nasjonal faglig retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom (Helsedirektoratet, 2017). Spesielt relevant var delkapittelet skolehelsetjenesten 5–20 år. I gjennomføringen skulle det være spesiell oppmerksomhet rettet mot elevenes psykososiale miljø og anbefalingene var tenkt å ligge til grunn når helsesykepleier og skole avtalte hvordan ressursen skulle benyttes. Dette innebar altså at skolen og helsesykepleier skulle samordne innsatsen for et godt og læringsfremmende psykososialt miljø ved å avtale regelmessige møter og igangsette tiltak basert på en felles forståelse av hvilke utfordringer som skulle prioriteres.

I tillegg til systemrettet samarbeid og forankring i faglig retningslinje var intervensjonen også strukturert etter noen forhåndsdefinerte kriterier. For det første måtte kommunen ha en plan for hvordan den ekstra ressursen skulle benyttes og denne måtte kommuniseres til oss i forkant og underveis i prosjektet. For det andre måtte skolene ha en møteplan for hvor ofte møter ville finne sted, en agenda og hvordan eventuelle punkter på denne agendaen skulle følges opp. Ut over dette fikk kommunene, skolene og helsesykepleier relativt stor lokal autonomi til å gi intervensjonen innhold. Balansen mellom standardisering, struktur, lokal fleksibilitet og autonomi var et forsøk på å gjenspeile den virkelige verden hvor tiltakene

ble fokusert på reelle behov, samtidig som det var nødvendig å ha en viss grad av strukturering for å kunne være i stand til å påvise eventuelle effekter.

Implementeringsstøtte

Implementeringsstøtten bestod av seks elementer: en veileder og en manual til bruk i oppstarten og gjennomføringen, to workshoper, obligatoriske oppstartsmøter på tiltaksskolene og en midtveisrapport på kommunenivå. I tillegg var prosjektet bemannet med en administrativ koordinator som fortløpende støttet gjennomføringen samt formidlet og samlet inn informasjon.

Seks elementer i implementeringsstøtten

Veilederen ble utviklet for å danne en felles referanseramme for tiltaksskolene og helsesykepleierne, og som en hjelp til konkretisering av mulige samarbeidsområder.

Manualen ga en generell beskrivelse av gjennomføringen samt instruksjoner knyttet til møtevirksomhet og datainnsamling.

Oppstartsmøte var rektor sitt ansvar. Formålet med møtet var å få oversikt og en felles forståelse av elevene sin helse og faktorer ved læringsmiljøet.

Workshopene ble gjennomført på to tidspunkt, en i forkant av gjennomføringen og en midtveis i prosjektperioden. Formålet var å skape felles utgangspunkt, gi faglig påfyll og legge til rette for erfaringsdeling.

Midtveisrapporten ble sendt til kommunene. Resultatene fra ulike datainnsamlinger ble presentert og formålet var å informere samt formidle viktigheten av at føringene for gjennomføringen ble overholdt.

Administrativ koordinator sikret god kommunikasjon mellom forskningsinstitusjonene og kommunene, samt kontinuitet i gjennomføringen.

2.4 Deltakere, design og datakilder

De deltakende kommunene i studien ble invitert med i prosjektet, ikke valgt tilfeldig. For å kunne delta måtte kommunen oppfylle inklusjonskriteriet om å ha minimum åtte skoler med minst 20 elever totalt på mellomtrinnet. Vi brukte grunnskolens informasjonssystem (GSI) til hjelp i denne utvelgelsen (www.gsi.udir.no). Totalt ble 31 kommuner invitert og av disse ønsket 14 å delta. To av disse så seg nødt til å trekke seg rett før oppstart av tiltaket.

Forskningsdesignet kan kategoriseres som en klynge-randomisert studie, stratifisert på kommunenivå. Stratifisering på kommunenivå ble vurdert som praktisk og formålstjenlig siden ansvaret for skolehelsetjenesten ligger nettopp her. Videre, med tanke på at aspekter som sosioøkonomiske forhold, helsesykepleierdekning

og skoleprestasjoner kan variere mellom kommunene, bidro et slikt design til bedre balanse. Se for øvrig protokoll for studien (Federici mfl., 2019).

Hvem og hvor mange deltok i studien?

I studien deltok omtrent 15 212³ elever på 5.-7. trinn fordelt på 107 skoler i tolv kommuner. Tabell 2.1 viser en oversikt antall skoler, antall elever ved oppstart og estimert antall elever som var involvert i prosjektet totalt fordelt på tiltaks- og kontrollskolene.

Tabell 2.1 Oversikt deltakende kommuner, antall skoler og elever

Kommune	Fylke ⁴	Antall skoler ⁵	Elever 2017-2018	Elever totalt		
				Kontroll	Tiltak	Totalt
Alta	Finnmark	9	791	528	754	1282
Eidsvoll	Akershus	8	906	703	902	1605
Gran	Oppland	7	488	347	451	798
Grimstad	Aust-Agder	9	883	657	850	1507
Kvinnherad	Hordaland	10	492	465	363	828
Lindås	Hordaland	9	608	506	528	1034
Melhus	Sør-Trøndelag	9	667	559	536	1095
Nes	Akershus	8	722	555	674	1229
Porsgrunn	Telemark	13	1262	1563	533	2096
Rana	Nordland	9	861	864	610	1474
Stjørdal	Nord-Trøndelag	9	884	765	716	1481
Østre Toten	Oppland	8	454	472	311	783
Total	12	107	9018	7984	7228	15212

Det inngikk også et relativt stort antall rektorer og helsesykepleiere og lærere. Totalt antall er vist i tabell 2.2. Totalt var 71 helsesykepleiere, 63 rektorer og 645 lærere vært involvert ved tiltaksskolene. Tallene viser at det var noe turnover – og vi må ta forbehold om at tallene ikke er helt nøyaktige.

Tabell 2.2 Oversikt antall helsesykepleiere, rektorer og lærere i prosjektet

Gruppe	Helsesykepleiere	Rektorer	Lærere ⁶
Tiltaksskoler	53	63	645
Kontrollskoler	69	83	554
Begge skoler	30	-	-
Totalt	152	146	1199

³ Tall hentet fra GSI for perioden 2017-2020.

⁴ Kommune og fylkesnavnene tar utgangspunkt i fylkesstrukturen ved prosjektets oppstart.

⁵ Antall skoler ved oppstart av prosjektet. Merk at på tidspunktet vi inviterte kommuner, stod Gran oppført med 10 skoler. To av disse ble nedlagt før prosjektet startet opp, en hadde for få elever.

⁶ Tall hentet fra GSI for perioden 2017-2020.

Datakilder i prosjektet

Gjennom prosjektperioden ble det samlet inn et omfattende datamateriale av både kvantitativ og kvalitativ karakter. Datakildene er vist i tabell 2.3 og leseren henvises til Federici mfl. (2020) for en mer detaljert gjennomgang.

Tabell 2.3 Datakilder i prosjektet

Data	Type data	Kort beskrivelse
Dekningsdata	Registerdata	Stillingsprosent til helsesykepleiere i kommunen
Tidsregistreringsskjema	Survey	Tidsbruk helsesykepleiere i kommunen
Helsesykepleiere	Survey	Brukerundersøkelse
Rektorer	Survey	Brukerundersøkelse
Lærere	Survey	Brukerundersøkelse
Feltarbeid	Kvalitativt	Intervjuer med helsesykepleiere, rektorer og lærere
Elevundersøkelsen	Survey	Brukerundersøkelse, effektmål
Fraværdata	Registerdata	Registerdata fra kommune, effektmål
Nasjonale prøver	Registerdata	Registerdata fra SSB, effektmål.
Samarbeid skole og skolehelsetjeneste	Dokumentstudier	Referat fra oppstartsmøter
Kommunenes satsning på skolehelsetjenesten	Dokumentstudier	Plan- og strategidokumenter og kommunenes hjemmesider
Referater fra workshop	Dokumentstudier	Innspill fra deltakerne fra workshop

2.5 Funn fra hovedstudien: Ingen effekt på primærutfallene

Generelt viste resultatene fra effektevalueringen at tiltaket i liten grad påvirket elevenes opplevde læringsmiljø og registrerte fravær. Når det gjaldt sekundærutfallene, fant vi en reduksjon i andelen som oppga å ha blitt mobbet digitalt ved tiltaksskolene sammenlignet med kontrollskolene. Imidlertid kan dette funnet skyldes forskjeller i svarprosent. Videre fant vi ikke forskjeller mellom tiltaks- og kontrollskolene på nasjonale prøver i gjennomsnitt. Vi fant imidlertid effekt når vi undersøkte undergrupper. For gutter var det en positiv effekt både i engelsk og regning, for jentene var effekten tilnærmet null. Vi hadde på det tidspunktet ikke en fullgod forklaring på dette, men spekulerte i at det kan indikere et potensial for at bedre helsesykepleierdekning kan avlaste læreren slik at det blir mer tid til faglig oppfølging av elever.

Gjennomført i tråd med intensjonen

Generelt fant vi at tre av fire tiltaksskoler fikk tilført 3,25 timer eller mer ekstra helsesykepleierressurs og at denne andelen lå relativt stabilt gjennom prosjektperioden. Dekningen lå 10-14 prosent over kontrollskolene til tross for en viss økning i dekningsgrad også ved disse mot slutten av prosjektperioden. Videre kom skolene relativt raskt i gang med tiltaket og de fleste fikk stort sett tilført økt ressurs allerede februar 2018. Oppsummert ble prosjektet gjennomført i tråd med føringene, men det var også noen avvik som kan ha påvirket resultatene. Dette gjaldt spesielt omrokninger av helsesykepleiere i oppstartsfasen, at noen av dem arbeidet ved både tiltaks- og kontrollskoler, samt at ikke alle overholdt prinsippet om å unngå oppsplitting av den tilførte ressursen.

Flerfaglig samarbeid og helsesykepleiers rolle i skolen

Vi fant at rektorer og lærere, både ved tiltaks- og kontrollskoler, var svært positive til skolehelsetjenesten og det å ha helsesykepleier som samarbeidspart. Det var en relativt omforent forståelse av helsesykepleiers rolle og dette er et viktig og godt grunnlag for flerfaglig samarbeid. Strukturen på samarbeidet varierte likevel i omfang og innhold. Personlig kjennskap og formalisering var faktorer som preget samarbeidet mellom rektor og helsesykepleier. Mellom lærere og helsesykepleier handlet samarbeidet ofte om oppfølging av enkeltelever og enkle undervisningsopplegg om helserelaterte tema. Helsesykepleier brukte mye av tiden på samtaler og oppfølging av enkeltelever, ofte med problemstillinger knyttet til psykisk helse, skolevegring eller familierelasjoner. I tillegg var helsesykepleier også involvert i samarbeid om det psykososiale miljøet på gruppe og skolenivå.

Betraktninger om fravær av effekt

I hovedstudien peker vi på flere årsaker til at vi ikke fant effekter. Disse var: i) den spesifikke økningen i helsesykepleierressurs var ikke stor nok til å utgjøre en forskjell; ii) det var liten innholdsmessig forskjell i hvordan helsesykepleiere arbeidet ettersom alle har arbeidet etter samme nasjonale retningslinje; iii) det var overlapning med personell, aktiviteter og praksis mellom tiltaks- og kontrollskoler i kommunene i løpet av prosjektperioden; iv) det var utfordringer knyttet til rekruttering, permisjoner og personellendringer i løpet av prosjektperioden; v) verdiene på utfallsvariablene har vært gode i utgangspunktet (ved baseline) og derfor krevene å forbedre; og vi) betydningen av ressursøkning kan ha vært stor for enkeltelever uten at dette fremkom i gjennomsnittsverdiene for hele elevpopulasjonen.

3 Teoretiske og analytiske perspektiv i oppfølgingsstudien

Både de kvantitative og kvalitative analysene som presenteres i denne rapporten bygger på hovedstudien og er primært empirisk drevet og eksplorerende i sin natur. Et annet rasjonale bygger på studier som indikerer at universelle tiltak kan være av særlig betydning for grupper av individer (eks. Havnes & Møgstad, 2011; Holen mfl., 2012; Sørli, mfl., 2018). Det teoretiske fundamentet og tidligere forskning er grundig gjort rede for i Federici mfl. (2020). Her viser vi kort til litteratur relevant for analyser av undergrupper som i denne studien utgjør i) svakt presterende elever, ii) elever med minoritetsbakgrunn og iii) elever med lavt utdannede foreldre. I tillegg stilte vi spørsmål om helsesykepleiers arbeid med sårbare elever i den kvalitative delen av oppfølgingsstudien. Vi introduserer også to analytiske perspektiv relevante for de kvalitative analysene og effektstudier generelt.

3.1 Hva kan forklare variasjon i elevers skoleprestasjoner?

Et sentralt hensyn og prinsipp i det norske utdanningssystemet er at det skal redusere sosiale forskjeller. Til tross for dette eksisterer det betydelige forskjeller i skoleprestasjoner mellom elever, blant annet på bakgrunn av foreldres utdanningsnivå og minoritetsbakgrunn. Sårbarhet er også en faktor som kan påvirke elevutfall, både faglig og sosialt.

Kjønn, sosioøkonomisk status og bakgrunn

Omtrent 30 prosent av variasjonen i elevers grunnskolepoeng forklares ved hjelp av forskjeller mellom skolene (Hægeland mfl., 2007). I et forsøk på å forstå dette har forskning blant annet undersøkt betydningen av ressurser, miljø og elevsammensetning for elevenes prestasjoner (Wiborg mfl., 2011). For eksempel viser studier at et positivt skolemiljø er forbundet med høyere prestasjonsnivå blant elever (Opheim mfl., 2010). Forhold ved skolene forklarer imidlertid ikke all variasjonen i elevprestasjoner, og individuelle forhold blir også ofte trukket fram. Wiborg mfl.

(2011) ser på hva skolemiljøet og skolens materielle og menneskelige ressurser betyr for elevenes prestasjonsutvikling, og hva familie- og individkjennetegn har å si. Både Opheim mfl. (2010) og Wiborg mfl. (2011) konkluderer med at lite tyder på at skolen har en kompensereffekt når det gjelder sosial ulikhet og elevers læringsutbytte, dette gjelder både når man analyserer prestasjonsnivået og elevers prestasjonsutvikling. Kjennetegn ved skolene forklarer med andre ord en ganske beskjeden del av variasjonen, mens kjennetegn ved individene, deriblant foreldrenes utdanningsnivå, hadde betydelig bedre forklaringskraft. Den innflytelsesrike Coleman-rapporten viste allerede i 1966 at skolene i seg selv i liten grad påvirket elevers prestasjoner, og at det var karakteristika ved elevene som de tar med seg inn i skolen som er avgjørende. Det er gjort mye forskning på dette siden den tid, inkludert metaanalyser (Thomson, 2018).

Videre viser studier at jenter gjennomgående får bedre karakterer enn gutter i ungdomsskolen, og dette prestasjonsgapet har vært stabilt over tid og gjelder internasjonalt (Wiborg mfl., 2011; OECD, 2019). Jenter gjør det spesielt bedre i lesing, mens gutter i enkelte land presterer bedre i matematikk. I Norge gjorde imidlertid jenter det bedre også i matematikk enn gutter (OECD, 2019).

Forskning dokumenterer at det er en sammenheng mellom skoleprestasjoner og elevenes sosiale bakgrunn. Flere studier viser sterke statistiske sammenhenger mellom grunnskolepoeng og foreldres utdanning (Arnesen, 2003; Bakken, 2009, 2010; Bonesrønning & Iversen, 2008; Opheim mfl., 2010). Bakkens analyser (2009) tyder imidlertid på at sosial ulikhet kan reduseres gjennom en generell styrking av skolens læringsmiljø. OECD (2019) påpeker at det kan være flere grunner til at elever fra ressursvake hjem eller med foreldre med lav utdanning møter større barrierer i sin læring. Dårlig økonomi vil ofte føre til mindre tilgang på læringsressurser, slik som bøker og interaktive læringsmidler i hjemmet, og foreldre med høyere utdanningsnivå har antagelig en større tilbøyelighet til å skape et hjemmemiljø som bedre foster kognitiv utvikling (Sirin, 2005; Thomson, 2018; OECD, 2019). I tillegg vil trolig ressurssterke foreldre også kunne gi barna bedre støtte og mer oppmuntring til å utvikle og styrke de ferdighetene som trengs for å lykkes i skolen (Evans mfl., 2010; OECD, 2019). PISA-undersøkelser har imidlertid vist at skoler kan utjevne noe av effekten av ulik sosioøkonomisk status på elevers prestasjoner, blant annet ved å kanalisere ressurser mot sårbare elevgrupper (Downey & Condron, 2016; OECD, 2019). Norge var ett av de 11 landene i PISA 2018-undersøkelsen hvor elevers prestasjoner i lesing var over gjennomsnittet i OECD, samtidig som at sosioøkonomisk status forklarte mindre av variasjonen i prestasjon enn gjennomsnittet (OECD 2019). Med andre ord betyr sosioøkonomisk status mindre for elevers skoleprestasjoner i Norge enn gjennomsnittet i OECD.

Videre viser en rekke studier at minoritetsspråklige elever, spesielt med ikke-vestlig innvandringsbakgrunn, har dårligere skoleprestasjoner, målt som lavere karakterer og dårligere skåre på nasjonale prøver, sammenlignet med både elever uten innvandringsbakgrunn og elever med opprinnelse i nordiske og andre vestlige land. I flertallet av PISA-landene presterer elever fra majoritetsbefolkningen bedre enn både immigranter og deres etterkommere (OECD, 2019). Samtidig reduseres forskjellene, i enkelte tilfelle utviskes de, når foreldres utdanningsnivå og andre kjennetegn ved familiebakgrunn blir tatt i betraktning (Wiborg mfl. 2011). PISA-undersøkelsene i 2018 påpekte at over 45 prosent av elevene med immigrantbakgrunn kom fra ressursvake hjem Norge (OECD 2019). Likevel kan ikke sosioøkonomisk status forklare mesteparten av variasjonen i leseferdigheter (OECD 2019). PISA 2018-undersøkelsene finner også at Norge er ett av landene med størst forskjell mellom elever med og uten immigrantstatus når sosioøkonomisk bakgrunn er tatt i betraktning, i førstnevntes disfavør (OECD 2019).

Sårbare elever

I den kvalitative delen av oppfølgingsstudien ble det stilt spørsmål om deltakelsen i prosjektet hadde ført til endret eller økt oppmerksomhet rettet mot grupper av elever, primært sårbare barn og unge. Begrepet sårbare elever eller elever i sårbare situasjoner omhandler en uensartet gruppe. Bufdir sin koordineringsgruppe under pandemien definerte dette på følgende måte: 'sårbarhet hos barn og unge kan skyldes at de selv har behov for ekstra oppfølging, at familien er sårbar eller i en sårbar situasjon eller en kombinasjon av dette' (Bufdir, 2020). Dette er ingen presis definisjon og Caspersen mfl. (2021) viser til at begrepet fylles med ulikt innhold i ulike kontekster. Bufdir (2020) påpeker også at det er utfordrende å få oversikt over omfanget av sårbare elever nettopp fordi familier i en sårbar situasjon kan unnlate å oppsøke hjelp. I samme rapport (ibid) ble omfanget anslått til å være minst 20 prosent barn og unge. Andre studier peker på at årsakene til en sårbar situasjon kan være knyttet til nevrobiologisk risiko (Brandlistuen mfl., 2015), komme fra vanskelige oppvekstforhold (Veland, 2011) eller være situasjonsbetinget, for eksempel knyttet til mobbing (Roland, 2007) eller skolevegring (Havik, 2016).

Når det gjelder sårbarhet generelt blir dette ofte sett i motsetning til det å være robust, eller resilient (Lund, 2015). Psykiske helseplager i oppveksten rammer om lag 20 prosent en eller annen gang og mange søker ikke helsehjelp (Bru mfl., 2016). Dette er elever som kan trenger ekstra støtte fra voksne, men ikke alltid får det. For eksempel har forskning rapportert at elever med dårlig mental helse opplever dårligere lærerstøtte (Bru mfl., 1998; Drugli, 2011; Murberg & Bru, 2009). Drugli

(2011) fant dessuten at elever med utagerende atferd opplevde dårlige relasjoner til sine lærere.

Det å være sosialt inkludert kan være en utfordring for elever som er i sårbare situasjoner (Veland, 2011). Vi vet at skolen er en viktig sosialiseringarena, og det å mangle støttende vennskap i skolen kan føre til emosjonelle problemer, som igjen kan føre til manglende motivasjon og manglende deltakelse i klasserommet som igjen kan føre til dårligere prestasjoner (Kingery mfl., 2011). Ut fra disse og andre studier kan vi anta at det finnes elever som grunnet ulike forhold har behov for ekstra støtte i kortere eller lengre perioder, og at denne støtten ikke alltid kan fylles av lærer alene. Vi antok at helsesykepleier kan være en viktig person for at disse elevene skal klare å gjennomføre skolegangen på en god måte både faglig og sosialt.

3.2 To analytiske perspektiv

Videre presenteres to perspektiv som benyttes i de kvalitative analysene. Det første kan blant annet sies å handle om validitet når det gjelder refleksjoner gjort i etterkant av et tiltak, mens det andre også inkluderer perspektiver på hvordan man kan måle effekter av eksperimenter og effektstudier generelt.

Å reflektere over deltakelsen i ettertid

I oppfølgingsstudien ønsket vi å utfordre deltakerne til å ta et bakoverskuende blikk og reflektere over erfaringene fra prosjektet etter det var avsluttet. Vi stilte også spørsmål om deltakernes vurderinger av resultatene fra hovedstudien (Federici mfl., 2020). Slike tilbakeskuende intervjuer har blitt problematisert med utgangspunkt i spørsmål knyttet til hukommelse, ikke minst om følelser og oppfatninger om fortiden er selektiv og farget (Repstad 1993). Hovedproblemet, slik Repstad (1993 s. 71) ser det, er at informanter i en slik intervjusituasjon 'gjenkaller fortida gjennom et filter av begreper og tenkemåter de har tilegnet seg langt senere'. Det vil si at deres erindringer er farget av det de har lært i ettertid, ikke minst fordi det er menneskelig å ønske at handlingsvalg blir forståelige og fremstår som konsistente. Dette kan svekke 'autentisitet' når informanter redegjør for hva faktisk tenkte og gjorde i en gitt situasjon.

For vårt vedkommende var imidlertid slik retrospektiv lærdom sentral, for å kunne gå nærmere inn på hvorvidt 'Et lag rundt eleven' har skapt grobunn for kontinuitet og videreføring av tiltaket. Med andre ord, hvorvidt tiltaket *har preget* forståelsen og oppfatningene til informantene, slik at deres yrkesutøvelse *ses i et annet lys*. I denne studien kan dette eksempelvis være en konsekvens av at helsesykepleier er mer til stede ved skolene, eller at samarbeidsformen endret seg.

Refleksjon kan dermed i vårt prosjekt blant annet forstås på samme måte som Anderson (2020 s. 480, vår oversettelse), som en 'bevisst, erfaringsbasert tankevirksomhet, som til tider involverer aspekter av evaluering, kritisk tenking, og problemløsning, og fører til innsikt, økt oppmerksomhet, og/eller ny forståelse'. Refleksjon er med andre ord en læringsprosess, hvor praktiske erfaringer fra egen arbeidshverdag utgjør kjernen (Wain, 2017). Det innebærer videre en inngående analyse, med vurderinger av hva som skjedde, hvilke opplevelser og tanker man hadde underveis, hvem eller hva som påvirket spesifikke handlinger, og hvordan man ville handlet om noe lignende skulle gjøres om igjen.

Ifølge Edwards (2017) vil slik refleksjon kunne bidra til at profesjonsutøvelsen utvikles og forbedres. Hun foreslår videre å utvide refleksjon fra Argyris og Schöns (1974) todimensjonale forståelse til en firedimensjonal. Argyris og Schön var opptatt av forholdet mellom akademisk og teoretisk kunnskap og praksiskunnskap, og introduserte begrepsparet refleksjon-*i*-handling (reflection-in-action) og refleksjon-*om*-handling (reflection-on-action) (Wain, 2017). Edwards (2017) foreslår å supplere ytterligere to dimensjoner: forhåndsrefleksjoner og refleksjoner i etterkant. Disse fire refleksjonsdimensjonene legger til rette for ulike former for læring. Mens refleksjoner om utøvelsen ofte tar form som rene gjenfortellinger, vil refleksjoner under utøvelsen ha et mer skapende aspekt fordi det innebærer korrigeringer underveis (Edwards, 2017). Det å reflektere i for- og etterkant vil ha fordeler knyttet til muligheten for å formulere, og mulig overvinne, eventuelle utfordringer og barrierer, blant annet ved å knytte disse til et mer teoretisk kunnskapsgrunnlag. Refleksjoner over yrkesutøvelsen vil ofte kunne ha et negativt utgangspunkt fordi man ofte selvkritisk fokuserer på hva man kunne eller burde gjort annerledes (Edwards, 2017). Det kan også, på den andre siden, lede til selvhedvelse.

På grunn av dette har det blitt reist tvil om slike refleksjoners validitet og status som sannferdige beretninger om egen yrkesutøvelse. Praksissituasjoner er subjektive og konstruerte, og beretninger om disse kan dermed ikke tas som en objektiv tilgang til de faktiske forhold. Det er her Edwards (2017) mener at å i etterkant få fortelle *historier* som reflekterer over og fortolker de personlige erfaringene, har verdi. Ifølge Edwards (2017) er det her potensialet for praksisendring basert på erfaring og læring ligger, ikke minst fordi det også innebærer å plassere seg selv i et historisk narrativ, som også befester en framtidig identitet.

Intervjuene i oppfølgingsstudien har med andre ord tjent en dobbel funksjon. For det første har vi utfordret informantene til å reflektere om tiltaket i etterkant av prosjektet, noe teorien påpeker kan lede til videreutvikling og forbedring av praksis. I tillegg kan det generere ny innsikt og data, siden informantene har fått tid til å fordøye erfaringene og se hvordan tiltaket faktisk preget yrkesutøvelsen og samarbeidsrelasjonene når man har vendt tilbake til 'normal' drift. Som vi også har vært inne på, er slike refleksjoner i etterkant subjektive, og det er viktig å være

bevisst hvordan de kan være forbundet med et ønske om å posisjonere seg selv i historiske narrativ.

Implementering og kriterier for effekter i effektstudier

Forskning indikerer at universelle tiltak, for eksempel for hele skoler, generelt er effektive dersom de er veldesignet og godt implementert/gjennomført (Durlak mfl. 2011). Durlak mfl. (2011) påpeker imidlertid at tiltak bestående av flere komponenter har større sannsynlighet for å møte utfordringer i implementeringen, blant annet i møtet med organisatoriske og kontekstuelle forhold. I 'Et lag rundt eleven' var tiltaket først og fremst en økning i helsesykepleierressursen, men hvor oppmerksomheten var på det strukturerte og systemrettede samarbeidet samt øvrige aktiviteter som allerede var forankret i gjeldende retningslinjer.

I hovedstudien gjennomførte vi en implementerings- og prosessevaluering hvor vi blant annet hentet inspirasjon fra rammeverket til Humphrey mfl. (2016). Rammeverket er spesielt utviklet for intervensjoner i utdanningssektoren. To særlige hovedmål var å si noe om prosjektets effekt, samt hvordan kommunene og tiltaksskolene kom i gang med samarbeidet og hvorvidt gjennomføringen av tiltaket gikk som planlagt. I hovedstudien la vi altså særlig vekt på tiltakets effektivitet målt som elevenes skårer på ulike utfallsmål og studiens fidelitet. Vi vil i det følgende se nærmere disse, samt hva litteraturen sier om organisatoriske og kontekstuelle forhold, med vekt på lokale tilpasninger og kapasitet.

Lendrum og Humphrey (2012) understreker at implementerings- og prosessevalueringer er vesentlige, av minst to hensyn. For det første viser forskning at implementering, og særlig i hvilken grad de som inngår i tiltaket er lojale mot prosjektinnholdet (altså fidelitet), er blant de viktigste faktorene når utfall skal forklares (se også Durlak & DuPre, 2008 og Durlak mfl., 2011). En kunnskapsoppsummering av Wilson mfl. (2003), som inkluderte 221 skolebaserte studier av aggressiv atferd, viste for eksempel at implementering var den nest viktigste variabelen i analysen, og den viktigste forklaringsfaktoren for tiltakets utfall. For det andre, *variasjoner* i implementering fører til *variasjoner* i utfall som i seg selv bør utforskes. Ifølge Durlak og DuPre (2008) og Lendrum og Humphrey (2012) er det urimelig å forvente perfekt implementering fordi lokale tilpasninger trolig er uunngåelige. Slike kan tvinges fram av lokale forhold som forhindrer høy grad av etterlevelse eller baseres på bevisst skreddersøm til lokale behov. I sistnevnte tilfelle er tilpasningene ikke bare uunngåelige, men kanskje til og med ønskelige (Lendrum & Humphrey, 2012). Resultater presentert i hovedstudien viste at 71 % av tiltaksskolene oppfylte forventningen om minst 3.25 timers økt tilstedeværelse, noe som kan betraktes som en relativ høy grad av implementering. På den andre side var det utfordringer knyttet til turnover blant helsesykepleiere og noen av

helsesykepleierne hadde også ansvar for kontrollskoler (Federici mfl., 2020 s. 117-124).

I en kunnskapsoppsummering som inkluderte nesten 600 studier, identifiserer Durlak og DePre (2008) åtte aspekter ved implementering, hvorav flere er forbundet med evaluering av etterlevelse. De åtte aspektene er (1) fidelitet, (2) dosering, (3) kvalitet, (4) interesse, (5) distinksjon, (6) overvåking av de kontrollerte forholdene, (7) nedslagsfelt og (8) tilpasninger. De understreker imidlertid at ofte er det kun to av disse som blir analysert og rapportert, nemlig fidelitet og dosering. Dette kan blant annet skyldes at de er enkle å måle kvantitativt.

Fidelitet og dosering utgjør to av fem kriterier som blant annet Cuban (1998) identifiserer som relevante for effektstudier. Vi er med dette over på mer kritiske perspektiver på *rendyrkede* effektstudier i samfunnsvitenskapene. Glasgow mfl. (1999) for eksempel, omtaler slike studier som reduksjonistiske og overforenklinger av virkeligheten. De foreslår derfor at implementeringsforskningen bør utvide perspektivet fra fokus på effektivitet, fidelitet og dosering og vende blikket mot hvordan intervensjoner blir *institusjonalisert*. De foreslår en modell bestående av fem dimensjoner, hvor første dimensjon er knyttet til resonansen tiltaket gir på individnivå, og dermed også dets nedslagsfelt ('reach') på overordnet nivå. Andre dimensjon er effektivitet ('efficacy'), målt i utfall som for eksempel atferdsendring eller forbedringer i skoleprestasjoner. Tredje dimensjon er tilegnelse ('adoption') i *praksis*, for eksempel i en arbeidsplasskontekst. Fjerde dimensjon er implementering ('implementation'), som hos Glasgow mfl. (1999) blir sidestilt med fidelitet. Den femte, og siste, dimensjonen er opprettholdelse ('maintenance'), som bygger på en antagelse om at individer har en tendens til å falle tilbake til etablerte arbeidsmåter etter en viss tid etter å ha forsøkt ny praksis. Opprettholdelse handler derfor om hvorvidt tiltaket blir institusjonalisert i form av rutiner og normer, og om det påvirker organisasjonskulturen på arbeidsplassen.

Dette samsvarer med Cubans (1998) understreking av at effektivitet og fidelitet ikke bør være de eneste kriteriene som legges til grunn når tiltak og skolereformer evalueres. Han foreslår å legge til kriteriene popularitet, tilpasningsmulighet, som handler om implementering, og varighet, som tilsvarer opprettholdelse. Utgangspunktet til Cuban (1998) er at tiltak og reformer ikke bare har potensial til å endre praksis og utfall i skolen, men at de i like stor grad formes av konteksten på måter som de som utformet prosjektet ikke kunne forutse eller påvirke. Kontekster er med andre ord ikke et eksternt miljø som virker hemmende eller fremmende på tiltak, men er snarere en del av et organisk hele, hvor tiltak og kontekst gjensidig endrer hverandre.

Hvis vi ser nærmere på kriteriene effektivitets- og fidelitetsstandarder, omhandler førstnevnte kort fortalt om tiltaket når de intenderte målene. Dette måles gjerne i form av elevers skoleprestasjoner i form av numeriske indikatorer (Cuban

1998). For å evaluere et tiltak med bruk av fidelitetskriteriet stilles spørsmålet om i hvor stor grad tiltaket ble gjennomført som planlagt. Med andre ord, overensstemmelsen mellom den opprinnelige planen på den ene siden, og de faktiske praksisene dette leder til i den lokale gjennomføringen på den andre. Ifølge Lendrum og Humphrey (2012) vil de som tillegger fidelitetskriteriet høy vekt anse tilpasninger som en feil i implementeringen. Ifølge Cuban (1998) springer streng tiltro til disse kriteriene ut av en instrumentell forståelse av organisasjoner, og oppmerksomheten i evalueringer ledes mot formelle strukturer, tydelig spesifiserte roller og ekspertise. Intervensjoner kan dermed også bli ansett som noe som introduseres oven- eller utenfra og inn i en kontekst.

Cubans (1998) popularitetskriterium minner om det Glasgow mfl. (1999) kaller for resonans og nedslagsfelt (vår oversettelse). For Cuban (1998) handler det om hvorvidt tiltaket eller reformen blir positivt mottatt, og dermed at reformideen eller tiltaket spres. I tillegg identifiserer Cuban (1998) to kriterier han attribuerer til praksisfellesskapets ståsted. Ifølge ham vil disse avvike betraktelig. Et eksempel er at selv om lærere forsøker å forbedre elevenes skoleprestasjoner, vil dette vurderes mer helhetlig enn i form av tallfestede resultater. Lærere vil i tillegg basere seg på endringer i elevenes holdninger, verdier og faktiske atferd, både i akademiske og ikke-akademiske settinger. For å oppnå dette målet er lærere, ifølge Cuban (1998), opptatt av anledningen de har til å tilpasse tiltaket til egen bruk til det beste for elevene. Ifølge Durlak og DuPre (2008) betyr dette at god implementering ikke bare fører til at tiltaket møter definerte og målbare suksesskriterier, men også at det er mer gunstig for deltakerne.

God implementering fordrer imidlertid *organisatorisk kapasitet*, definert som både nødvendig motivasjon og evne til blant annet å implementere og opprettholde effektive intervensjoner (Durlak og DuPre, 2008). Forskning viser at kapasitet signifikant predikerer implementering (se eks. Kegler mfl., 1998; Gingiss mfl., 2006; Riley mfl., 2001). Kapasitet avhenger blant annet av hvorvidt tiltaket passer inn med organisasjonens øvrige satsinger, visjon, prioriteringer og eksisterende praksis (Durlak og DuPre, 2008). Slike kapasitetsvurderinger er kanskje ekstra viktige i kontekster preget av mange og store satsinger, siden det kan lede til prosjektoverbelastning eller det Lendrum og Humphrey (2012) omtaler som 'initiativoverbelastning'. Dette kan lede til at tiltak ikke vedvarer over tid, fordi ansatte ikke er villige til å investere tid, ressurser og personlig innsats i stadig nye prosjekter. Tiltaket i 'Et lag rundt eleven' var imidlertid ikke innrettet som et nytt initiativ i en slik forstand, men snarere en forsterkning av en allerede eksisterende funksjon og samarbeid.

I praksisfellesskapet kan dermed også slike tilpasninger anses som et sunnhets tegn, fordi det setter den profesjonelle kreativiteten i sving og medfører aktiv problemløsning innenfor rammen av profesjonell autonomi og skjønn. Dette er i tråd

med Kendall mfl. (2018) som oppfordrer til å introdusere det de kaller 'flexibility within fidelity' og som vi har valgt å oversette til 'tilpasset etterlevelse'. Ifølge Kendall mfl. (2008) er mye av kritikken av RCT-studier knyttet til antagelsen om at de hviler på rigid etterlevelse av manualer som tydelig spesifiserer et sett prosedyrer som skal gjennomføres under svært kontrollerte omstendigheter. Dette begrenser, ifølge denne kritikken, blant annet profesjonell kreativitet, og det vil være lite sensitivt til individuelle eller lokale behov (Kendall mfl., 2008). I dette perspektivet blir manualer kun *veiledende*. Glasgow mfl. (1999) hevder at intervensjoner med slik lav 'intensitet', med stort rom for lokale tilpasninger, kanskje er mindre 'effektive', men har større resonans og kan nå flere, og dermed ha et betydelig større nedslagsfelt. I deres øyne er intervensjoner med høy intensitet og en tydelig definert 'dosering', som gir umiddelbare resultater, trolig lite overførbare til og dermed anvendelige i praksis. Slike studier vil, ifølge Glasgow mfl. (1999) ha høy intern validitet, men være plaget av lav ekstern validitet, hvor motsatt vil være tilfelle for intervensjoner med lavere intensitet og større lokale tilpasningsmuligheter. Basert på Glasgow mfl. (1999) er det imidlertid fortsatt vesentlig å evaluere etterlevelse eller fidelitet, fordi enkelte lokale tilpasninger vil kunne hevdes å være mer enn utøvelse av fleksibilitet. Dette er i tråd med Lendrum og Humphrey (2012), som også foreslår å skille mellom tilpasning og manglende fidelitet, hvor et springende punkt er hvorvidt tilpasningene gir mer lokalt eierskap og øker forpliktelsen gjennom synliggjøring av lokal relevans.

Durlak og DuPre (2008) omtaler tilpasning/fleksibilitet og kompatibilitet/kontekstvennlighet som innovative karakteristika ved implementering som kan øke organisasjonens kapasitet. Ifølge Lendrum og Humphrey (2012) går ikke manglende etterlevelse i form av lokale tilpasninger nødvendigvis på bekostning av et positivt utfall, fordi slike tilpasninger kan være hensiktsmessige for å sikre den langsiktige effektiviteten og videreføringen av ny praksis, og ikke minst at tiltaket blir 'kontekstvennlig'. Ifølge Durlak og DuPre (2008) finnes det også studier som viser at tilpasninger har gitt *forbedrede* utfall. Med andre ord vil tiltakets kompatibilitet med konteksten og dets tilpasningsmuligheter styrke dets forankring i praksisfellesskapet. Vi er med det over på det siste kriteriet foreslått av Cuban (1998), varighetskriteriet. Dette handler om hvorvidt tiltak og reformer overlever eksperimentet eller den første tiden etter implementering (Cuban 1998). Ifølge Durlak og DuPre (2008) er varighet og opprettholdelse avhengig av effektiv implementering og høy kapasitet, noe som er best sikret i flate arbeidsorganisasjoner med høy grad av inkludering i beslutningsprosesser, noe som ofte anses å kjenne-tegne norsk arbeidsliv generelt, inkludert skolen. De hevder videre at jo mer kompatibelt og tilpasset et tiltak er, jo lettere er det å, gjennom kollektive beslutningsprosesser, å integrere det med eksisterende praksiser og institusjonalisere det i organisasjonen.

I hovedstudien la vi særlig vekt på effektivitetsvurderingen og fidelitet. Samtidig var den viktigste komponenten i tiltaket selve økningen i helsesykepleierressursen ved tiltaksskolene. Som vist i hovedstudien, var økningen slik den var forventet å være ved de aller fleste tiltaksskolene (Federici m.fl., 2020). Det var lokal variasjon og tilpassing av hva den økte ressursen ble brukt til ved skolene, men dette var i tråd med både føringene i prosjektet samt hva den nasjonale retningslinjen for skolehelsetjenesten legger opp til. For å gjøre mer inngående analyser valgte vi i den kvalitative delen av oppfølgingsstudien blant annet å be informantene reflektere over funn knyttet til disse to aspektene, men også å inkludere dette større settet med kriterier for å kunne analysere informantenes perspektiver og utsagn.

3.3 Oppsummering

Utgangspunktet for oppfølgingsstudien var empirisk og eksplorerende, samtidig som studier indikerer at universelle tiltak kan ha betydning for grupper av individer. Selv om helsesykepleier i gjennomføringen særlig skulle arbeide systemrett og strukturert, stod ikke dette i motsetning til å arbeide individrettet. Det kan også være at de systemrettede elementene også bedre treffer grupper av elever. På bakgrunn av dette undersøker vi hvorvidt tiltaket kan ha hatt betydning for undergrupper. I de kvalitative analysene undersøker vi videre om helsesykepleier hadde særlig oppmerksomhet mot sårbare elever. To analytiske perspektiv presenteres, disse benyttes i den kvalitative gjennomgangen og i diskusjonsdelen av rapporten.

4 Effekter av en økt helsesykepleierressurs?

I hovedstudien (Federici mfl., 2020) undersøkte vi hvorvidt en økt helsesykepleierressurs førte til endringer i elevenes opplevde læringsmiljø, fravær og skoleprestasjoner. Resultatene fra den studien viste blant annet at elevene som gikk i 6. trinn ved tiltaksskolene skoleåret 2017/2018 presterte bedre på samtlige nasjonale prøver i 8. klasse sammenlignet med elevene ved kontrollskolene. Til tross for det, var ikke de gjennomsnittlige økningene statistisk signifikante, og man kunne dermed ikke konkludere med at tiltaket hadde effekt på elevenes skoleprestasjoner.

Elevene i hovedstudien var eksponert for en økt helsesykepleierressurs i 1,5 år. I dette kapitlet analyser vi effektene av tiltaket for kohorten som gikk i 5. trinn skoleåret 2017/2018 og som dermed var eksponert for tiltaket med økt helsesykepleierressurs i to år. Formålet med de nye analysene er å undersøke om en eksponering av lengre varighet fører til at effektene eventuelt endrer seg. I tillegg ser vi også nærmere på om tiltaket har hatt en effekt for undergrupper av elever – grupper som muligens kan ha hatt et større utbytte av et slikt tiltak. Disse gruppene er i) svakt presterende elever, ii) elever med minoritetsbakgrunn og iii) elever med lavt utdannede foreldre.

4.1 Forskningsmetodisk tilnærming

Forskningsprosjektet ble gjennomført som et randomisert kontrollert eksperiment hvor tiltaksskolene ble tildelt en økt helsesykepleierressurs. Formålet med tilfeldig tildeling er at man får tiltaksskoler og kontrollskoler som i gjennomsnitt er sammenliknbare. Da kan man bruke resultatene til elevene ved kontrollskolene som et estimat på forventede utfall for elevene ved tiltaksskolene – hva man antar dette ville blitt i fravær av tiltaket. Den gjennomsnittlige forskjellen mellom tiltaks- og kontrollskolene er da den estimerte effekten av tiltaket.

En fordel med å fordele tilfeldig er at man unngår at skoler selekteres til tiltaket. Seleksjon er problematisk når man skal estimere kausale effekter, fordi det eksempelvis kan være slik at skoler som har størst forventet effekt av tiltaket er de

samme som ønsker å delta i tiltaket. Seleksjon vil dermed potensielt føre til systematiske forskjeller mellom de som velger seg til et tiltak og øvrige, og det kan føre til at den gjennomsnittlige effekten av tiltaket overestimeres.

Antagelsen som ligger til grunn i denne effektanalysen er at utfallene til elevene ved kontrollskolene gir et estimat på hvordan det ville gått med elevene på tiltaksskolene i fravær av en økt helsesykepleierressurs. Det betyr også at vi antar at elevene ved tiltaks- og kontrollskolene er like langs alle relevante dimensjoner som kan påvirke effekten av tiltaket, bortsett fra at elevene ved tiltaksskolene har blitt eksponert for økt helsesykepleierdekning. Man kan da tolke gjennomsnittsforskjellen mellom tiltaks- og kontrollskolene som den kausale gjennomsnittlige effekten av tiltaket.⁷ For å beregne effekten av tiltaket estimerer vi følgende ligning:

$$(1) \quad y_{ist} = \alpha + \beta_1 Tiltak_s + \gamma_{j(s)} + y(t_0)_i + \varepsilon_{ijst},$$

hvor Y_{ist} er utfallsvariabelen i analysen, som måles for individ i ved skole s på tidspunkt t . I denne analysen ser vi på elevene sine resultater på nasjonale prøver i 8. klasse. $Tiltak_s$ er en indikator som er lik 1 dersom eleven gikk på en skole som tok ekstra helsesykepleierressurs og 0 ellers. β_1 er koeffisienten som viser forskjeller i utfallene mellom elever som gikk på tiltaks- og kontrollskolene, og den estimerte parameteren tolkes som den gjennomsnittlige effekten av tiltaket. I resultattabellene er det dermed estimatet for β_1 som er rapportert. $\gamma_{j(s)}$ er en fast effekt for hvilket stratum skolen tilhører, mens $y(t_0)_i$ kontrollerer for elevenes prestasjoner på nasjonale prøver i 5. klasse. $y(t_0)_i$ korrigerer dermed for mulige observerbare forskjeller i elevprestasjoner på tiltaks- og kontrollskolene før de ble randomisert inn til tiltaket.

4.2 Effekter på skoleprestasjoner: nasjonale prøver

En fordel med registerdata, slik som data fra nasjonale prøver, er at disse innhentes uten direkte tilknytning til prosjektet. Det er dermed mindre sannsynlig at gjennomføringen av nasjonale prøver ved tiltaks- og kontrollskolene blir gjort på ulike måter. I dataene kan man i tillegg følge elevene sine skoleprestasjoner over tid for å estimere effekten av tiltaket. Registerdata gir også tilgang til demografisk informasjon, som gjør at vi kan analysere effektene av tiltaket for undergrupper. Et viktig mål med opsjonen er å undersøke om gjennomsnittseffektene skjuler at tiltaket har vært til hjelp for enkelte undergrupper.

Hovedformålet med å gjenta analysen fra hovedstudien er altså å undersøke om en lenger eksponering av økt helsesykepleierressurs påvirker utfall som skoleprestasjoner, i tillegg til å studere effekten av tiltaket på nye undergrupper. Vi

⁷ Vi bruker i denne rapporten den samme metodiske tilnærmingen som i Federici mfl. (2020), som inneholder en mer utfyllende beskrivelse av metoden som er brukt i den empiriske analysen.

studerer kohorten som gikk i 5. klasse ved tiltaks- og kontrollskolene i skoleåret 2017/2018, og de estimerte gjennomsnittseffektene fra denne analysen kan sammenliknes med estimatene i hovedstudien (Federici mfl., 2020). I den forrige analysen var utvalget elever som gikk i 6. klasse i skoleåret 2017/2018 og disse hadde seks måneder kortere eksponering mot tiltaket enn de elevene som nå analyseres.

Utvalget

Tabell 4.1 viser deskriptive kjennetegn ved utvalget. Omtrent 10 prosent av elevene i utvalget er minoritetselever og 51 prosent er gutter. Femtiseks prosent av elevene har minst en forelder som har høyere utdanning som høyeste utdanningsnivå, mens 34 prosent og 9 prosent av elevene har minst en forelder som har henholdsvis videregående opplæring og grunnskole som høyeste fullførte utdanningsnivå.

Tabell 4.1: Deskriptiv beskrivelse av 2017-kohorten

	Gjennomsnitt	Standardavvik	# elever
Minoritet	0.10		2940
Gutt	0.51		2940
Foreldrenes utdanningsnivå:			
Grunnskole	0.09		2940
Videregående	0.34		2940
Høyere utdanning	0.56		2940
Informasjon mangler	0.01		2940
Nasjonale prøver 5, trinn (baseline)			
Regning mangler	0.06		2940
Skalapoeng, regning	49.15	(9.61)	2766
Lesing mangler	0.07		2940
Skalapoeng, lesing	49.42	(9.54)	2743
Engelsk mangler	0.07		2940
Skalapoeng, engelsk	48.98	(9.54)	2742
Nasjonale prøver 8, trinn (utfallsmål):			
Engelsk mangler	0.06		2940
Lesing mangler	0.06		2940
Regning mangler	0.06		2940
Regning, skalapoeng	48.55	(9.32)	2968
Lesing, skalapoeng	49.05	(9.00)	2964
Engelsk, skalapoeng	49.04	(9.57)	2949

Note: Minoritet er en indikator som er lik 1 dersom eleven selv er født i utlandet eller at den er født i Norge av utenlandsfødte foreldre. Foreldres utdanningsnivå er lik utdanningsnivået til den av foreldrene som har det høyeste fullførte utdanningsnivået.

Videre viser tabellen at resultatene på alle de tre nasjonale prøvene ligger nær landsgjennomsnittet på 50 poeng, noe som er en indikasjon på at utvalget i

prosjektet er representativt for elevmassen i landet som helhet. Rundt 6 til 7 prosent av elevene mangler resultater på nasjonale prøver, avhengig av hvilken prøve vi ser på, og alle disse observerbare karakteristikkene er omtrent uendret fra det forrige kullet som ble studert i Federici mfl. (2020).

I analysene presenterer vi estimatene for effekten tiltaket har hatt på elevenes prestasjoner på nasjonale prøver i 8. trinn. Dette gjøres ved bruk av regresjonen som er spesifisert i likning (1). Populasjonen består av kullet som har hatt økt helsesykepleierdekning i 2 år, det vil si våren 2018 til og med høsten 2019. Innad i hvert stratum var det i gjennomsnitt 234 færre elever per helsesykepleier ved tiltaksskolene enn ved kontrollskolene i denne toårsperioden, og det er denne intensiteten og varigheten vi måler effekten av når vi sammenligner resultatene på nasjonale prøver på 8. trinn for tiltaksskolene med kontrollskolene.

Utfallsmål

Utfallsmålene vi benytter er skalapoeng fra de nasjonale prøvene på 8. trinn i regning, lesing og engelsk. På landsbasis er resultatene standardisert slik at gjennomsnittsverdien er 50 og standardavviket er 10. I tabell 4.2 sjekker vi om observerbare kjennetegn ved elevene er like mellom tiltaks- og kontrollgruppen. Dette er gjort ved å erstatte utfallsvariabelen i likning (1) med ulike observerbare kjennetegn som er målt før oppstart av tiltaket.

Estimatene i tabell 4.2 (neste side) viser at ingen av forskjellene i de observerbare karakteristikkene er statistisk signifikant forskjellig fra 0. Dette er som forventet og samsvarer med at randomiseringen i tiltaks- og kontrollgrupper har fungert. Randomiseringen har altså ført til at elevgruppene ved tiltaks- og kontrollskolene er sammenlignbare i observerbare kjennetegn i gjennomsnitt, og dette gjelder også når vi ser på resultater på nasjonale prøver i 5. trinn. Elevene ved tiltaks- og kontrollskolene hadde dermed i gjennomsnitt sammenliknbare skolerresultater før tiltaket med helsesykepleiere ble innført.

Når vi sjekker sammenliknbarheten mellom tiltaks- og kontrollskolene i denne analysen, er det også viktig å sjekke om det var forskjeller mellom dem når det gjelder andelen elever som manglet resultater på nasjonale prøver i 8. klasse. I prinsippet vil alle systematiske forskjeller som kan påvirke utfallene være en bekymring, da disse kan føre til at elevene ved tiltaks- og kontrollskolene ikke er sammenlignbare. Dersom det er forskjeller i andelen elever som mangler resultater på nasjonale prøver, kan man eksempelvis tenke seg at dette er en situasjon som har oppstått fordi skolene i en av gruppene systematisk har sortert ut enkelte elever fra å delta på de nasjonale prøvene. Dette vil da føre til at de to gruppene i mindre grad er sammenliknbare. Vi presenterer resultatene for forskjellen i andel

elevene ved tiltaks- og kontrollskoler som mangler resultater på nasjonale prøver på 8. trinn i tabell 4.3.

Tabell 4.2: Forskjell mellom tiltaks- og kontrollskoler, observerbare kjennetegn på elevene i 2017 kohorten

	Tiltak	# elever	# skoler
Minoritet	-0.001 (0.015)	2940	107
Gutt	-0.000 (0.018)	2940	107
Foreldrenes utdanningsnivå:			
Grunnskole	0.002 (0.011)	2940	107
Videregående	0.015 (0.020)	2940	107
Høyere utdanning	-0.016 (0.020)	2940	107
Informasjon mangler	-0.001 (0.003)	2940	107
Nasjonale prøver 5. trinn (baseline)			
Regning mangler	0.011 (0.010)	2940	107
Skalapoeng, regning	-0.785 (0.661)	2766	107
Lesing mangler	0.006 (0.010)	2940	107
Skalapoeng, lesing	-0.703 (0.533)	2743	107
Engelsk mangler	0.005 (0.010)	2940	107
Skalapoeng, engelsk	-0.120 (0.588)	2742	107

Note: Signifikansnivå: ***1 %, **5 %, *10 %. Standardfeil, klustret på skolenivå, er rapportert i parentes. Hver koeffisient kommer fra en separat regresjon, og referer til β fra regresjon (1) og viser forskjellen i observerbare kjennetegn mellom elever på tiltaksskoler sammenlignet med kontrollskoler. Alle regresjonene kontrollerer for strata faste effekter. Minoritet er en indikator som er lik 1 dersom eleven selv er født i utlandet eller at den er født i Norge av utenlandsfødte foreldre. Foreldres utdanningsnivå er lik utdanningsnivået til den av foreldrene som har det høyeste fullførte utdanningsnivået.

Tabell 4.3: Forskjell mellom tiltaks- og kontrollskoler i andel som mangler resultater på nasjonale prøver

	Tiltak	# elever	# skoler
Mangler resultater på NP8. engelsk	-0.001 (0.009)	2940	107
Mangler resultater på NP8 lesing	0.002 (0.009)	2940	107
Mangler resultater på NP8, regning	0.003 (0.010)	2940	107

Note: Signifikansnivå: ***1 %, **5 %, *10 %. Hver koeffisient kommer fra en separat regresjon, og referer til β fra regresjon (1) og viser forskjellen i andel som mangler resultater på nasjonale prøver mellom elever på tiltaksskoler sammenlignet med kontrollskoler. Alle regresjonene kontrollerer for kjønn, strata faste effekter og resultater på nasjonale prøver på 5. trinn.

Tabell 4.3 viser at det i like stor grad mangler resultater fra nasjonale prøver i 8. trinn for de elevene som gikk på en tiltaksskole og de elevene som gikk på en kontrollskole i 5. trinn i 2017. Forskjellene mellom de to gruppene er 0,3 prosentpoeng eller mindre for alle tre prøvene, og ingen av de observerbare forskjellene er statistisk signifikant forskjellig fra null. Forskjellen i andelen som fullførte nasjonale prøver er dermed ikke større enn det som kan skyldes tilfeldig variasjon. Vanligvis er det elever med vedtak om spesialundervisning eller særskilt språkopplæring som kan få innvilget fritak fra å ta nasjonale prøver, og i vårt utvalg har tiltaks- og kontrollskolene i like stor grad fått elevene til å delta.

Siden vi finner balanse i både observerbare karakteristikk og andel elever som gjennomførte nasjonale prøver i 8. klasse, er det ikke behov for analyser som ekskluderer de strata med størst observerbare forskjeller. Slike robusthetssjekker var nødvendig i hovedstudien (Federici mfl., 2020) da det var tilfeller av ubalanse når det gjaldt lesing i 8. klasse.

Gjennomsnittseffekt på skoleprestasjoner

Tabell 4.4 viser gjennomsnittsforskjellen i skalapoeng mellom tiltaks- og kontrollskolene på nasjonale prøver i 8. trinn når vi inkluderer alle skoler og strata.

Tabell 4.4: Forskjell mellom tiltaks- og kontrollskoler, gjennomsnittseffekt

	NP8, Engelsk	NP8, Lesing	NP8, Regning
Tiltak	0.451 (0.372)	-0.293 (0.415)	0.182 (0.388)
# elever	2647	2654	2676
# skoler	107	107	107

Note: Signifikansnivå: ***1 %, **5 %, *10 %. Hver koeffisient kommer fra en separat regresjon og referer til β_j fra likning (1), og viser forskjellen i resultater på nasjonale prøver mellom elever som gikk på tiltaksskoler sammenlignet med kontrollskoler. Standardfeil er klustret på skolenivå, og er rapportert i parentes. Alle regresjonene kontrollerer for strata faste effekter og individuelle resultater fra den respektive nasjonale prøven på 5. trinn.

Tabellen viser at resultatene på nasjonale prøver i 8. trinn er bedre i engelsk og regning ved tiltaksskolene enn ved kontrollskolene. I lesing gjorde elever ved kontrollskolene det bedre. Selv om punkttestimatene for effekten av tiltaket på skoleprestasjoner varierer fra -0,293 skalapoeng i lesing til 0.451 skalapoeng i engelsk, er ingen av forskjellene mellom tiltaks- og kontrollskolene statistisk signifikant forskjellig fra null. Disse forskjellene kan dermed ha oppstått på grunn av naturlig variasjon i data.

Dersom vi standardiserer utfallsvariablene og studerer resultatene som prosent av et standardavvik, varierer de estimerte effektene fra -3.3 til 4.7 prosent av et standardavvik. Dette regnes som små effekter, og de er i tillegg mindre enn den effektstørrelsen som dette prosjektet er skalert for å fange opp.

Forskjeller mellom effekter på gutter og jenter

I tabell 4.5 gjennomfører vi en heterogenitetsanalyse for de estimerte gjennomsnittsestimatene. Målet med heterogenitetsanalysen er å undersøke om de estimerte gjennomsnittseffektene i tabell 4.4 skjuler at tiltaket har hatt en effekt for enkelte undergrupper. I første del av undergruppeanalysen kategoriserer vi elevene etter kjønn, antall elever per helsesykepleier høsten 2017 og elevprestasjoner før tiltaket ble gjennomført. Alle undergruppene er definert etter karakteristikene de hadde før tiltaket ble introdusert, og analysen er sammenliknbar med undergruppeanalysen som ble gjennomført i Federici mfl. (2020).

Tabell 4.5: Forskjell mellom tiltaks- og kontrollskoler, undergrupper

	NP8, Engelsk			NP8, Lesing			NP8, Regning		
Panel A	Kjønn								
	gutt	jente	p-verdi	gutt	jente	p-verdi	gutt	jente	p-verdi
Tiltak	0.028	0.892*	0.057*	-0.579	0.029	0.139	0.455	-0.040	0.276
	(0.419)	(0.454)		(0.494)	(0.439)		(0.476)	(0.428)	
# elever	1328	1319		1322	1332		1334	1342	
# skoler	107	106		107	106		107	106	
Panel B	Elever per helsesykepleier i gjennomsnitt høst 2017								
	under median	over median	p-verdi	under median	over median	p-verdi	under median	over median	p-verdi
Tiltak	0.385	1.223*	0.295	-0.327	0.950*	0.157	0.560	0.951	0.657
	(0.485)	(0.638)		(0.741)	(0.511)		(0.487)	(0.735)	
# elever	1341	1306		1351	1303		1353	1323	
# skoler	62	45		62	45		62	45	
Panel C	Gjennomsnittresultat på NP i 5. trinn								
	under median	over median	p-verdi	under median	over median	p-verdi	under median	over median	p-verdi
Tiltak	0.425	0.600	0.701	-0.194	-0.362	0.706	0.037	0.473	0.381
	(0.437)	(0.435)		(0.414)	(0.501)		(0.409)	(0.503)	
# elever	1303	1344		1308	1346		1322	1354	
# skoler	106	107		107	107		107	107	

Note: Signifikansnivå: ***1 %, **5 %, *10 %. Standardfeil, klustret på skolenivå, er rapportert i parentes. Hver koeffisient kommer fra en separat regresjon og viser forskjellen mellom elever på tiltaksskoler sammenliknet med kontrollskoler. Alle regresjonene kontrollerer for kjønn, strata faste effekter og resultater fra den respektive nasjonale prøven på 5. trinn. P-verdien referer til p-verdien for en t-test som viser om resultatene for de ulike undergruppene er statistisk signifikant forskjellig fra hverandre.

I panel A ser vi at ingen av de estimerte effektene av tiltaket på nasjonale prøver, for hverken gutter eller jenter, er statistisk signifikante på 5 % nivå. Samlet sett tyder våre estimater dermed på at tiltaket ikke har hatt en gjennomsnittlig effekt på skoleprestasjonen for hverken gutter eller jenter på nasjonale prøver i 8. klasse.

I panel B i tabell 4.5 sammenlikner vi effekten av tiltaket for elever som gikk på skoler med helsesykepleierdekning over og under medianen før tiltaket ble satt i gang. Ingen av estimatene i panel B er hver for seg statistisk forskjellig fra null, og p-verdiene tyder også på at punktestimatene ikke er statistisk forskjellige fra hverandre når vi bruker et 5 % signifikansnivå. Estimatene er dermed ikke statistisk forskjellig fra null, og p-verdiene i panel B tyder på at de estimerte tiltaks-effektene ikke er forskjellig for elever som gikk på skoler med i utgangspunktet høy og lav helsesykepleierdekning.

Panel C viser forskjellen mellom elever ved tiltaksskoler sammenlignet med kontrollskoler for elever som lå henholdsvis under og over medianen på nasjonale prøver på 5. trinn. P-verdiene i panel C viser at punktestimatene for tiltakseffekten er sammenliknbare for alle tre prøvene når det gjelder elever som i 5. trinn lå under og over medianen på nasjonale prøver. Ingen av de estimerte tiltakseffektene er heller statistisk forskjellig fra null. I vår analyse finner vi dermed ingen undergrupper som i gjennomsnitt har hatt en effekt av tiltaket dersom effektene vurderes mot et 5 % signifikansnivå.

Effekt på skoleprestasjoner: undergrupper

I videre analyser presenterer vi estimater for effekten av tiltaket for i) svakt presterende elever, ii) elever med minoritetsbakgrunn og iii) elever med lavt utdannede foreldre. Tilsvarende analyser ble ikke gjort i hovedstudien. Vi benytter de samme data som tidligere i kapittelet og formålet er å undersøke om gjennomsnittseffektene skjuler at enkelte undergrupper har hatt en mulig effekt av tiltaket. En slik situasjon kan oppstå dersom en mindre gruppe opplever en effekt av tiltaket, men gruppen er for liten til å påvirke gjennomsnittet når man studerer hele elevpopulasjonen samlet. Rasjonale for analysene er primært datadrevet, men også med utgangspunkt i tidligere litteratur.⁸

Effekt på skoleprestasjoner etter tidligere prestasjoner

I første del av tilleggsanalysen deler vi elevene opp etter hvilket kvartil de tilhørte basert på resultatene fra nasjonale prøver i 5. trinn. Dette er dermed en utvidet analyse av estimatene vist i tabell 4.5 hvor elevene ble gruppert over eller under

⁸ Vi ønsker å gjøre oppmerksom på at tiltaket ikke er randomisert innad i gruppene som studeres i de nye undergruppeanalysene. Det er dermed sannsynlig at det er ubalanse i enkelte undergrupper, og det er derfor viktig vise til at dette er eksplorerende analyser.

median. I tabell 4.6 estimerer vi effekten av en ekstra helsesykepleierressurs på resultatene i lesing på nasjonale prøver i 8. trinn. Elevene ved tiltaks- og kontrollskolene deles i kvartiler etter hvordan de presterte på nasjonale prøver i lesing i 5. trinn., og resultatene i tabell 4.6 viser at tiltaket ikke hadde en gjennomsnittlig statistisk signifikant effekt på elevene i noen av kvartilene. Estimaten tyder på at tiltaket i liten grad har påvirket elevenes resultater i lesing, og det er liten forskjell i hvordan elevene er påvirket av tiltaket når de grupperes etter tidligere skoleprestasjoner. Den estimerte gjennomsnittseffekten ser dermed ut til å være et relativt representativt mål for tiltakseffekten, uavhengig av hvor godt elevene presterte på skolen før tiltaket ble iverksatt.

Tabell 4.6: Forskjell mellom tiltaks- og kontrollskoler på NP8 etter prestasjon på NP5, lesing

	1.kvartil	2.kvartil	3.kvartil	4.kvartil
Tiltak	0.044 (0.531)	-0.164 (0.559)	-0.267 (0.579)	-0.970 (0.721)
# elever	645	673	671	665
# skoler	100	103	102	101

Note: Signifikansnivå: ***1 %, **5 %, *10 %. Standardfeil, klustret på skolenivå, er rapportert i parentes. Hver koeffisient kommer fra en separat regresjon og viser forskjellen mellom elever på tiltaksskoler sammenlignet med kontrollskoler innad i et kvartil. Alle regresjonene kontrollerer for strata faste effekter og resultater fra den respektive nasjonale prøven på 5. trinn.

I likhet med estimatene på tiltakseffekten på leseferdigheter, viser estimatene i tabell 4.7 at en ekstra helsesykepleierressurs heller ikke påvirker skoleprestasjonene for noen av kvartilene når det gjelder nasjonale prøver i regning på 8. trinn. Effektene er små for alle fire kvartilene, og ingen av dem er statistisk signifikant forskjellig fra null. Estimaten viser dermed at effekten av tiltaket i liten grad påvirket elevenes prestasjoner i regning.

Tabell 4.7: Forskjell mellom tiltaks- og kontrollskoler på NP8 etter prestasjon på NP5, regning

	1.kvartil	2.kvartil	3.kvartil	4.kvartil
Tiltak	-0.171 (0.351)	-0.428 (0.525)	0.491 (0.479)	0.771 (0.864)
# elever	655	669	671	681
# skoler	95	103	103	103

Note: Signifikansnivå: ***1 %, **5 %, *10 %. Standardfeil, klustret på skolenivå, er rapportert i parentes. Hver koeffisient kommer fra en separat regresjon og viser forskjellen mellom elever på tiltaksskoler sammenlignet med kontrollskoler. Alle regresjonene kontrollerer for strata faste effekter og resultater fra den respektive nasjonale prøven på 5. trinn.

Når effekten av tiltaket måles i antall skalapoeng på nasjonale prøver i engelsk i 8. trinn, finner vi et statistisk signifikant og positivt estimat for 3. kvartil (tabell 4.8).

Tabell 4.8: Forskjell mellom tiltaks- og kontrollskoler på NP8 etter prestasjon på NP5, engelsk

	1.kvartil	2.kvartil	3.kvartil	4.kvartil
Tiltak	-1.014*	0.839	1.244**	0.772
	(0.545)	(0.579)	(0.543)	(0.478)
# elever	648	667	671	661
# skoler	96	102	105	97

Note: Signifikansnivå: ***1 %, **5 %, *10 %. Standardfeil, klustret på skolenivå, er rapportert i parentes. Hver koeffisient kommer fra en separat regresjon og viser forskjellen mellom elever på tiltaksskoler sammenlignet med kontrollskoler. Alle regresjonene kontrollerer for strata faste effekter og resultater fra den respektive nasjonale prøven på 5. trinn.

I og med at vi ikke har randomisert tiltaket innad i kvartiler er det naturlig at disse estimatene kan lage noe støy, og her velger vi å ikke lese for mye inn i dette siden de fleste regresjonene viser små eller ingen effekter. Man forventer også å finne noen signifikante estimater når man kjører mange regresjoner i en spesifisert undergruppeanalyse, deriblant noen falske positive eller falske negative estimater. Det er vanskelig å tolke estimatet dithen at tiltaket kun har påvirket tredje kvartil i engelsk og det er dermed trolig mer naturlig å anta at dette er et resultat av tilfeldig variasjon i data. Fra et strengt empirisk perspektiv burde man bruke multipel hypotesetesting for å ta hensyn til at vi her tester flere hypoteser (fire kvartiler) samtidig (Romano og Wolf, 2005). Det statistisk signifikante estimatet for 3. kvartil er ikke statistisk signifikant dersom vi tar hensyn til at vi tester fire hypoteser samtidig.

Effekt på skoleprestasjoner etter minoritetsbakgrunn

Tabell 4.9 viser estimatene for effekten av tiltaket på skoleprestasjonene til minoritetselever på nasjonale prøver i 8. trinn. Ingen av de estimerte effektene er statistisk forskjellige fra null når vi bruker et signifikansnivå på 5 %. I likhet med tidligere estimater ser det heller ikke ut til at en ekstra helsesykepleierressurs har en effekt på skolerresultatene til minoritetselever, hverken i engelsk, regning eller lesing. Det er verdt å poengtere at det er få minoritetselever ved tiltaksskolene, og prosjektet er dermed kun skalert til å finne store effekter blant minoritetselever.

Tabell 4.9: Forskjell mellom tiltaks- og kontrollskoler på NP8 etter minoritetsbakgrunn

	Engelsk	Regning	Lesing
Tiltak	0.112 (0.883)	-0.002 (0.900)	-1.287 (0.782)
# elever	249	254	236
# skoler	69	68	66

Note: Signifikansnivå: ***1 %, **5 %, *10 %. Standardfeil, klustret på skolenivå, er rapportert i parentes. Hver koeffisient kommer fra en separat regresjon og viser forskjellen mellom elever på tiltaksskoler sammenlignet med kontrollskoler. Alle regresjonene kontrollerer for strata faste effekter og resultater fra den respektive nasjonale prøven på 5. trinn.

Effekt på skoleprestasjoner etter foreldrene sitt utdanningsnivå

Det kan tenkes at tiltaket med en ekstra helsesykepleierressurs kan ha ulik påvirkning når det gjelder elever med ulik sosioøkonomisk bakgrunn. I tabell 4.10 undersøker vi om tiltaket har hatt ulik effekt etter foreldrenes høyeste oppnådde utdanning. I heterogenitetsanalysen finner vi ingen statistisk signifikante estimater i hverken lesing, regning eller engelsk.

Tabell 4.10: Forskjell mellom tiltaks- og kontrollskoler på NP8 etter foreldrenes utdanningsnivå

	Grunnskoleutdannet	Videregående skole	Høyere utdanning
Lesing			
Tiltak	1.156 (0.964)	-0.506 (0.492)	-0.338 (0.469)
# elever	207	899	1540
# skoler	83	104	107
Regning			
Tiltak	0.758 (0.778)	-0.111 (0.466)	0.329 (0.469)
# elever	221	897	1549
# skoler	87	104	107
Engelsk			
Tiltak	0.976 (1.189)	-0.043 (0.443)	0.843** (0.415)
# elever	213	887	1539
# skoler	83	105	107

Note: Signifikansnivå: ***1 %, **5 %, *10 %. Standardfeil, klustret på skolenivå, er rapportert i parentes. Hver koeffisient kommer fra en separat regresjon og viser forskjellen mellom elever på tiltaksskoler sammenlignet med kontrollskoler. Alle regresjonene kontrollerer for strata faste effekter og resultater fra den respektive nasjonale prøven på 5. trinn.

I likhet med undergruppeanalysene som studerte elevene etter skoleprestasjoner og analysene for minoritets elever, tyder estimatene i tabell 4.10 dermed på at tiltaket i liten grad har påvirket skolerestater, selv om elever med høyt utdannede foreldre ved tiltaksskolene presterer litt bedre enn tilsvarende elever ved kontrollskolene. Estimaten tilsier at ingen av de undergruppene vi har studert er sterkt påvirket av ekstra helsesykepleierressurs – når vi bruker skoleprestasjoner som utfallsmål.

4.3 Oppsummering

Resultatene på nasjonale prøver i 8. trinn for engelsk og regning er noe høyere ved tiltaksskolene sammenlignet med kontrollskolene. Det er likevel ingen statistisk signifikante effekter av tiltaket på gjennomsnittsprestasjonene for noen av prøvene, og analysene av undergrupper viser heller ingen effekter på nasjonale prøver for hverken gutter eller jenter. Videre gjorde vi analyser av undergrupper som ikke ble studert i hovedstudien. Heller ikke i disse undergruppene fant vi noen betydningsfulle effekter av tiltaket, selv om estimatet for 3. kvartil i engelsk og estimatet for elever med høyt utdannede foreldre var positivt og statistisk signifikant. I og med at vi ikke har randomisert tiltaket innad i kvartiler, samtidig som vi kjører svært mange regresjoner, er det naturlig at vi finner noen signifikante estimater gjennom naturlig variasjon i data. De fleste estimatene i analysen viser små eller ingen effekter, samt at funnene ikke er statistisk signifikant dersom vi tar høyde for multipel hypotesetesting. Vår vurdering er dermed at resultatene skyldes tilfeldigheter og ikke tiltaket.

Sentrale punkter fra dette kapitlet

- Analysene som gjentar tidligere analyser, men med data fra en ny kohort, viser stort sett samme resultater som presentert i hovedstudien (Federici mfl. (2020).
- Estimaten i analysen tyder på at en lengre eksponering av økt helsesykepleierressurs i liten grad forandrer de estimerte effektene i Federici mfl. (2020).
- Nye analyser finner ingen klare effekter av tiltaket på undergrupper. Tiltaket ser ikke ut til å påvirke skolerestater til hverken svakt presterende elever, minoritets elever eller elever som har foreldre med lav utdanning.

5 En kvalitativ oppfølgingsstudie

I dette kapittelet presenterer vi resultatene fra den kvalitative delen av oppfølgingsstudien. Samlet var formålet med denne å utdype funn fra hovedstudien og utvalgte tema, samt gi ytterligere innsikt i hvordan helsesykepleiere, rektorer og kommunale ledere opplevde gjennomføringen, videreførte erfaringer fra prosjektet og deres læringsutbytte.

5.1 Tema, informanter og metode

I forkant av videreføringen skisserte vi konkrete tema som vi ønsket å undersøke nærmere i den kvalitative oppfølgingsstudien. Disse var 1) å følge opp funn fra effektstudien (eksempelvis resultater på nasjonale prøver og digital mobbing) og undersøke om det var gjort tiltak som kunne bidra til å forklare disse, 2) belyse organiseringen og oppfatninger av skolehelsetjenesten innad i kommuner, 3) undersøke om deltakelsen i prosjektet hadde ført til endret eller økt fokus på grupper av elever, blant annet ved å se om det var skoler der helsesykepleiere og lærere hadde jobbet særlig tett sammen om sårbare elever eller grupper av elever, og 4) hvorvidt koronasituasjonen førte til at det ble arbeidet mer systemrettet enn tidligere og i hvilken grad dette involverte flere fagprofesjoner.

I oppfølgingsstudien utvidet vi disse temaene noe og undersøkte i tillegg hvilke generelle refleksjoner deltakerne hadde om prosjektdeltakelsen etter at dette var avsluttet. For eksempel var vi opptatt av deres betraktninger knyttet til generelle erfaringer, videreføring og læringsutbytte. Vi har også sett nærmere på hvordan kommunene legger føringer for innholdet i samarbeidet mellom skole og skolehelsetjeneste. Resultatene fra hovedstudien viste at samarbeidet ofte baserte seg på den personlige relasjonen mellom rektor og helsesykepleier. Det var derfor interessant å undersøke hvilke grep kommunene tar for å sikre at samarbeidet ikke bare baseres på personlige relasjoner. Vi var også særlig opptatt av å undersøke om deltakelsen i prosjektet hadde ført til at helsesykepleiere, gjennom de økte ressursene, hadde endret eller gitt økt oppmerksomhet til grupper av elever, som av ulike årsaker var sårbare eller utsatte. Ambisjonen i prosjektet var å styrke det strukturerte samarbeidet mellom skole og skolehelsetjeneste med et systemrettet

fokus. I den grad helsesykepleiers innsats var forankret i et systemfokus, ønsket vi å se nærmere på i hvilken grad aktørene opplevde at innsatsen mot utvalgte elever eller elevgrupper hadde endret seg. I enkelte av intervjuene fremkom også tema som vi ikke direkte stilte spørsmål om og presenterer slike der det er relevant.

Informanter og metodisk tilnærming

Datainnsamlingen bestod av intervjuer med representanter fra seks av de tolv prosjektkommunene. Som grunnlag for seleksjonen av informanter og kommuner tok vi utgangspunkt i hver enkelt skole sitt bidrag til gjennomsnittseffektene på utfall i Elevundersøkelsen og skolerresultater i hovedstudien. I disse skolebidragsindikatorene var det ingen skoler som klart utmerket seg på noen måte, og bidragsindikatorene ble derfor ikke avgjørende med tanke på hvem som ble informanter til den kvalitative delen av oppfølgingsstudien. På grunn av lite og tilfeldig variasjon valgte vi følgende kriterier: i) geografisk spredning, ii) oppfølging av aktører fra tidligere kommuner og iii) nye kommuner. Denne tilnærmingen gjorde at vi dermed kunne følge opp fire (av seks) kjente kommuner, hvor vi gjennomførte intervju i hovedstudien, samt studere to kommuner som ikke ble intervjuet i forrige runde.

Ved skolene er det rektor som har ansvar for å tilrettelegge samarbeidet med skolehelsetjenesten. I hver kommune intervjuet vi derfor rektor ved det som var den største tiltaksskolen og den helsesykepleier som hadde ansvar for denne skolen i prosjektperioden. Årsaken til å velge skolene med flest elever var basert på en antagelse om at en ved disse skolene i større grad ville ha opplevd behov for gode samarbeidsrutiner og strukturer, sammenlignet med de mindre skolene. I dag-til-dag samarbeidet er kontaktlærere som samarbeidspartnere til helsesykepleier viktig, men mer perifere når det gjaldt forpliktelsene i gjennomføringen av dette tiltaket. Lærernes perspektiver og erfaringer med samarbeidet er behørig beskrevet i hovedstudien (se Federici mfl., 2020, Helleve mfl., 2020). I oppfølgingsstudien var vi også særlig interessert i å belyse hvordan man på det kommunale nivået forankret og la føringer for samarbeidet mellom skole og skolehelsetjenesten. Dette som en særlig oppfølging av hovedrapporten som blant annet viste at forankringen oppover var uklar. Vi utvidet derfor utvalget informanter til å også inkludere ledere på kommunalt nivå. Tabell 4.1 gir en oversikt over de 24 intervjuene som ble gjennomført.

I enkelte kommuner ble intervjuene med kommuneledelsen gjennomført som felles intervju, mens i andre kommuner (A) ble det av praktiske grunner gjennomført to separate intervjuer. Intervjuene ble gjennomført av tre ulike forskere som hver hadde ansvar for intervjuer i to kommuner. En av kommunene (A) hadde i løpet av prosjektperioden blitt slått sammen med to andre, hvor det kun var den

ene av de tre opprinnelige kommunene som deltok i prosjektet. De fleste informantene var kvinner, men det var variasjon i hvor lenge de hadde vært knyttet til prosjektet. Noen hadde vært med i prosjektet fra oppstart, andre hadde blitt koplet på underveis i prosjektperioden.

Tabell 5.1: Oversikt over informanter i oppfølgingsstudien

Kommune		Tidligere intervju
A	Leder skolesektor	-
	Leder skolehelsetjeneste	-
	Rektor	2019*
	Helsesykepleier	2019*
B	Leder skolesektor	2018 og 2019
	Leder skolehelsetjeneste	2018 og 2019
	Rektor	2018 og 2019
	Helsesykepleier	-
C	Leder skolesektor	-
	Leder skolehelsetjeneste	2018
	Rektor	2018 og 2019
	Helsesykepleier	-
D	Leder skolesektor	-
	Leder skolehelsetjeneste	2018
	Rektor	2018 og 2019
	Helsesykepleier	-
E	Leder skolesektor	-
	Leder skolehelsetjeneste	-
	Rektor	-
	Helsesykepleier	-
F	Leder skolesektor	-
	Leder skolehelsetjeneste	-
	Rektor	-
	Helsesykepleier	-

**) Intervjuene i 2019 ble gjort i prosjektkommunen før kommunesammenslåingen i 2020 hvor tre kommuner ble samlet til en.*

Alle intervjuene ble gjennomført digitalt ved bruk av Teams i perioden februar-april 2021. Det ble benyttet en semi-strukturert intervjuguide med spørsmål knyttet til de tema som var grunnlaget for undersøkelsene (se vedlegg A). Intervjuene varte i gjennomsnitt en time og ble tatt opp digitalt etter muntlig samtykke fra respondentene. Intervjuene ble transkribert og anonymisert. De transkriberte intervjuene ble gjennomlest, kodet og kondensert hver for seg av de tre involverte forskerne (ACB, UM, AH). Deretter diskuterte forskerne seg i fellesskap frem til hva som var hovedfunnene fra datainnsamlingen. Intervjuene ble analysert i tråd med en temabasert tilnærming som innebærer koding, sortering og sammenfatning av hvert intervju (Weiss, 1994). Vi har anvendt en eklektisk tilnærming (Brinkmann

og Kvale, 2015) der analysene tok utgangspunkt i de overordnede tema som guiden var strukturert etter, men samtidig åpnet opp for eventuelle nye tema som måtte dukke opp i intervjuene.

5.2 Refleksjoner etter deltakelsen i prosjektet

Det første vi ønsket å utfordre deltakerne til, var å ta et bakoverskuende blikk og reflektere over erfaringene fra prosjektet nå etter det var avsluttet. I denne sammenhengen bad vi også om deltakernes vurderinger av resultatene (eksempelvis resultater på nasjonale prøver og digital mobbing) fra hovedstudien (Federici mfl., 2020) og undersøkte om de eventuelt hadde gjort tiltak som kunne bidra til å forklare disse.

Vurderinger av prosjektet i etterkant

Hovedstudien viste at rektorer og lærere uttrykker seg positivt om helsesykepleiere og deres rolle i skolen. Den viste at en høy andel av rektorer og helsesykepleiere, både ved tiltaksskoler og kontrollskoler, svarte at skolen og skolehelsetjenesten hadde en felles forståelse av hverandres rolle og ansvarsområde (Federici m.fl. 2020). Når vi ba informantene om å reflektere over resultatene fra hovedstudien la vi spesielt vekt på funnene fra effektstudien – nærmere bestemt at vi ikke fant tydelige effekter av tiltaket på elevenes læringsresultater. Generelt sett, var det ingen av informantene som gav uttrykk for å være spesielt overasket over dette resultatet. Dette ga oss verdifull innsikt i både mulige forklaringer på manglende effekt, slik som at prosjektet varte i for kort tid, og i hvorvidt informantene anså valgte utfallsmål som legitime for måling av tiltakets suksess. Selv om det var antydning til noe mindre digital mobbing ved tiltaksskolene, var det ingen som hadde erfaringer med at skolene hadde arbeidet spesifikt med denne tematikken eller at helsesykepleier hadde vært involvert i konkrete tiltak mot digital mobbing.

I kapittel tre viste vi blant annet til Cuban (1998) og fem kriterier som kan legges til grunn når tiltak og skolereformer evalueres. Han trekker frem at særlig to av disse kan knyttes til praksisfellesskapet, tilpasningsmulighet og varighet, og at disse kan avvike betraktelig. Dette kan for eksempel skyldes at selv når det overordnede målet i skolen er å forbedre elevenes skoleprestasjoner, vil også dette vurderes mer helhetlig blant praksisutøverne enn i form av tallfestede resultater. Disse vil i tillegg basere seg på observerte endringer i elevenes holdninger, verdier og faktiske atferd, både i akademiske og ikke-akademiske settinger og gjøremål. Dette så vi flere eksempler på også i våre intervjuer med helsesykepleiere. Én helsesykepleierne ga uttrykk for å *'ha tenkt mye på'* den uteblivende effekten på

elevenes skoleprestasjoner, og hun hadde landet på at dette i seg selv kanskje ikke var det viktigste uttrykket for om tiltaket var en suksess:

'Vi forebygger fremtidige lidelser, sånn at vi må jo ha en tro på at det har noe for seg at folk skal ha det bra. At de vil gå på skolen er det aller viktigste, at de skal trives og ha det bra med lærer og med medelever, og dermed vil de også ha større mulighet til å lære mer [...] Da er det faktisk ikke sånn for meg at det viktigste er at vi skal få det beste skolefaglige resultatet, men at folk skal ha det bra på skolen og trives på skolen og være på skolen.' (leder skolehelsetjenesten, kommune E)

Informanten vektlegger at det utslagsgivende er at *'folk skal ha det bra'*, at de skal ønske å gå på skolen og trives der. Selv om hun erkjenner at dette trolig vil påvirke læring, er hennes hovedkriterium for suksess knyttet til mer *kvalitative* observasjoner som velferd og trivsel, og ikke skoleprestasjoner.

I tillegg til elevenes trivsel vektla enkelte av informantene sin egen opplevelse av fellesskapet og jevnbyrdigheten i skolekollegiet. Som en av rektorene uttalte det: *'Hun går jo i gangene på lik linje med de andre ansatte på skolen'* (rektor, kommune F). En annen rektor, som mente at å ha en egen helsesykepleier ved skolen hele tiden var et suksesskriterium, vektla også verdien av opplevelsen av å være en naturlig del av personalet:

'Jeg tror jo at i hvilken grad vi klarer å involvere helsesykepleier [...] som en naturlig del av personalet vårt – jeg tror det er ganske vesentlig og ganske viktig. Jeg tror det er mange som opplever [vår helsesykepleier] som ansatt her. Hun er her hver dag, hun kommer og går inn og ut, og er med og sitter i matpausen og spiser. Hun deltar på planleggingsdager, har innlegg og er en medspiller der, hun er ofte invitert hvis vi har hatt noe sosialt, så de tingene tror jeg er ganske viktig, jeg tror ikke at det er noen terskel for å egentlig ta kontakt med henne.' (rektor, kommune E)

I hovedstudien kom det blant annet frem at helsesykepleiere kunne ha en bevisst tanke om å delta i eksempelvis skolepersonalets lunsjpauser, bant annet for å bli bedre kjent med lærergruppen. Men i tillegg handlet det også bare om at det å ha sosiale relasjoner i seg selv opplevdes som viktig, ikke minst det å oppleve *tilhørighet* til skolen som arbeidsplass. En helsesykepleier, som også var leder for skolehelsetjenesten, beskrev det slik:

'For å være en del av skolen så liker jeg å komme innom og spise og være sammen med dem da. Det er jo en viktig greie, det er arbeidsplassen min og at jeg er en del av staben og sånn. Da er det jo fint å være med når det er noe sosialt og sånn som det ofte er på planleggingsdager. Så det er jo noe med å føle en tilhørighet da [...] Jeg hørte jo [...] at noen følte de er på besøk, det kjenner jeg meg ikke igjen i det

hele tatt. Jeg går inn på lærerværelset og finner meg kaffe som den største selvfølgelighet.' (leder skolehelsetjeneste, kommune E).

Opplevelsen av tilhørighet handler både om tilstedeværelse i tid, men også i rom. I hovedstudien kom det frem at plasseringen av helsesykepleiers kontor hadde en betydning, og dette ble også tematisert i de nye intervjuene i oppfølgingsstudien. En helsesykepleier pekte på kontorplasseringen hadde betydning for tilgjengeligheten og samarbeidsmuligheter, men også opplevelse av tilhørighet gjennom å bli plassert 'midt i hjertet av skolen':

'Det var jo sånn når jeg begynte her at [kontoret] var ganske langt unna læringsmiljøet og administrasjon, og dette er en helt ny skole så det var ganske fascinerende at de hadde gjort det sånn. [...] Men de fikk gjort et bytte, så nå har jeg kontor midt i hjertet av skolen, i nær tilknytning til læringsmiljøet [...]. Det gjør noe med samarbeidsmulighetene [...]. Det gjør den uformelle delen av samarbeidet utrolig mye bedre.' (helsesykepleier, kommune E)

Al Sayah mfl. (2014) framhever at det kan oppstå utfordringer for det flerfaglige samarbeidet dersom én eller flere av profesjonsgruppene jobber på tvers av ulike lokaliteter. Tilsvarende hevder Clancy mfl. (2013) at samlokalisering og fysisk nærhet er svært viktig fordi det skaper muligheter for uformelle faglige diskusjoner og ad hoc-møter. I prosjektet var det i utgangspunktet ingen føringer eller spesielt fokus helsesykepleiers sosiale omgang med lærere eller kontorplassering. Men indirekte kan en kanskje si at den økte helsesykepleierressursen ville kunne bidra til mer uformell omgang med lærere, som kan tenkes å gjøre det lettere å ta kontakt med hverandre dersom det skulle være behov for det.

For å nå målene knyttet til elevers og ansattes velferd og trivsel er lokale aktører ifølge Cuban (1998) opptatt av deres anledning til å *tilpasse* tiltaket egen bruk slik at de kan anvende det til det beste for elevene på generelt grunnlag. Vi er med det over på tilpasningskriteriet. Ifølge Cuban (1998) vil det å gjøre tilpasninger være et sunnhetstegn for praksisfellesskapet fordi det setter den profesjonelle kreativiteten i sving og medfører aktiv problemløsning innenfor rammen av profesjonell autonomi og skjønn. Vi har tidligere behandlet implementeringen og diskutert 'fidelitet', og sett at gjennomføringen ikke alltid fulgte det tenkte designet (Federici mfl., 2020). I intervjuene i forbindelse med oppfølgingsstudien reflekterte informantene om hvilke deler av denne tilpasningen som fungerte, og hvilke som ikke gjorde det.

I en kommune ble 'Et lag rundt eleven' prosjektorganisert, med helsesykepleiere som dekket flere skoler samtidig i tillegg de helsesykepleierne som hadde ansvar for skolene fra før. Skolelederen i denne kommunen var opptatt av at om økt helsesykepleierressurs skal kaste av seg, er det nødvendig at det ikke blir *'en sånn happening med noen som kommer på besøk'* (rektor, kommune F). Dette også av

hensyn til elevene, fordi helsesykepleier blir nødt til å bruke ganske mye tid på å få en relasjon til disse, for *'ungene opplevde jo at det kom noen utenifra'*. Samme skoleleder var imidlertid minst like opptatt av (manglende) *eierforhold* og *forankring* når hun reflekterte over hvorfor tiltaket ikke var mer effektivt:

'De helsesykepleierne som driftet prosjektet, hadde ikke noe eierforhold til vår skole. [...] Så de to som drev prosjektet kjente ikke skolen fra før. Og hadde på en måte ikke noe kontordag her [eller] et naturlig samarbeidspunkt med skolens ledelse' (rektor, kommune F)

I eksempelet ovenfor, hadde kommunen valgt en annen løsning enn hva prosjektet hadde lagt opp til. I denne kommunen jobbet prosjekthelsesykepleier ved tiltaksskolene i tillegg til de helsesykepleierne som vanligvis hadde ansvar for tiltaksskolene fra før.

Som nevnt i kapittel tre vil det å reflektere i etterkant ha fordeler knyttet til muligheten for å formulere, og mulig overvinne, eventuelle utfordringer og barrierer (Edwards, 2017). Hvis vi nå beveger oss over på varighetskriteriet, som omhandler hvorvidt tiltak og reformer overlever eksperimentet eller den første tiden etter implementering (Cuban 1998), framstår det for oss som at de fleste aktørene ønsker å fortsette å arbeide på samme måte som under tiltaket selv nå når prosjektet er avsluttet, men at utfordringene knyttet til nettopp forankring, eierskap og tilhørighet var noe de ville overkomme.

En av helsesykepleierne fra samme kommune, uttrykte verdien av forankring nå i etterkant av prosjektet ettersom hun da fikk ansvar for bare én skole og ikke to som under prosjektperioden. Sammenlignet med tidligere erfaringer så syntes hun at det å bare ha ansvar for en skole hadde hatt stor effekt, spesielt på relasjonsbygging:

'Det er klart at nå har jeg vært heldig og fått en økt ressurs her, og jeg har bare den skolen her. Og jeg ser en stor effekt av det, for det å få jobbe veldig grundig inn mot ledelse og mot lærerne, og det her med relasjonsbygging i et samarbeid, det er grunnleggende viktig for å få til noe som helst. Og jeg merker jo for min del nå som jeg har én skole i motsetning til i fjor der jeg hadde to, så ser jeg jo at jeg sparer mye energi på nettopp det her med forankring inn mot skolens ledelse og mot lærerne. Og ikke minst koordineringsarbeidet som vi holder med på hele tiden.' (helsesykepleier, kommune F)

Erfaringen med at det var lettere å bygge relasjoner med lærere og rektor når hun bare hadde ansvar for én skole kan tolkes som at helsesykepleierressursen bør være tilstrekkelig og at det lar seg enklere gjennomføre når man kun forholder seg til en enhet.

Styrking eller belastning?

Hovedinnholdet i «Et lag rundt eleven» var en styrket helsesykepleierressurs med utgangspunkt i de føringene for samarbeid og innsats som ligger i den nasjonale retningslinjen. Selv om prosjektet fremhevet retningslinjens punkt om systemrettet og strukturert samarbeid, var tiltaket å forstå som en mulighet for å etterleve forventninger i retningslinjen ved hjelp av den økte ressursen. Dette kan muligvis forklare de gjennomgående positive tilbakemeldingene på tiltaket fra informantene, og lite tyder på at deltakelsen i dette prosjektet ble opplevd som en tilleggsaktivitet til ordinær virksomhet, slik reformer, tiltak og prosjekter kan oppleves i skolen (Ball mfl., 2012, Røvik, 2014, Bergene mfl., 2020).

I en av kommunene kom det imidlertid relativt tydelig til uttrykk at prosjektgjennomføringen hadde vært mer krevende. I denne kommunen fortalte helsesykepleieren at hun kjente seg igjen i hovedinntrykket av at både de selv og skolene var positive til økt helsesykepleierressurs. Samtidig opplevde hun at dette nok stemte *til slutt*, men at prosjektstarten hadde vært treg:

‘Etter hvert, men jeg må si at første året [i denne kommunen] bar preg av at [...] skolene var med på flere prosjekt samtidig [...] Og de følte at ‘Et lag rundt eleven’ var bestemt ovenfra og var tredd nedover hodet på dem. Så det preget oppstarten vår litt, at det var et ork [...] Så det tok oss litt tid å komme i gang egentlig.’ (leder skolehelsetjeneste, kommune F)

I denne kommunen ble erfaringen med prosjektdeltakelsen altså fremstilt annerledes enn i de andre kommunene. Innholdet i prosjektet oppleves som å komme ovenfra og ikke styrking av eksisterende oppgaver. Denne fremstillingen kan ses som uttrykk for ‘prosjektoverbelastning’, inspirert av begrepet ‘projectitis’ som Fullan (1994) introduserte som er en betegnelse på en situasjon hvor utdanningssektoren er belastet med for mange ‘prosjekter’. Slik prosjektoverbelastning kan redusere evnen til systematisk å dra nytte av de ulike initiativene på en måte som er i tråd med lokale prioriteringer og behov (Bergene mfl., 2020).

Ifølge informanten ga prosjektoverbelastningen (vårt valg av ord) en *‘smitteeffekt der rektor var negativ, og lærerne negative’* (leder skolehelsetjeneste, kommune F). Når det gjaldt ‘Et lag rundt eleven’ var dette i hennes øyne tilfelle *‘på grunn av at det var et prosjekt, for det har vært mange prosjekt [i kommunen] de siste årene’*, og ikke en generell utfordring for faste rutiner for samarbeid. Rektoren ved samme skole bekreftet på mange måter opplevelsen av prosjektoverbelastning og koplingen til å skape et eierforhold til tiltaket, spesielt om disse oppleves som introdusert utenfra og litt på siden av skolens samfunnsmandat:

‘Noe som kan være en utfordring i forhold til forskjellige prosjekt som serveres inn i skolen er det å få eller ha godt nok eierforhold til det her i starten. Det har i

utgangspunktet vært vårt mål å jobbe ut fra fagplaner, opplæringsloven og overordnet biter, og så blir det litt sånn 'ah, så kommer det noe nytt'. Du hører jo det at med en gang det er utfordring av et eller annet, så er det at 'det her må skolen ta tak i'. Så kan du jo tenke at skolen blir en sånn bremskloss til [...] noe som vi kanskje i utgangspunktet kan oppleve at er noe som kommer utenifra. Noe som er litt sånn på siden av mandatet vårt [...] Det å klare å skape en motivasjon i et lærerkollegium i en skole [...], det er ikke bestandig så lett (rektor, kommune F)

En mulig forklaring på at prosjektet i denne kommunen ble fremstilt som belastende i starten, kan være at de i denne kommunen, som nevnt, ikke brukte den ekstra ressursen til å utvide stillingsandelen til helsesykepleieren som hadde ansvar for tiltaksskolen på forhånd. I stedet ble det ansatt en egen prosjekthelsesykepleier og det kan ha styrket oppfatningen av at å være en tilleggsaktivitet til det ordinære arbeidet. Ifølge lederen for helsesykepleierne i kommunen, opplevde både rektorer og lærere at det var utfordrende *'at det er så kortvarige prosjekt, på ett til to år, og når prosjektet er over så snakker man om at det skal videreføres, men så gjør man aldri det. Så det er energikrevende mens det står på, så får man på en måte ingenting igjen'* (leder skolehelsetjeneste, kommune F). Selv om deltakelsen i prosjektet ble opplevd som krevende i denne kommunen, er likevel hovedinntrykket at prosjektet bidro til å styrke allerede etablerte samarbeidsrelasjoner.

Et mulig dilemma med denne typer studier er balansen mellom standardisering og lokal fleksibilitet. I prosjektet var en av de viktigste føringene den økte stillingsressursen, men utover det fikk tiltaksskolene og helsesykepleierne stor lokal autonomi til å avgjøre hvilke konkrete aktiviteter som skulle iverksettes. Dette har bidratt til de fleste har opplevd prosjektdeltakelsen som positiv. Samtidig er det nettopp den lokale variasjonen som vil kunne være forstyrrende for forskningsdesignet. Likevel, hadde prosjektet eksempelvis vært mer spisset, konkret og rigid når det gjaldt føringer og aktiviteter, kunne en mulig konsekvens nettopp vært opplevelse av belastning jamfør det som kommer frem over.

Perspektiver på samarbeidet

Under dette punktet var vi også opptatt av å høre om hvorvidt informantene oppfattet at erfaringene fra prosjektet hadde satt varige spor, og hvordan samarbeidet hadde vært i forlengelsen av og etter tiltaket. En leder for kommuneledelsen valgte å trekke fram hvordan *'Et lag rundt eleven'* skapte en vedvarende bevissthet knyttet til systematisk og strukturert samarbeid med faste avtaler og regelmessighet:

'Det som jeg tenkte mest på forhånd var jo egentlig det med hvor personavhengig det er, og at system og rammer og struktur kan kompensere en del for at det ikke skal være så personavhengig. Og jeg har i hvert fall snakket med et par av våre

rektorer der jeg hører at den bevisstheten i forhold til strukturen – det å lage de faste avtalene, ha regelmessigheten i forhold til samarbeidet – at det har vært en kvalitetsindikator. Og den knaggen tror jeg vi kan henge på prosjektet; bevisstheten i forhold til systematisk samarbeid.’ (leder skolesektor, kommune A)

I tillegg til bevissthet om verdien av å jobbe mer strukturert vektla enkelte av informantene også at deltakelse i prosjektet har ledet til økt oppmerksomhet på systemarbeid. Ifølge en av helsesykepleierne var et resultat av prosjektet både at det nå var lagt tydeligere føringer på samarbeidet innad i skolen, det å *‘ha gode rutiner og at det gjennomføres på alle skoler’*, men også at samarbeidet er på systemnivå (leder skolehelsetjeneste, kommune E). En representant for skoleeier valgte også å trekke fram at det nå legges generelle føringer på systemarbeid:

‘Det som er spesifikt er [...] overgangen til systemarbeid, at man har samarbeids- møte [...] for å ‘rigge’ hvordan samarbeidet blir neste skoleår. Så det er sånn systemarbeid, og det skal gjøres den her våren. Og det gjelder alle skolene. Og da kan vi få ulike svar på ‘hva jobber vi med på den her ungdomsskolen, hva gjør vi på den her barneskolen.’ (leder skolesektor, kommune F)

På skolene kan det komme til uttrykk som mer aktivt samarbeid, og med økt ressurs også en økt tilstedeværelse. En rektor vi intervjuet la vekt på hvordan det nå har blitt et tettere og mer aktivt samarbeid med helsesykepleier ved skolen:

‘Vi har fått et mye tettere samarbeid med helsesykepleier. Hun er litt mer til stede, men hun blir brukt mye mer aktivt på skolen nå, enn hun ble gjort før. Sånn at jeg opplever jo at det har vært en god endring. Og helsesykepleier er òg dratt mer inn i foreldresamarbeid, med utgangspunkt i det som skolen har hatt [...] Hun jobber jo òg tettere inn imot lærerne, og har vært aktivt inne i disse trinntimene 1.-4. og 5.-7., og har tatt opp problemstillinger [...] Og det har jeg fått tilbakemelding ifra lærerne at har vært veldig nyttig.’ (rektor, kommune A)

Forskning viser til at faktorer som gjensidig respekt og tillit samt avklarte roller og ansvarsområder er viktige forutsetninger for et vellykket flerfaglig samarbeid. Dette innebærer også en anerkjennelse av hverandres kompetanse i oppgavene som skal løses (Al Sayah mfl., 2014; Bronstein, 2002; Campbell & Macdonald, 1995; Clancy mfl., 2013; Hjälmhult mfl., 2002) og at denne benyttes i fellesskap (Mælan mfl., 2020; Teige & Hedlund, 2016). I oppfølgingsstudien er inntrykket at informantene ser nyansene som skiller fler- og tverrfaglig samarbeid. Videre fant vi i hovedstudien at helsesykepleiere, som har en annen fagbakgrunn enn lærere, i noe mindre grad enn rektorer mener å ha felles begrepsapparat, forståelse av roller og ansvarsområder (Federici mfl., 2020). En representant for skoleeier som vi intervjuet i oppfølgingsstudien innrømmet at det flerfaglige samarbeidet er mangelfullt, og at dette delvis er grunnet manglende strategi for dette i

kommunen. De erfaringene som hadde blitt gjort med dette viste at *'vi har forskjellige både språk og forskjellige måter å se ting på'* (leder skolesektor, kommune F).

Dersom ulike profesjonsutøvere jobber innenfor en omforent forståelse av felles mål, kan ulikheter fungere komplementerende. Hovedstudien viste nettopp at rektorer og helsesykepleiere i stor grad mener at de har felles verdigrunnlag, og spesielt helsesykepleiers perspektiv på eleven ble framhevet som et veldig positivt tilskudd. Derfor valgte vi å utforske dette nærmere i oppfølgingsstudien.

En helsesykepleier vi intervjuet understreket i tråd med dette at ulike perspektiver ikke nødvendigvis er problematisk:

'Vi har de med helsefaglig bakgrunn og pedagogene [...] Så det er jo det som er veldig utfyllende i tverrfaglig samarbeid, vi har litt forskjellig vinkling på ting [...] Jeg hørt fra andre skoler og sånn, at det kan bli litt vanskelig. Men det jeg tenker er at gjør det noe da? Det har vel ikke så mye å si om noen ting blir litt vanskelig, at man er litt uenig. Det tenker jeg er helt greit det.' (helsesykepleier, kommune D)

Opplevelsen av å bidra med nye perspektiver i et samarbeid kan slik sett gi personlig mening til flerfaglighet fordi ens egen deltakelse utgjør en brikke som ellers ville manglet i det samlede resultatet:

'Når jeg har hatt samtaler med lærere her, så er det noen lærere og spesialpedagoger, som [...] gir meg tilbakemelding [...] De sier [...] at jeg gir de nye perspektiver på ting, og at det er så fint at vi kan samarbeide. Og da tenker jeg at OK, da bidrar jeg jo helt sikkert med noe som de ikke faktisk sitter på selv.' (helsesykepleier, kommune B).

Et funn fra hovedstudien var at helsesykepleiere ofte ble fremstilt som å ha et annet blikk på elevene. Informantene i oppfølgingsstudien ble derfor spurt om hvordan de oppfattet og forstod dette begrepet. En vanlig fremstilling som kom frem, er at helsesykepleiers blikk oppleves som mer spisset og mer helhetlig. Det er mer spisset fordi de tilfører helsefaglig kompetanse og *'et klinisk blikk'* knyttet til enkeltbarn, og har spisskompetanse på barns utvikling. Samtidig er blikket deres mer helhetlig i arbeidet med helsefremmende arbeid, fordi de er *'jo i den heldige situasjonen at vi ikke har ansvar for en klasse og undervisningsopplegg og fag [...] eller alle disse testene som skal tas'* (leder skolehelsetjeneste, kommune E). I en av rektorenes øyne er dermed *'en slik stemme inn i skoleutvikling veldig berikende'* (rektor, kommune F), og en av helsesykepleierne vi intervjuet hadde også fått positiv tilbakemelding fra lærerne ved skolen på dette når det settes inn i en utfyllende helhet:

'Det er jo noe jeg opplever ofte [...] når man har refleksjoner med lærere så er de veldig glade for at vi kan komme med et litt annet blikk. Man kaller det kanskje

«det helsefaglige blikket», at man ser et litt større bilde enn kanskje de gjør i sin hverdag. Det er nettopp det her med å ha respekt for begge blikkene da som gjør at man utfyller hverandre.» (helsesykepleier, kommune F)

I forlengelsen trakk en helsesykepleier fram fordelene med en annen relasjon til elevene, og at det 'handler mye om at vi kommer inn og ikke er den som ser klassen og ser barna hver dag, og ikke har undervisning i fokus' (helsesykepleier, kommune F). I et forsøk på å forklare blikket sier hun at det 'handler om at vi har ikke fokus på hele gruppa, og vi skal ikke gjøre en jobb der, men gjerne bare observere [...] og noen ganger ser man enkeltindividet i forhold til gruppa'.

5.3 Organisering og forankring

Et annet formål med den kvalitative oppfølgingsstudien var å belyse organiseringen og oppfatninger av skolehelsetjenesten innad i kommuner og gi eksempler på hvordan skolehelsetjenestens arbeid var forankret på kommunenivå. Arbeidsoppgavene til helsesykepleiere er mange og definert gjennom en nasjonal retningslinje på et overordnet nivå. Her ligger det føringer både for innhold og for samarbeidsformer og samarbeidsaktører. I arbeidet ved den enkelte skole vil samarbeidet imidlertid være avhengig av hvordan den enkelte helsesykepleier etablerer relasjoner med den enkelte rektor og skolens personell. Helsesykepleiers samarbeid med rektor og lærere blir ofte fremstilt som å være avhengig og prisgitt de personlige relasjonene som bygges opp over tid (Federici mfl., 2020, Helleve mfl., 2020). En åpenbar utfordring er sårbarheten for helsesykepleiers arbeid når det skjer utskiftninger i personell og nye personer må bygge opp nye relasjoner og samarbeid fra bunnen av. En annen mulig utfordring ved at helsesykepleier har relativt stor autonomi i hvordan arbeidstid, innsats og tilstedeværelse prioriteres, kan være at tilbudet er ulikt ved skoler innad i samme kommune. Selv om behovene og utfordringer vil variere, vil en samtidig kunne tenke seg at en kommune ønsker at skolene skal prioritere utvalgte oppgaver.

I den nye intervjurunden var derfor et av formålene å undersøke på hvilke erfaringer som finnes med tanke på forankring av samarbeid og innhold i tjenesten innad i kommunene. Funnene tyder på at når en snakker om forankring av samarbeidet mellom skolehelsetjenesten og skoler er det et skille mellom hvordan dette er formalisert og hvordan det består av rutiner og praksis.

Hvorfor er forankring et tema?

Skolehelsetjenesten og skole er underlagt to ulike lovverk som blant annet innebærer at helsesykepleier har taushetsplikt og dermed ikke kan dele informasjon med skolens personell uten at foresatte samtykker til det. Videre er ikke

helsesykepleier ansatt under skolens rektor, selv om arbeidsinnsatsen er rettet inn mot skolens elever og miljø. Dette er sentrale aspekter av helsesykepleiers rolle, som samtidig gjør at samarbeidet mellom skole og skolehelsetjeneste ofte vil være avhengig av hvordan den enkelte rektor og helsesykepleier utvikler samarbeidet. Det kan være utfordrende for helsesykepleiere å få arbeidet sitt forankret på skolen og dermed oppleve at en står alene.

I tillegg til ulik grad av forankring, er et hovedinntrykk at personlige relasjoner har stor betydning for samarbeidet. En helsesykepleier som nylig hadde fått ansvar for en ny skole beskriver det som at det er den personlige relasjonen som legger grunnlaget for samarbeidet:

'Det syntes jeg er veldig viktig, at man har en bra relasjon til rektor og at man klarer å samarbeide bra. [...] Nå holder vi på å planlegge årskullet til neste år, fordi nå er jeg jo ikke helt ny, sånn at man vet litt hva man skal gjøre' (helsesykepleier, kommune D)

Denne helsesykepleieren viser både til relasjonen til rektor og hennes arbeidserfaring som et viktig grunnlag for det kommende skoleåret. At helsesykepleier og rektor legger planer for hvert nytt skoleår er i seg selv positivt. Likevel kunne man også se for seg at en fra kommunalt hold la føringer for at det skulle lages slike planer for alle skolene i kommunene. I tilfelle over er det derimot en god personlig relasjon med rektor som ligger til grunn for planleggingen. Betydningen av personlige relasjoner og personlig kjemi vil sannsynligvis alltid ha betydning, men god forankring av innholdet i skolehelsetjenestens arbeid og samarbeid med skolene vil gjøre kunne gjøre samarbeidet mindre personavhengig.

Kommunale handlingsplaner og samarbeidsavtaler

I flere kommuner finnes det strategier for hva som skal være innholdet i skolehelsetjenestetilbudet. I en av kommunene som deltok i prosjektet er det en prosess i gang med å utvikle en felles kommunal handlingsplan for hvordan det systemrettede samarbeidet skal foregå. I arbeidet med planen har det vært nært samarbeid med rektorer og de helsesykepleiere som har ansvar for skolene. Motivasjonen med planen er nettopp begrunnet med:

'[...] hvor tilfeldig og personavhengig dette samarbeidet har opplevdes og at det ikke er det som er ønskelig'. (helsesykepleier, kommune C)

Intensjonen med handlingsplanen i denne kommunen var å bidra til at det systemrettede samarbeidet mellom skole og skolehelsetjeneste ble mindre personavhengig. I arbeidet med handlingsplanen hadde det vært sterk involvering av helsesykepleiere og rektorer med det formål at en skulle sikre eierskap til denne.

Eksempler på konkret innhold i den foreløpige planen var blant annet for hvilke klassetrinn helsesykepleier burde delta på foreldremøter, hva helsesykepleiere skulle delta på i undervisning og hvilke kontorfasiliteter helsesykepleier skulle ha tilgang til.

I en annen kommune som var med i prosjektet var det laget intensjonsavtaler mellom skolene og helsestasjonen i forbindelse med en kommunesammenslåing (leder skolesektor, kommune A). I dette tilfellet var det sammenslåingen som var anledningen for at det ble laget slike avtaler. I tillegg ble det på kommunalt nivå ble laget virksomhetsplaner for den nye kommunen blant annet for skolehelsetjenesten. Denne beskrev blant annet hva slags tema helsesykepleiere skulle undervise elevene i og hvor de hadde regelmessig møter med alle helsesykepleierne. En utfordring i dette tilfellet, var at disse prosessene bare gikk for seg internt i skolehelsetjenesten, uten at representanter for skolesektoren var med. En bekymring for dette ble løftet frem av lederen for skolehelsetjenesten:

*‘Vi er jo et tilbud ut til skolen, sant, og er jo avhengig av samarbeid med skolen’
(leder skolehelsetjeneste, kommune A)*

I motsetning til hvordan den første kommunen involverte både helsesykepleiere og rektorer, hadde denne kommunen fokus på skolehelsetjenesten internt, selv om den også var opptatt av samarbeid med skolesektoren. En mulig fordel med å ha strategier, handlingsplaner eller avtaler innad er at det angir en retning for hva kommunen ønsker innholdet skal skolehelsetjenesten og kan tenkes å ha en verdi når det er utskiftninger av helsesykepleiere, rektorer eller lærere. De seks kommunene som var med i oppfølgingsstudien presenterer skolehelsetjenestetilbudet på forskjellige vis, men ingen hadde eksplisitte prioriteringer eller omtaler samarbeidet med skolen og andre instanser utover i mer generelle vendinger.

En skoleleder gav videre klart uttrykk for at selv om man kan formalisere avtaler seg imellom, er samarbeidet nettopp avhengig av å avklare forventninger til hverandre og at ‘veien må gås litt opp’ mellom aktørene (leder skolesektor, kommune A). Denne oppfatningen poengterer forståelsen av at planer, avtaler og strategier ikke alene er nok for å få samarbeidet til å fungere, det er også avhengig av at den personlige relasjonen fungerer.

Organisering av tjenestene i kommunen

Kommunene i prosjektet hadde ulike modeller for hvordan skole og skolehelsetjeneste var organisert. Det er særlig to forhold ved organiseringen som kan tenkes å være relevant for hvordan samarbeidet mellom skole og skolehelsetjeneste fungerer. Det ene er i hvilken sektor skolehelsetjenesten er organisatorisk plassert. I de kommunene som deltok i denne oppfølgingsstudien var skolehelsetjenesten

plassert i forskjellige sektorer. I to av dem var tjenesten plassert i helsesektoren (helse og omsorg, helse og velferd), samme sektor som skole i tre (oppvekst, oppvekst og kultur tjenesten) og i en annen sektor enn skole og helse i en kommune (familie og velferd). Pedagogisk psykologisk tjeneste var til sammenlikning alltid organisert i samme sektor som skole.

Det andre forholdet gjelder hvilket organisatorisk nivå innad i kommunene skolehelsetjenesten er plassert på. I noen var skolehelsetjenesten plassert på nivå to under sektorsjef, mens i andre var tjenesten plassert på nivå tre. Samtidig var de enkelte skolene plassert på nivå to, det vil si at i noen kommuner vil leder for skolehelsetjenesten være på samme organisatoriske nivå som en rektor, mens i andre vil en være på et organisatorisk nivå under.

I prosjektet har vi ikke datagrunnlag for å undersøke hvordan ulik forankring av samarbeid mellom skole og skolehelsetjeneste innad i kommunen påvirker hvordan samarbeidet fungerer. Men det er rimelige å anta at forutsetningene for å få til en felles forankring av samarbeidet ville være forskjellige etter hvilken organisasjonsmodell en kommune har. En leder for skolesektorene hadde ambisjoner om å sette brukeren i fokus, men opplevde likevel at det kunne være krevende å få til:

‘Og når du snakker om organisering i kommunen så er det litt det vi har gjort. Vi har prøvd å ikke tenke utdanning, men vi har prøvd å tenke barnet og sette sammen alle profesjoner og, men vi sliter med det allikevel.’ (leder skolesektor, kommune C)

Lederen for skolehelsetjenesten fulgte opp med å peke på at en sentralt i kommunen kunne ta grep for å bedre dette:

‘Ja, også handler det om at det at vi må ta et større eierskap til ting også, ikke sant i administrasjonen. At vi er mere kobla på. Og vi organiserer jo oss sånn at vi har faste møter med avdelingsledere, også videre. Og vi ser jo at vi har enda et potensiale til å [...] komme tettere på hverandre og jobbe litt annerledes.’ (leder skolehelsetjeneste, kommune C).

Disse kommentarene kan leses som en forståelse av at organiseringsmodellen i seg selv ikke er nok for å oppnå det en vil. Både er en avhengig av at aktørene bidrar til at dette skal skje, dernest vil endringer i en modell sannsynligvis trenge en del tid for at en eventuelt skal se effektene av den. I en annen kommune vektla ledere viktigheten av at alt de var med på av satsinger har hatt en særlig tanke for ‘barnene og familiens ve og vel’ og unngå silotenkingen som var tilfelle tidligere (leder skolesektor, kommune A).

Videre er det heller ikke gitt at verken organisering eller lokalisering fører til at skolesektor og skolehelsetjenesten samarbeider. I en kommune hadde

skolehelsetjenesten kontor i samme bygg som blant annet PPT og barnevern, uten at helsesykepleier (helsesykepleier, kommune D) opplevde at dette bidro til et tettere samarbeid enn om de hadde hatt kontor ulike steder i kommunen. Lederne i samme kommune hadde en annen oppfatning:

‘Vi treffes. Jeg kan gå bort til [leder for skolehelsetjenesten], det tar meg et minutt. Altså den terskelen til å ta kontakt er mye lavere, mye enklere å få til og kunne stikke innom og vanlig prat er undervurdert. Altså dette her med å kunne treffes korte, istedenfor å måtte avtale et møte i forkant.’ (leder skolesektor, kommune D).

En av de positive erfaringene fra selve prosjektperioden, var tilbakemeldingene fra deltakerne om at workshopene hadde bidratt til at ulike aktører fra samme kommune (ledelse, rektorer og helsesykepleiere) hadde fått anledning til å diskutere samarbeidet seg imellom. Slike tilbakemeldinger tyder på at det ikke alltid er gitt å få til samarbeid innad i en kommune selv om det er et ønske å få dette til.

Kommunale føringer for profesjonsportefølje og ressursbruk

Kommuner kan også legge strategiske føringer gjennom en helhetlig plan for hvilke stillinger som er knyttet til skolene utover lærerpersonell. I den første rapporten kom det blant annet frem at det for mange skoler ofte handlet om hvilke andre voksne som kunne inngå i laget rundt eleven. Ved en skole ble det blant annet pekt på hvordan elever som hadde vanskelige dager i klasserommet kunne gå litt av dagen sammen med vaktmester. Mange helsesykepleiere er tydelige på at en del av ad-hoc kontakten de har med elever som kommer innom kontoret ofte dreier seg om mindre ting.

I mange kommuner var det ansatt miljøarbeidere/-terapeuter i skolene. En av kommunene hadde for eksempel besluttet at det skulle opprettes miljøterapeutstillinger ved alle skolene. Miljøterapeutene blir ansatt som en del av skolens personell, og helsesykepleier ved skolen hadde et tett samarbeid med miljøterapeuten via regelmessige møter sammen med rektor. Noen oppgaver til miljøarbeiderne overlappet med helsesykepleiers oppgaver, blant annet ved at begge hadde individuelle samtaler med elever. Samtidig var helsesykepleieren tydelig på at det er profesjonsforskjeller:

‘Også med miljøterapeuten så føler jeg at det er forskjell der og, at vi [helsesykepleiere] tenker litt mere på hvordan eleven har det, fordi vi har den tanken om at de må ha det bra for å kunne lære. Og noen ganger kan man føle at lærere leter etter en diagnose, eller at det må være noe som er galt med eleven som ikke klarer å ta imot læring. Som ikke utvikler seg som de andre, de tenker ikke at det kan

være en hendelse som har skjedd hjemme eller, at det kan påvirke dem.’ (helsesykepleier, kommune D)

I den samme kommunen, var det klart at initiativet til å ansette miljøterapeuter kom fra skolesiden. I felles intervju med ledere i kommunen for skole og skolehelsetjenesten, gav lederen for skolehelsetjenesten uttrykk for at en ikke var kjent med mandatet til miljøterapeutene, men på et generelt grunnlag uttrykte bekymring for at mange har forventninger om at helsesykepleier skal inn i behandling. Hun understreket at:

‘Vi skal tenke forebyggende og helsefremmende, vår innsats skal være på et nivå før det blir et problem.’ (leder skolehelsetjeneste, kommune D).

Overordnet viser Malmberg-Heimonen mfl. (2019) til at profesjonsutøvere kommer fra ulike profesjons- og organisasjonskulturer og disse har gjerne tilhørende teorier, rammeverk, mandater og tilnærminger (Clancy mfl., 2013; D'Amour mfl., 2005; Martinsen mfl., 2014; Teige & Hedlund, 2016). Ulike utgangspunkt kan være til hinder for samordning og samarbeid (Johannessen mfl., 2019), samtidig kan omforente mål bidra til at man utfyller hverandre. En vurdering er dermed at en i en prosess hvor en ser profesjonsporteføljen rundt skolene under ett, er det antakeligvis svært viktig å være tydelig på hva formålene og hovedoppgavene til de ulike profesjonene skal være.

Kommunale team

Kommuner har ofte ulike former for formaliserte organ med ansvar for spesifikke utfordringer enten som saker om enkeltelever eller utfordringer på systemnivå. Disse kalles som oftest tverrfaglig ressursteam og hensikten er å samle ulike aktører fra ulike sektorer. I en av kommunene ble det gjort et skille mellom ‘Bedre tverrfaglig innsats’ (BTI) som fokuserer på systemnivå og ‘ressursteamet’ som jobber med saker knyttet til enkeltelever og diskuterer elevens behov og mulige tiltak.

I en av kommunene ble det også uttrykt at møtene var nyttige ved at de kunne avklare hvilke nasjonale forventninger de ulike aktørene skulle arbeide etter, enten det var skole, helse eller barnevern.

‘Hvis det var noe jeg skulle ønske så var det at de og hadde en sektor over oss som kom [med] slike føringer, fordi det er problematisk at helsesykepleierne får [føringer] ifra sin og skolene får ifra sin, og barnevernet får ifra sin, så dette her må bli bedre, fordi det ville hjulpet oss om vi kunne styrt mer sammen og hvis vi kunne løfta fram barnet og sagt det er barnet det gjelder.’ (leder skolesektor, kommune C).

Selv om kommunene har denne type team, er det ulik praksis og rutiner for hvor og når helsesykepleier er med. I en av dem ble det laget mandat for slike ressurs-team, og helsesykepleier skal være med når teamet skal '... *ha de tverrfaglige brillene på seg*' men når tematikken handler om den '... *rene, pedagogiske grunnopplæringen*' blir ikke helsesykepleier involvert (leder skolesektor, kommune A).

En av helsesykepleierne (helsesykepleier, kommune E) hadde erfaringer med å delta på møter med elevrådet som ble en praksis i forlengelse av prosjektet. Erfaringene var så gode at dette også ble innført ved kontrollskolene i prosjektet (etter endt tiltak). Her samarbeidet hun med elevrådet om et arrangement knyttet verdensdagen for psykisk helse. Hun ville også gjerne delta i møter med skolenes foreldreutvalg uten at dette hadde kommet på plass. I begge tilfeller ble det fremstilt som at deltakelse på disse arenaene var prisgitt egne initiativ. At hun opplevde at hun ikke ble invitert eller eventuelt ikke deltok, tilskrev hun at tidspunktene ofte ikke passet eller at det hadde vært dårlig samkjøring. En av skolelederne opplevde at selv om at deltakelsen i prosjektet hadde bidratt til at samarbeidet mellom rektorer og helsesykepleiere hadde bedret seg i løpet av prosjektperioden, spesielt fordi det ble lagt til rette for at de skulle ha flere møtepunkter:

'Istedenfor at helsesykepleier kommer til sitt kontor og gjør sin jobb, så er det samhandling med ledelsen og de tenker i lag, og de diskuterer i lag.' (leder skolesektor, kommune A)

I dette delkapitlet har vi vist til eksempler på grep som kommuner har tatt som kan tenkes å sikre en bedre forankring av samarbeidet mellom skole og skolehelsetjeneste. I Porsgrunn kommune har de utarbeidet en modell for hvordan det både skal være lettere for brukere å ta kontakt med kommunen med bekymringer for barn og unge, samtidig som det kan fungere som et organisatorisk rammeverk for hvordan en ønsker at ulike kommunale tjenester skal samarbeide.

Eksempel på kommunal forankring:

Et helhetlig system for tverrfaglig samarbeid. 'Fra bekymring til handling' er et system Porsgrunn kommune har etablert for å sikre tidlig innsats og tverrfaglig samarbeid i saker som bekymrer. Systemet består av rutiner, prosedyrer og ulike verktøy som skal hjelpe ansatte i barnehager, skoler og SFO til å handle raskt og riktig, i samarbeid med den det gjelder og deres foresatte (se <https://www.porsgrunn.kommune.no/barn-og-familie/fra-bekymring-til-handling>). Nettsiden inneholder en handlingsveileder og en oversikt over støttetjenester som kan lastes ned.

5.4 Helsesykepleiers arbeid med sårbare elever

Det tredje formålet med oppfølgingsstudien var å undersøke om deltakelsen i prosjektet hadde ført til endret eller økt fokus på grupper av elever, blant annet ved å se om det var skoler der helsesykepleiere og lærere hadde jobbet særlig tett sammen om sårbare elever eller grupper av elever. Vi har 5.1 redegjort for at vi ikke fant skoleforskjeller og at informantene derfor kom fra skoler valgt på grunnlag av geografi, størrelse og en blanding av tidligere informanter og nye.

Et hovedinntrykk fra begge intervjurundene er at helsesykepleierne er opptatt av å være til stede for elever som var sårbare eller utsatte. Dette var de både før prosjektet startet, under gjennomføringen og etter. De ekstra ressursene ga muligheter for å være mer til stede og fokus på systemrettet samarbeid ga muligheter for mer samhandling med lærere om disse elevene (Federici mfl., 2020). Intervjuene vi gjorde til hovedrapporten viste at både helsesykepleierne og lærerne omtalte samtaler helsesykepleier hadde med elever som av ulike grunner hadde det vanskelig, som viktig. For lærerne kunne disse samtalenes oppleves som avlastende i arbeidet med klassene (Federici mfl., 2020). Vi erfarte gjennom disse intervjuene at samarbeidet mellom kontaktlærer og helsesykepleier, om disse enkeltelevne, kunne variere fra svært tett til ikke i det hele tatt.

I hovedrapporten redegjorde vi også for hvordan helsesykepleier og skolens ansatte samarbeidet om det psykososiale miljøet til elevene, der undervisning og forebyggende samtaler i grupper var en del av arbeidet (Federici mfl., 2020). Tidligere studier har også pekt på at helsesykepleier kan spille en rolle ved å tilby støttegrupper til elever med særlige utfordringer som depressive plager og mobbing (Kvarme mfl., 2010; Kvarme mfl., 2016; Gammelsrud mfl., 2017).

Fordi sårbare elever er en sentral gruppe for helsesykepleierne, ønsket vi å se nærmere på hvem disse elevene er, hva helsesykepleier tenker om sin rolle overfor elever som er i en vanskelig situasjon, hvordan hun jobber med disse elevene og om mulig finne ut om de jobbet mer eller annerledes med disse elevene under og etter prosjektet.

Sårbare elever eller elever i sårbare situasjoner

Som vi har vist til tidligere er begrepet sårbare elever en uensartet gruppe. Intervjuene i oppfølgingsstudien tyder på at barn som er utsatte fordi de er i en sårbar situasjon, var høyt i bevisstheten hos helsesykepleierne. Dette er barn de jobber med kontinuerlig, både før, under og etter prosjektperioden. Både helsesykepleierne og rektorene vi intervjuet snakket om elever som var sårbare eller utsatte og de beskrev disse barna på ulike måter. Begreper som *'engstelige barn'* (helsesykepleier, kommune F) og *'elever som sliter med atferd'* (rektor, kommune B) er to eksempler. Som denne rektoren sa: *'Jeg tenker elever som sliter med atferd, de er*

veldig sårbare, for det er ingen som ønsker å ha en negativ atferd' (rektor, kommune B). I tillegg ble hjemmesituasjoner nevnt som årsaker til sårbarhet. Det kunne handle om konflikter eller skilsmisseproblematikk (rektor, kommune D), sykdom og død (rektor, kommune B), økonomiske forhold (leder skolehelsetjeneste, kommune A) eller foreldre som jobber veldig mye og derfor er lite hjemme (helsesykepleier, kommune B). Noen ganger er dette barn som også barnevernet har vært involvert i, men der en er usikker på barnets videre situasjon. Som en av helsesykepleierne sa:

'En vet at det pågår barnevernssaker, og der [...] har vært barnevernssaker mange ganger, men en ser at det blir bare henlagt. Det skjer ikke noen spesielle ting, annet enn at kanskje foreldre får noe veiledning. Men at man likevel går med en [...] bekymring.' (helsesykepleier, kommune B).

Hvilke barn som er sårbare kan også avhenge av ytre forhold, for eksempel Korona-nedstengingen som en av helsesykepleierne trakk fram:

'Hvem er de sårbare i denne situasjonen, altså de ressurssterke er jo òg sårbare, sant? Du kan ikke tenke sånn at det er de som har svakest nettverk eller kapasitet i familien. Altså, [korona-nedstengingen] kan slå negativt ut for veldig mange som man aldri hadde tenkt på var i kategorien 'sårbare familier' tidligere.' (helsesykepleier, kommune A).

På skolene ble det brukt ulike strategier for å identifisere de elevene som trengte hjelp fordi de var sårbare. Fra at lærere tok kontakt med helsesykepleier om elever de var bekymret for, via elever som ble fanget opp gjennom strukturerte møter som ressursteam eller koordineringsteam til systematisk kartlegging av elevene i klassen gjennom samtaler med hver elev og dennes foreldre. En av rektorene omtalte dette systemet slik:

'Vi har jo et møte i 'Tidlig innsats'-gruppa. Hvis ikke hele gruppen møtes, så møtes bare vi i ledelsen og helsesykepleier og miljøterapeut og vi går igjennom de elevene vi mener er sårbare. Og så ser vi om det er noen av de her, vi kan hjelpe. Vi har ikke mer enn 250 elever, så vi vet stort sett hvem som er sårbare og ikke, og hvem som bør få et litt løft.' (rektor, kommune D).

I hovedstudien ble helsesykepleiers faglige blikk for helhet og sammenheng omtalt av både rektorer og helsesykepleierne selv. Dette er også viktig når sårbare og utsatte barn skal identifiseres og tiltak iverksettes. En av helsesykepleierne ordla seg slik:

'Det er jo særlig de som strever, både de utagerende elevene, eller de stille som ikke kommer seg på skolen med skolevegring eller angst av ulike typer. Der har vi

noe som lærerne ikke har, og [som vi] kan bruke [...] mye mer enn lærerne som skal ivareta så mange andre oppgaver.’ (helsesykepleier, kommune E).

Den samme helsesykepleieren beskrev tiltak både i forhold til skolen og hjemmet:

‘Ja, da er det jo både å jobbe med eleven individuelt i forhold til verktøy som de kan bruke sjøl i undervisning, [og] så er det jo også dette med å hjelpe foreldrene i å tåle å stå sammen med barn som er redde da.’ (helsesykepleier, kommune E).

Flere av de andre helsesykepleierne trakk også frem tiltak for å trygge barn som var engstelige. For eksempel:

‘... det vi jobber med er å trygge [barna], det er vel kanskje den største utfordringen. Normale følelser som å være lei seg, og sint og redd og ja, uten at man går helt ut av skafet av den grunn, og tåler å stå sammen med de i det. Jeg tror at det kanskje er hovedutfordringen.’ (helsesykepleier, kommune F).

Rektorene bekreftet helsesykepleiers arbeid med elevers holdninger til seg selv, og å trygge barn som var engstelige eller usikre slik at de kan stå i utfordringer de møter i livet:

‘... hun hjelper unger som sliter litt, og hun prøver å trygge hverdagen deres. Og jeg vet at hun jobber en del for å så snu holdninger som unger har til seg selv.’ (rektor, kommune A).

Flere av rektorene nevnte også konkrete verktøy de visste at helsesykepleier brukte i arbeidet med å styrke elevers selvtillit. Dette kunne også innebære at de inkluderte mer robuste barn med i møtene. En av rektorene beskrev dette slik:

‘...vi har hatt noen elever som er litt sårbare eller som har hatt angst eller redsel for forskjellige ting, så da har vi spilt noe som heter Hei-spillet. Og da har helsesykepleier eller miljøterapeut tatt noen andre barn med seg, det Hei-spillet er egentlig et spill der du kan få prate om følelser eller prate om ting sånn at man hører at det faktisk er andre som sliter med det samme som deg.’ (rektor, kommune F).

I tillegg til slike konkrete tiltak, var samtale med helsesykepleier ofte nevnt som et tiltak i seg selv overfor elever som var i en sårbar situasjon. Hyppighet og varighet av disse møtene ble bestemt ut fra hva elevens behov av helsesykepleier eller i samarbeid med andre, for eksempel ressursteam. Noen ganger ble individsamtaler kombinert med støtte til lærer eller foreldre.

Arbeid med disse barna enten direkte eller indirekte via lærere og foreldre var en viktig del av helsesykepleiernes jobb. Som en av dem sa: *‘Ja, det er jo hovedjobben min, kanskje. Mest i det tverrfaglige samarbeidet, men også på individnivå’* (helsesykepleier, kommune F). Dette sitatet viser at individrettet arbeid også kan være

systemrettet, ved at arbeidet overfor en enkeltelev inneholder ulike elementer som samtale, gruppeaktivitet, tverrfaglige drøftinger og oppfølging av lærer.

5.5 Koronasituasjonen

Det siste tema i oppfølgingsstudien var knyttet til hvorvidt koronasituasjonen hadde ført til et mer systemrettet enn tidligere og i hvilken grad dette har involvert flere fagprofesjoner. Oppfølgingsintervjuene ble gjennomført under pandemien og var derfor en anledning til å undersøke i hvilken grad koronasituasjonen hadde påvirket samarbeidet mellom skole og skolehelsetjenesten. Intervjuene ble gjennomført i løpet av mars-april 2021, det vil si etter omtrent ett år etter at de første koronatiltakene ble innført. Informantene i prosjektet fordelte seg geografisk rundt på ulike steder i landet, hvor det også hadde vært variasjoner i hvilke lokale restriksjoner som hadde vært gjeldende i tillegg til de nasjonale.

Alle kommunene som ble intervjuet hadde erfaringer fra nedstengingen. For helsesykepleierne kom dette til å prege arbeidssituasjonen, både med tanke på oppgaver, men også fordi de selv var foreldre på hjemmekontor med ansvar for egne barn i skole- og barnehagealder hjemme. Fra høsten 2020, var inntrykket at skoledriften gikk relativt normalt etter sommeren i prosjektkommunene. I en av kommune var ledelsen opptatt av at når man startet opp igjen med fysisk tilstedeværelse på skolene, skulle helsesykepleierne skjermes fra andre oppgaver (leder skolehelsetjeneste, kommune A).

Periodevis omdisponering

Informantene i oppfølgingsstudien hadde alle erfart at koronasituasjonen hadde preget samarbeidet mellom skole og skolehelsetjeneste. For helsesykepleierne gjaldt det for mange at de i perioder var blitt omdisponert til å gjøre oppgaver ved lokale koronasenter som å besvare telefoner, testing, prøvetaking og etter hvert vaksinerings. Dette samsvarer med nasjonale tall som viser at slik omdisponering skjedde i tre av fire norske kommuner (SSB, 2021) samt rapporten til Melby mfl. (2020) om sykepleieres erfaringer med første fase av pandemien.

Selv om helsesykepleiere ble omdisponert, var en av informantene opptatt av arbeidet med smittevern er en viktig del av ens profesjon:

‘Da må jeg si at en viktig del av vårt arbeid er smittevern. Jeg liker ikke at folk sier at vi er tatt ut av tjenesten. Smittevern er en veldig viktig del av utdannelsen vår, vi driver smittevern, og nå driver vi smittevern mer enn det vi gjør til vanlig, for vi har alltid drevet med smittevern.’ (helsesykepleier, kommune F).

Hun la videre vekt på at arbeidet med godt smittevern var med til å bidra at en kunne holde skolene åpne. For andre helsesykepleiere innebar ikke omdisponering så store endringer utover å bidra i vaksinerings hver sjette uke (helsesykepleier, kommune D). I denne helsesykepleierens tilfelle var den største endringen at lederen var til stede i langt mindre grad enn ellers på grunn av oppgaver knyttet til pandemien.

En av kommunelederne forklarte at en av grunnene til at helsesykepleiere ble omdisponert var at skolene likevel hadde stengt:

'Når skolene stengte, mars, da omdisponerte vi – det var også et ønske, for da kunne ikke helsesykepleierne være i skolen, så da omdisponerte vi to til testmottaket og en til legevakt – temporært. Og så fort skolene åpnet så tok vi dem tilbake.' (leder skolehelsetjeneste, kommune B).

Hovedinntrykket er at i kommunene som informantene tilhørte, var det kun i en relativt begrenset periode det skjedde omdisponering av helsesykepleier til andre oppgaver, på bekostning av ordinære arbeidsoppgaver.

Oppfølging av enkeltelever

Selv om helsesykepleierne ble omdisponert til andre oppgaver, uttrykte de samtidig en sterk ansvarfølelse for oppfølging av enkeltelever som de ellers ville ha fulgt opp. En helsesykepleier fortalte hvordan hun kunne få e-poster om elever som hadde det vanskelig mens hun satt på koronasenteret. Hun prøvde å besvare e-poster og lagde avtaler med elever etter at hun var ferdig. Hun hadde også kontaktet lærere og bedt dem følge opp og kontakte navngitte elever som hun kunne være bekymret for (helsesykepleier, kommune A). En annen helsesykepleier benyttet på samme vis anledningen når hun satt på hjemmekontor til å ringe hjem til de elevene som hun vurderte var i sårbare situasjoner (helsesykepleier, kommune C).

'Det som jeg ser mest som er den største frustrasjonen min er den uforutsigbarheten som det er for barn og voksne i skolen som jeg tenker kanskje er det mest sårbare. Når man har så veldig fokus på at skolene skal være åpne, så synes jeg at man tar litt lite innover seg dette med stabiliteten og forutsigbarheten, og hvor viktig det er for unger.' (helsesykepleier, kommune D)

En skolehelsetjenesteleder pekte på at helsesykepleierne ofte viste hvilke elever som kunne ha behov for kontakt og det gjorde at de ved nedstengingen visste kunne lage nye opplegg som ivaretok disse:

'Fordi da var folk ferdige i skolen ble [helsesykepleierne] helt fortvilte [...] fordi de ikke da fikk fulgt opp de faste [elevene]. Så vi fikk raskt på plass et opplegg som

kunne følge de opp på andre og kreative måter, og da var jo fordelene at vi hadde identifisert de. (leder skolehelsetjeneste, kommune B)

For de yngste kunne det gjelde sosiale forhold i hjemmet som økonomi, rus, vold og overgrep. Hos de litt større barna og ungdommene ser de en økt tendens til psykiske plager som selvsykdom, spiseforstyrrelser og rus. De hadde også etablert et eget system for oppfølging av rus, blant annet i samarbeid med forebyggende enhet hos politiet.

En av prosjektkommunene gjorde regelmessige vurderinger av situasjonen til elever i sårbare situasjoner, både fra skoleleder og helsesykepleier. Disse vurderingene gjaldt både hvilke elever det var snakk om og hvilke behov de hadde. Dette ble fremhevet som spesielt viktig under nedstengingen. Det innebar blant annet at en sikret seg at elever fra lavinntektsfamilier fikk digitalt utstyr med seg hjem hvis det var behov for det. Relatert til sistnevnte viser Melby mfl., (2020) også en annen utfordring knyttet til digital kommunikasjon under pandemien og helsesykepleiers rolle. I studien fant forskerne at noen helsesykepleiere forsøkte å komme i kontakt med barn og unge via digitale løsninger, men at personvernet ikke var godt nok ivaretatt. I en kommune ble kommunikasjonskanalen derfor ikke godkjent på sentralt nivå og etter dette stanset helsesykepleierens kommunikasjon med elevene.

En av helsesykepleierne i vår studie møtte ingen elever i de ukene skolen var stengt våren 2020, men hadde telefonkontakt med noen av de eldste. Hun opplevde at det roet seg i noen av familiene hvor det før kunne være turbulent. Samlet sett vurderte hun ikke at det hadde vært en krisesituasjon og hun følte seg heller litt overflødig og ubrukelig i noen uker (helsesykepleier, kommune A).

Samarbeidet mellom skole og skolehelsetjeneste

Sammenfallende med studien til Caspersen mfl., (2021), om håndteringen av koronapandemien i skolen, finner også vi at det var variasjoner mellom kommunene i hvordan samarbeidet mellom skolehelsetjeneste, skole og andre tjenester hadde foregått gjennom pandemien. I en av kommunene ble det laget en liste over hvilke oppgaver skolehelsetjenesten skulle prioritere under koronapandemien, hvor de lovpålagte oppgavene hadde første prioritet, deretter oppfølging av enkeltelever og til sist eventuelle undervisningsoppgaver (helsesykepleier, kommune D). I en annen kommune ble det gjort en ekstra innsats for å sikre at lærere og rektorer ved skolene hadde kontaktinformasjon til helsesykepleierne dersom de var behov for å ta kontakt.

'Men lederen min prøvde vel å sørge for at alle skoler hadde kontaktpersoner, og at det var mulig å koble oss på. Men det er selvsagt mer som kunne bli gjort for

samarbeidet i den perioden. Kommunen gikk jo litt mer ut med telefonnummer, både til oss og psykisk helse arbeid i kommunen sånn lavterskel, og gikk ut med informasjon på det på en måte da, men om det nådde elevene er jeg ikke helt sikker på.’ (helsesykepleier, kommune C).

Samtidig ble formen på og innholdet i samarbeidet påvirket. En helsesykepleiere pekte på det mer systematiske samarbeidet med lærerne som hun opplevde ble svekket.

‘Det som kanskje er det mest utfordrende, og det har jo ikke vært noe mindre nå i korona-tiden, det er jo dette her med den systematiske jobbingen på trinnet med lærere.’ (helsesykepleier, kommune F)

Andre helsesykepleier mente at samarbeidet med andre instanser som BUP, hadde blitt svekket under pandemien:

‘Og da vil jeg si at BUP har jo vært totalt fraværende. De har jo kun sittet på skjerm. Det synes jo jeg helt krise, og i hvert fall i vår kommune hvor vi har relativt lite smitte. Og vi har spurt gang på gang om rehabiliteringstjenesten fra somatikken kommer ut til de mest sårbare ungene som sitter her med virkelig alvorlig problematikk og sårbarhet i forhold til dette. Men BUP sitter inne på kontorene sine og samarbeider kun bak skjerm, og jeg synes det er en skandale.’ (helsesykepleier, kommune F)

En rektor opplevde at helsesykepleier var mindre til stede på skolen enn ellers fordi hun blant annet ble brukt i smittevernarbeidet. Derfor ble en del ting tatt litt mer på sparket. De møttes jevnlig, men ikke på fast tidspunkt som de hadde gjort før. Rektoren uttrykte at det var en slags felles forståelse av samarbeidet vil være annerledes når koronapandemien var over, men uttrykte samtidig en trygghet i å vite at hun fulgte elever som slet under koronapandemien (rektor, kommune A). Helsesykepleieren opplevde at travelheten hadde sammenheng med at det var et stort etterslep av oppgaver etter perioden hvor skolene var stengt. Hun fremstilte det som at det var mye som har falt ut og mange tråder å følge opp. Konsekvensen var at det ble mye ekstraarbeid blant annet på grunn av alle må-oppgavene (helsesykepleier, kommune A).

I en annen kommune, opplevde en helsesykepleier at en gjennom pandemien har profitert på at en i forveien har hatt et velfungerende samarbeid med skole og lærerne:

‘Så jeg tenker at det som har drevet oss gjennom denne pandemien er at vi har et veldig godt samarbeid, og at det går bra selv om vi ikke er der hele tiden. Da er det andre som har kunnet bidra og jobbet på en annen måte, og lærerne sier at de har hatt kontakt med foreldrene mye mer enn de har hatt ellers og kanskje fått et

bedre samarbeid også, og hvis det er noe så kontakter de meg da.' (helsesykepleier, kommune F).

En annen helsesykepleier uttalte seg litt i samme retning:

'Jeg vet ikke om [koronasituasjonen] har påvirket samarbeidet noe spesielt.' (helsesykepleier, kommune E)

Koronapandemien satte naturlig nok også preg på helsesykepleierens arbeid og arbeidssituasjon. Det var eksempler på at helsesykepleiere ble omdisponert i perioder, men at de i skolesammenheng primært var opptatt av å sikre oppfølging av enkeltelever som de i hovedsak hadde kjennskap til fra før. Inntrykket fra intervjuene var at helsesykepleierne samarbeidet tett med skolens personell, og i den grad samarbeidet var systemrettet dreide det seg om at en i fellesskap sikret seg at de elevene med størst behov ble fulgt opp.

5.6 Oppsummering

Informantene i oppfølgingsstudien var i hovedsak positive til deltakelsen i prosjektet med tanke på innhold og det å styrke samarbeidet mellom skole og skolehelsetjeneste generelt. Deres vurderinger av resultatene fra effektstudien var i hovedsak at de ikke var så overasket over manglende effekter på læringsresultatene for den samlede elevgruppen. Selv om digital mobbing hadde vært tematisert i noen grad ved skolene, var det ingen som hadde erfaringer med at helsesykepleier hadde vært engasjert spesielt i denne tematikken.

Når det gjaldt å belyse organisering og oppfatninger av skolehelsetjenesten innad i kommunen, var det forskjeller mellom kommuner også med tanke på forankring av samarbeidet mellom skole og skolehelsetjeneste. Det var forskjeller i hvorvidt man hadde strategier og handlingsplaner, skolehelsetjenestene var plassert forskjellig i organisasjonsmodeller, prioritering av personalressurser og etablering av kommunale team. Selv om det var variasjoner i hvordan skolehelsetjenestens arbeid var forankret, var inntrykket fremdeles at forankring først og fremst la rammene for samarbeidet og at det var den enkelte skole og helsesykepleier som til syvende og sist måtte gi samarbeidet innhold.

Undersøkelsen om deltakelsen i prosjektet hadde ført til endret eller økt fokus på sårbare elever eller grupper av elever, viste at helsesykepleiernes arbeid med elever i sårbare situasjoner ofte dreier seg om situasjoner knyttet til hjemmesituasjonen for eleven. Det kunne være seg om utfordringer som er avgrenset tidsmessig eller som er mer vedvarende. Dette samsvarer bra med hvilken oppfølging helsesykepleier har kompetanse til å følge opp, og at barn med de største utfordringene sannsynligvis blir fulgt av andre tjenester med mer spesialisert kompetanse.

Koronasituasjonen førte til at helsesykepleiere periodevis ble omdisponert til andre arbeidsoppgaver. Dette gjaldt særlig den tidlige fasen av pandemien våren 2020. Samarbeidet mellom skole og skolehelsetjenesten i perioden kan ikke sies å ha vært mer systemrettet, men helsesykepleierne så ut til å særlig samarbeidet med skolene om å konsentrere innsatsen om oppfølging av enkeltelever som hadde kjente utfordringer fra før.

Sentrale punkter fra dette kapittelet

- Prosjektdeltakerne gir i ettertid uttrykk for at prosjektet hadde bidratt til å sette fokus på samarbeidet mellom skole og skolehelsetjeneste. Samtidig uttrykte informantene seg tvilende til at en styrking av skolehelsetjenesten ville påvirke læringsresultatene for hele elevpopulasjonen.
- Samarbeidet mellom skole og skolehelsetjeneste er forankret på ulike måter i kommunene gjennom f.eks. handlingsplaner, strategier, organisering, ressursbruk og organiserte team.
- Arbeid med barn i sårbare situasjoner var omtalt som en særlig viktig oppgave både før, under og etter prosjektet. Dette arbeidet skjedde både gjennom tverrfaglig samarbeid og i direkte arbeid med elevene.
- I mange av prosjektkommunene var det spesielt i våren 2020 at helsesykepleiers tilstedeværelse ble preget av koronasituasjonen med blant annet periodevis om-disponering. I denne fasen hadde de særlig oppmerksomhet på følge opp enkeltelever de kjente fra før og som de visste hadde utfordringer.

6 Oppsummering og drøfting

Det overordnede forskningsspørsmålet i hovedstudien (Federici mfl., 2020) var å undersøke hvorvidt færre elever per helsesykepleier førte til endringer i elevenes opplevde læringsmiljø, fravær og læringsresultater. Et annet formål var å rapportere fra implementeringen og prosessen, helsesykepleieres rolle når det gjaldt å bidra til utvikling av gode læringsmiljø og hvordan det flerfaglige samarbeidet foregikk. Generelt viste resultatene at tiltaket i liten grad påvirket elevenes opplevde læringsmiljø og registrerte fravær. Videre viste implementering- og prosessevalueringen at tiltaket i stor grad ble gjennomført i tråd med intensjonen. Selv om studien ble gjennomført i tråd med føringene, var det også enkelte avvik. Dette gjaldt særlig omrokkeringer av helsesykepleiere i oppstartsfasen, at noen av dem arbeidet ved både tiltaks- og kontrollskoler, samt at ikke alle overholdt prinsippet om å unngå oppsplitting av den tilførte ressursen. Når det gjaldt helsesykepleiers rolle i skolen viste studien at helsesykepleier, uten tvil, er en svært velkommen ressurs.

Utdanningsdirektoratet innvilget våren 2020 en todelt opsjon for å følge opp funn fra hovedstudien og for å kvalitativt undersøke utvalgte tema en tid etter gjennomføringen. I den første delen av rapporten gjennomgikk vi nye analyser av elevenes skoleprestasjoner for de elevene som var eksponert for tiltaket i to år. I tillegg undersøkte vi om tiltaket var av særlig betydning for noen grupper av elever. Gruppene vi så nærmere på var i) svakt presterende elever, ii) elever med minoritetsbakgrunn og iii) elever med lavt utdannede foreldre.

Den andre delen var av kvalitativ karakter hvor vi via intervjuer med representanter for skoleeier, skolehelsetjenesten og tiltaksskolene undersøkte tema som i) erfaringer med prosjektet, refleksjoner knyttet til funn og om flerfaglig arbeid i skolen ii) forankring av samarbeid i kommunen og ved skolene, iii) sårbare og utsatte elever og iv) koronasituasjonen. Samlet var formålet med videreføringen å utdype funn fra hovedstudien samt gi ytterligere innsikt i gjennomføringen, videreføring av erfaringer fra prosjektet og læringsutbytte.

Videre i dette kapitlet oppsummerer og drøfter vi først resultatene fra den nye effektevalueringen. Deretter går vi gjennom funnene fra den kvalitative studien. Rapporten avsluttes deretter med en kort konklusjon.

6.1 Funn fra effektevalueringen

Før hovedstudien ble iverksatt formulerte vi hypoteser om hvilke primære og sekundære utfallsmål vi forventet at en økt helsesykepleierdekning primært kunne påvirke. Primærutfallene var elevens trivsel, tilhørighet til skolen, mobbing og fravær. I videreføringen av prosjektet hadde vi ikke nye data på disse utfallene. Derimot bestilte vi nye registerdata fra SSB for å undersøke hvorvidt en lengre eksponeringsperiode kunne ha betydning for elevenes skoleprestasjoner, målt som resultater på nasjonale prøver, definert som et sekundærutfall. I hovedstudien var resultatene basert på elever eksponert for tiltaket i halvannet år, mens de nye dataene inneholdt resultater på nasjonale prøver for de elevene som var eksponert for tiltaket i to år.

Som i hovedstudien finner vi at resultatene på nasjonale prøver i 8. trinn er noe høyere ved tiltaksskolene, men denne gangen kun i engelsk og matematikk. Når det gjelder lesing så skårer elevene på kontrollskolene noe høyere. Det er likevel ingen statistisk signifikante effekter av tiltaket på gjennomsnittsprestasjonene ved noen av prøvene. I forrige rapport nevner vi at en mulig forklaring kan være at eventuelle forskjeller er for små til at vi kan forvente å fange dem opp gitt utvalgsstørrelsen. Når vi analyserer begge kohortene samlet, finner vi heller ingen effekter. At lesing nå skåres høyere på kontrollskolene enn ved tiltaksskolene underbygger at gjennomsnittsforskjellene mellom tiltaks og kontrollskolene skyldes naturlig variasjon.

Undergrupper

Vi har også gjennomført analyser av flere undergrupper. Formålet med disse analysene var å undersøke om gjennomsnittseffektene skjuler at undergrupper kan ha hatt en mulig effekt av tiltaket. En slik situasjon kan oppstå dersom en mindre gruppe opplever en effekt av tiltaket, men denne er for liten til å påvirke gjennomsnittet til hele elevpopulasjonen samlet. I hovedstudien fant vi en effekt når vi undersøkte undergrupper etter kjønn. For gutter fant vi en positiv effekt både i engelsk og regning, mens for jentene var effekten tilnærmet null. I de nye analysene finner vi ingen effekter på nasjonale prøver for hverken gutter eller jenter. Dette kan antyde at funnene også i hovedstudien skyldes naturlig variasjon i data.

Videre gjorde vi analyser av undergrupper som ikke ble studert i hovedstudien. Rasjonale var både datadrevet og basert på tidligere litteratur. Gruppene vi estimerte effekter for var i) svakt presterende elever, ii) elever med minoritetsbakgrunn og iii) elever med lavt utdannede foreldre. Heller ikke i disse undergruppene fant vi noen betydningsfulle effekter av tiltaket, men estimatet for 3. kvartil i engelsk og elever med høyt utdannede elever i engelsk var positivt og statistisk signifikant. Vi velger å ikke legge for mye i disse to funnene. I og med at vi ikke har randomisert

tiltaket innad i kvartiler, samtidig som vi kjører svært mange regresjoner, er det naturlig at vi finner noen signifikante estimater via naturlig variasjon i data. De fleste estimatene viser små eller ingen effekter, samt at disse funnene ikke er statistisk signifikante dersom vi tar høyde for multippel hypotesetesting.

Betraktninger om (fravær av) effekt

Som vi viste til i kapittel tre indikerer metastudier og enkeltstudier at universelle tiltak *kan* ha større effekt for subgrupper enn for målpopulasjonen som helhet. Samtidig viser studier at effektene gjerne er større for grupper av elever når de gjennomføres på selektert eller indikert nivå – altså at tiltaket er særlig rettet mot den aktuelle gruppen. I hovedstudien evaluerte vi primært effekten av en økt helsesykepleierressurs som et universelt tiltak til alle elevene ved tiltaksskolene. Nettopp fordi tiltaket ble universelt utformet og også implementert slik, var vi i hovedsak interessert i gjennomsnittseffektene av tiltaket på hele elevpopulasjonen. En slik utforming var et krav i konkurransegrunnlaget. I denne oppfølgingsstudien utvidet vi derimot analysene og studerte effekten av tiltaket på flere undergrupper. Disse analysene var ikke planlagt ved oppstart av prosjektet og var både eksplorerende og empiriske i sin karakter. Det er heller ikke slik at disse undergruppene er ensartet og det er problematisk å anta at helsesykepleiere innretter arbeidet sitt etter denne typen kategorisering. Som vi viste til i både hovedstudien og i denne oppfølgingen, har helsesykepleier oppmerksomheten rettet mot elever generelt, men som av ulike årsaker har utfordringer. Dersom hovedfokuset i studien hadde vært å også studere undergrupper, ville det vært naturlig å gjøre tiltaket mer spisset og tildele helsesykepleierressursen annerledes. Det betyr også at randomiseringen burde blitt basert på et slikt utgangspunkt. En slik eventuell tilnærming ville satt oss i stand til å identifisere effekter på disse undergruppene på en mer troverdig måte.

Som vi viste til i Federici mfl., 2020, kan manglende effekter i studien generelt skyldes faktorer som at: i) den spesifikke økningen i helsesykepleierressurs (12,5 prosent) ikke var stor nok til å utgjøre en forskjell; ii) det var liten innholdsmessig forskjell i hvordan helsesykepleiere arbeidet ettersom alle forholdt seg til samme nasjonale retningslinje; iii) det var overlapp med personell, aktiviteter og praksis mellom tiltaksskoler og kontrollskoler; iv) utfordringer knyttet til rekruttering, permisjoner og personellendringer i løpet av prosjektperioden; v) betydningen av ressursøkning kan ha vært stor for enkeltelever uten at dette fremkommer i de undergruppene vi har undersøkt; og vi) verdiene på utfallsvariablene var gode i utgangspunktet (ved baseline) og derfor krevende å forbedre. Sistnevnte kan dermed sies å handle om hvorvidt utfallsvariablene var endringssensitive nok gitt tiltaket og i hvilken grad de var egnet til å fange opp mindre eller moderate endringer

i løpet av prosjektperioden. Videre, og som vi pekte på i hovedrapporten, består ikke helsesykepleier sitt arbeid utelukkende av aktiviteter som nødvendigvis vil ha umiddelbar effekt på elevenes opplevde læringsmiljø og skoleprestasjoner, men kanskje heller utfall som i større grad er relatert til helse. Andre typer utfallsmål kunne ha fanget opp dette.

Den høye graden av lokal autonomi til å gi tiltaket innhold kan også ha hatt betydning for mulig effekt. Balansen mellom føringer og lokal fleksibilitet var et forsøk på å gjenspeile *den virkelige verden* hvor tiltakene skulle være knyttet til reelle behov. Selv om prosjektet var strukturert planmessig, kan en konsekvens av friheten ha vært at den enkelte helsesykepleier i stor grad selv definerte egne arbeidsoppgaver. Dette kan ha ført til kvalitetsforskjeller i utførelsen. I hovedrapporten konkluderer vi med tilfredsstillende implementeringskvalitet, samtidig som vi erkjenner at det ville vært formålstjenlig med ytterligere kunnskap om variasjonen i utførelsen. En mulig løsning kunne vært utfallsmål som i større grad fanget opp vurderinger og omfanget av det systemrettede og strukturerte samarbeidet mellom partene. Slike mål kunne utgjort kvalitetskriterier som gjennomføringen i større grad kunne blitt evaluert opp mot. Relatert er dermed også spørsmålet om implementeringsstøtten var tilstrekkelig for å sikre at praksis ble gjennomført i samsvar med føringene samt faglig og nasjonal retningslinje. En mulig måte å forebygge eller nøytralisere årsaker til manglende effekt kunne dermed vært et mer spisset tiltak eller et større innslag av opplæring og veiledning av de involverte i prosjektet.

Oppsummert vil vi, som i hovedrapporten, påpeke at funnene fra effektevalueringen forteller oss noe om betydningen av en *konkret* økning i helsesykepleierdekningen for elevenes skoleprestasjoner. Samtidig betyr det at studien ikke gir svar på alt man ønsker å vite. For eksempel sier ikke vår studie noe om effekten av en økt helsesykepleierdekning for andre skoletrinn enn de vi studerer, et tiltak av lengre varighet eller en større ekstraressurs. Det kan også være mulig at den har betydning for grupper av elever som vi ikke kan identifisere. Slik vil det alltid være når man gjennomfører randomiserte kontrollerte studier. Eksperiment kan gi presise svar på avgrensede aspekter, og det kreves flere studier for å gjøre bilde mer komplett og nyansert. Resultatene fra oppfølgingsstudien tyder på at å øke dekningen, slik at vi reduserer antall elever per helsesykepleier, gjennom en periode på 2 år for elever på 5.–7. trinn ikke påvirker elevenes skoleprestasjoner.

6.2 Funn fra den kvalitative oppfølgingsstudien

Samsvarende med funnene i hovedstudien, viser også oppfølgingsstudien at helsesykepleier beskrives som en viktig og verdsatt ressurs for skolene. Informantene ble invitert til å reflektere over deltakelsen i prosjektet og den betydning

tiltakene de igangsatte kan ha hatt. Imidlertid har slike refleksjoner også sine begrensninger. Tilbakeskuende intervjuer har blitt problematisert i metodelitteraturen, særlig knyttet til hukommelse og hvorvidt følelser og oppfatninger om fortiden er selektiv og farget (Repstad 1993). For eksempel opplevde vi at enkelte informanter hadde problemer med å huske eksakt hva de gjorde så langt tilbake fordi nyere minner forstyrret og gjorde dem usikre på hva de gjorde når. Et annet problem var utskiftninger av personell underveis i prosjektperioden. Videre vil tilbakeskuende narrativer beskrive historien slik deltakerne har laget seg den *etter* deltakelsen. I denne studien var slik retrospektiv lærdom ønskelig, nettopp for å kunne gå nærmere inn på hvorvidt 'Et lag rundt eleven' skapte grobunn for kontinuitet og videreføring av tiltaket. Med andre ord, hvorvidt tiltaket faktisk *har preget* forståelsen og oppfatningene til informantene, slik at deres yrkesutøvelse *ses i et annet lys*.

Vårt generelle inntrykk er at da prosjektdeltakerne reflekterte over deltakelsen i ettertid, handlet refleksjonene primært om innholdet i prosjektet, det strukturerte samarbeidet, og også om deres opplevelse av prosjektgjennomføringen. Mens alle i utgangspunktet var positive til prosjektets innhold, ble prosjektoverbelastning nevnt av en kommune. Dette ble grunnlagt med mange ulike prosjekter på en gang og med en opplevelse av ikke å ha vært involvert i avgjørelsen om å delta. Flere forhold kan ha påvirket manglende forankring av prosjektet. Vi har eksempler på utskiftninger av helsesykepleiere og ledelse på kommunenivå. Vi så også at noen kommuner ansatte prosjekthelsesykepleiere i stedet for å utvide stillingen til den helsesykepleieren som var ved skolen. Intervjuene vi gjorde, kan tyde på at slike prosjekthelsesykepleiere førte til sterkere eierforhold til prosjektet, men mindre forankring i skolene.

I de bakoverskuende refleksjonene pekte mange på verdien av å styrke og strukturere samarbeidsrelasjonen og forsterke forsøkene på å ha et systemrettet perspektiv. Her ble helsesykepleiers tilstedeværelse og opplevelse av tilhørighet på skolen ansett som sentral for å utvikle gode samarbeidsrelasjoner. På den andre siden uttryktes det lite overraskelse over at helsesykepleiers innsats, via ressursøkning og dreining av fokus, ikke hadde påvirket elevenes skoleprestasjoner. Dette er likevel ikke ensbetydende med at den teoretiske modellen som lå til grunn for prosjektet (se figur 2.1) ikke er relevant. Selv om vi i studien ikke fant effekter på undergrupper, kan prosjektet fremdeles ha ført til at helsesykepleier har hatt stor betydning for enkelte elevers trivsel, skoletilknytning og resultater, men at dette primært gjaldt enkelte elever. Et uttrykk som gikk igjen var helsesykepleiers helsefaglige blikk, som tok inn elevens totale situasjon på en annen måte enn lærerne med ansvar for elevenes faglige læring. Dette helsefaglige blikket ble av alle nevnt som et viktig supplement til lærernes pedagogiske blikk. For oss var det

tydelig at både skoleledere og helsesykepleierne så gevinsten i et tett samarbeid mellom de to faggruppene for å ivareta elever som er i sårbare situasjoner.

Prosjektets særlige oppmerksomhet på et systemrettet og strukturert samarbeid var forankret i den nasjonale retningslinjen for skolehelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2017). At dette er løftet frem i retningslinjen, kan sannsynligvis sees i sammenheng med en bekymring om helsesykepleiers knappe tid og at denne primært benyttes til individuelle samtaler med enkeltelever. Selv om funnene i denne studien langt på vei bekrefter at helsesykepleiere bruker en stor andel av arbeidsinnsatsen sin på enkeltelever, så er det muligens et spørsmål om ikke nettopp denne oppgaven er kjernen i helsesykepleiers rolle. I oppfølgingsstudien har vi eksempelvis sett hvordan helsesykepleier gjennom sin kjennskap til enkeltelever hadde oversikt over hvem det var viktig å ha kontakt med når skolene stengte ned. Vi har også sett at helsesykepleiere er svært oppmerksomme på elever som av ulike årsaker er i sårbare situasjoner. Dette illustrerer verdien av at helsesykepleier har en slik oversikt. I retningslinjen (Helsedirektoratet, 2017) blir skolehelsetjenestens 'støtte for barn og unge i en sårbar fase' spesifikt nevnt under begrunnelsen for et systemrettet samarbeid med skolen. Dette understreker at det ikke skal være en motsetning mellom det systemrettede samarbeidet og oppfølging av enkeltelever. En praktisk utfordring er eventuelt i hvilken grad skolehelsetjenesten er presset på tid og ressurser til å klare å fange opp når nye elever får spesielle utfordringer.

Samarbeid og forankring

Fra hovedstudien var inntrykket at samarbeidet mellom skole og skolehelsetjeneste primært dreide seg om samarbeidsrelasjonen mellom den enkelte rektor og helsesykepleier. I begrunnelsen for å ha et styrket og systemrettet samarbeid i retningslinjen blir det pekt på at dette gir en 'større mulighet for å fungere på lang sikt enn når samarbeidet er tilfeldig og personavhengig' (Helsedirektoratet, 2017). Sistnevnte står til en viss grad i kontrast til hvordan informantene i prosjektet har fremstilt samarbeidet. Ingen har eksplisitt fremstilt det som tilfeldig i den forstand av hva innholdet har vært. På den annen side ser det ut til å være en relativt allmenn oppfattelse at samarbeidet utvikles etter hvert som den personlige relasjonen vokser frem over tid. Selv om denne relasjonen ofte fremstilles som positiv og velfungerende, vil det kunne innebære en risiko for at skolehelsetjenestens arbeid vil svekkes hver gang det er utskifting av personale. For rektorer som opplever hyppige utskiftninger av helsesykepleiere over tid kan det tenkes at det med utskiftninger oppleves at helsesykepleiere ikke alltid har samme faglige fokus eller interesse. Kommunene kan sikre både at konsekvensen av endringer i

personalsituasjonen og samtidig bidra til at skolehelsetjenesten har et enhetlig og forutsigbart tilbud.

I oppfølgingsstudien fant vi ulike eksempler på hvordan man i kommunene gjør ulike grep for at innholdet i samarbeidet mellom skole og skolehelsetjeneste skal fremstå som enhetlig. Det ble vist til eksempler på handlingsplaner og strategier, men også måten kommunen organiserer tjenestene sine kan tenkes å spille inn. Selv om det ikke ble gjort til et tema i intervjuene, kan det tenkes at det i tillegg til å ha strategiske føringer for samarbeidet innad i kommunene, er viktig å levedegjøre og aktualisere de møteplasser og samarbeidsarenaer en har. I en av kommunene som arbeidet med en konkret plan for samarbeidet hadde en for eksempel brukt mye tid på å forankre planen blant rektorer i skolen. Det kan også være relevant å peke på at forventingen til samarbeid mellom skole og skolehelsetjeneste er sterkere formulert i de nasjonale føringene for skolehelsetjenesten enn hva tilfelle er for skolene.

Utsatte og sårbare elever

Basert på intervjuene vi gjorde i denne studien, er det tydelig at helsesykepleierne har et sterkt engasjement overfor elever som av ulike årsaker er utsatte eller befinner seg i sårbare situasjoner enten fordi de har vanskelige hjemmeforhold, har sosiale og emosjonelle utfordringer eller det er ytre forhold, for eksempel flytting som gjør situasjonen deres vanskelig. Dette er elever som trenger tilpasning utover pedagogisk tilrettelegging av læresituasjoner, men der det kan være viktig å kople læremessig tilrettelegging med ulike former for psykososial støtte. Vårt inntrykk er at i den grad helsesykepleiernes engasjement for disse elevene ble påvirket av prosjektet, handlet det om planlagt samarbeid med lærere og andre aktører på skolen om tilbudet til disse elevene, i tillegg til at økt timeressurs ga mer muligheter for å være tilgjengelig.

Fordi elever og foreldre kan ta kontakt med helsesykepleier uten at lærer vet om det og fordi helsesykepleier har taushetsplikt, kan det være en fare for at hennes oppfølging av enkeltelever kan være frakoplet det pedagogiske tilbudet. Imidlertid erfarte vi gjennom flere intervjuer at skolene hadde systemer for å fange opp elever som sliter og at dette da var satt i et system med samarbeid mellom den pedagogiske og den skolehelsefaglige tjenesten. Med et slikt samarbeid, mener vi elevene kan ivaretas på en best mulig måte. Lærerne møter elevene daglig og er viktige både når elever skal fanges opp og når oppfølging skal gjennomføres.

Vi erfarte at tilbudet til disse elevene varierte. Det kunne være samtaler med helsesykepleier der andre elever i klassen noen ganger var trukket med, men det kunne også være i form av mer strukturerte kurstilbud. En slik variasjon i tiltak, kan være et uttrykk for tilrettelegging ut fra det den enkelte elev har behov for.

Ved flere av skolene var det også en sosiallærer eller miljøarbeider som helsesykepleier og lærer kunne samarbeide med. Når et samarbeid mellom disse partene foregår på en god måte, vil de kunne danne et lag rundt de elevene som trenger det mest. Et godt samarbeid er bygget på respekt og kjennskap til hverandres fagområder slik at de kan utfylle hverandre. Det vil alltid være lærerne som har den daglige kontakten med elevene, og deres erfaringer med og kunnskaper om eleven i ulike situasjoner kan derfor være en nyttig kunnskap å ha med seg når en skal vurdere best mulig tiltak for elever i sårbare situasjoner. Det tilsier et tett samarbeid mellom den pedagogiske, den sosiale og den helsefaglige ekspertisen, særlig for de elevene som er ekstra utsatte.

Koronasituasjonen som kom i etterkant av prosjektet, var en prøvestein på hvordan skolen og kommunen klarte å ivareta elever i sårbare og utsatte situasjoner. Vårt inntrykk er at kommunene i denne situasjonen, særlig våren 2020 med skolenedstengningen, satte krisestab der normale samarbeidslinjer sluttet å fungere. En del helsesykepleiere ble involvert i smittesporing, en oppgave flere mente var naturlig ut fra den utdannelsen de har og at skolene var stengt. Likevel var det viktig for noen helsesykepleiere å ha kontakt med elever de visste var i sårbare situasjoner. Fra høsten 2020 var helsesykepleierne tilbake på skolene og kunne følge opp som tidligere. Da ble oppfølging av enkeltelever prioritert. Noen steder var ikke det systematiske samarbeidet kommet skikkelig i gang igjen da våre intervjuer ble gjennomført. Ut fra intervjuene kan det se ut som den situasjonen som oppstod endret det etablerte samarbeidet på skolen i den akutte tiden, og at det kanskje ville ta litt tid å få det tilbake i normalt gjenge.

Betydningen av prosjektet

I kapittel tre diskuterte vi ulike oppfatninger og tilnærminger til effektstudier generelt og implementering samt lokal tilpasning spesielt. Vi viste blant annet til Cuban (1998) som understreker at effektivitet og fidelitet (lojalitet) ikke bør være de eneste kriteriene som legges til grunn når tiltak evalueres. I oppfølgingsstudien ønsket vi å gjøre ytterligere analyser knyttet til vurderingene av tiltaket basert på *effektivitetskriteriet*, mens vi samtidig åpnet opp for andre kriterier. Dette ble hovedsakelig gjort i den kvalitative delen, ved å la lokale aktører, med bakoverskuende blikk, reflektere over erfaringene fra prosjektet. Vi tok blant utgangspunkt i funn fra spørreundersøkelsene som viste at en økt helsesykepleierressurs ble svært godt mottatt. Dette gav et bedre grunnlag for å vurdere tiltaket ut fra *popularitetskriteriet*. I tillegg til enighet om at en økt helsesykepleierressurs er utelukkende positivt, viste de kvalitative dataene også en erkjennelse av verdien av 'Et lag rundt eleven'. Videre viste intervjuene hvordan tiltaket ble *tilpasset* lokale

forhold og aktørene reflekterte over styrker og svakheter med løsningen som ble valgt i prosjektperioden.

Informantenes refleksjoner innebærer vurderinger av hva som skjedde, hvilke opplevelser og tanker man hadde underveis, hvem eller hva som påvirket spesifikke handlinger, og hvordan man ville handlet om noe lignende skulle gjøres om igjen. Kanskje spesielt framtrekkende er erfaringen av at *eierskap* er viktig, både i form av at skolen bør 'eie' sin helsesykepleier og at helsesykepleier bør føle *tilhørighet* til sin skole. Skolene som hadde en mer ambulerende helsesykepleier, eller en 'prosjekthelsesykepleier' i tiltaket, var eksplisitte på at dette hadde sine begrensninger. Vi fikk dermed også de lokale aktørene til å ta et framoverskuende blikk på hva de i etterkant har tatt med seg videre, og som dermed kan peke mot *varige virkninger*, som det siste vurderingskriteriet.

Overordnet er inntrykket at informantene har reflektert over hvordan erfaringene gjort i forbindelse med tiltaket kan bidra til at det systemrettede og flerfaglige samarbeidet kan utvikles og forbedres. Gitt refleksjonene i etterkant, basert på erfaringer utfordringer og visjoner om måter å overkomme disse på, og i kombinasjon med populariteten, sitter vi igjen med et ganske tydelig inntrykk av at tiltaket har satt varige spor, og at det er vilje til og interesse for å videreføre og videreutvikle måten å jobbe på i etterkant av prosjektet.

6.3 Konklusjon

I denne studien har vi gjort en todelt oppfølging av resultatene presentert i hovedrapporten. Den første delen innebar nye analyser av elevenes skoleprestasjoner, både i gjennomsnitt og for undergrupper. Konklusjonen fra effektstudien er at den konkrete økningen i ressurs som ble tilført gjennom prosjektet ikke førte til bedre skoleprestasjoner verken i gjennomsnitt eller for undergrupper, heller ikke når eksponeringsperioden økte. De nye analysene underbygger også at funn fra hovedstudien mest sannsynlig kan tilskrives naturlig variasjon i data.

Den andre delen av oppfølgingsstudien var av kvalitativ karakter, hvor vi fulgte opp utvalgte tema. Formålet var å utdype funn fra hovedstudien samt gi ytterligere innsikt i erfaringene til involverte helsesykepleiere, rektorer og kommunale ledere. Konklusjonen fra denne delen av studien er at helsesykepleier spiller en viktig rolle i skolen, særlig overfor elever som kommer i sårbare situasjoner. Både gjennom direkte møter og gjennom samarbeid med lærere, kan de hjelpe elevene gjennom skoleløpet. Prosjektet *endret* imidlertid ikke helsesykepleiernes fokus på elever i sårbare situasjoner, fordi det *allerede* var etablert som en viktig oppgave. Situasjonen som pandemien ga, gjorde at helsesykepleiernes jobbet mer med å følge opp enkeltelever i en periode. Det ser ut til at systematisk samarbeid er mer

sårbart for slike brudd, og at både skoleledelse og kommuneledelse er viktige for å sørge for at de etablerte strukturene kommer i gjenge igjen etter avbrudd.

Vi fant også at flere pekte på verdien av å styrke og strukturere samarbeidsrelasjonen og forsterke forsøkene på å ha et systemrettet perspektiv. Selv om det er variasjoner i hvordan samarbeidet finner sted, indikerer både hovedstudien og oppfølgingsstudien at det finnes et godt fundament for videreutvikling av et fungerende flerfaglig samarbeid. Her kan blant annet struktur, inkludering i profesjonsfelleskapet, likeverdighet og fysisk plassering være viktige faktorer å ta i betraktning, for å understøtte samarbeidet (Federici mfl., 2020). Oppmerksomhet rettet mot faglige, kontekstuelle og organisatoriske forhold aktualiseres også av at ytterligere profesjoner er ansatt og ansettes i skolen. Dette kan forsterke behovet for å avklare de strukturelle sidene ved det flerfaglige samarbeidet, mandat, oppgaver og møteplasser, samt forankring oppover i sektorene. Som i hovedstudien vil vi også her trekke frem at en bredere forankring innad i kommunene videre vil kunne gjøre det lettere å etablere strukturer for samarbeid på den enkelte skole.

Allerede i 2010 ble det pekt på et behov for mer kunnskap og erfaring om andre yrkesprofesjoner i skolen. Nå, litt over elleve år senere, markerer denne rapporten avslutningen på et større forskningsprosjekt hvor målet var å innhente mer kunnskap om nettopp dette. Selv om vi ikke fant effekter av selve tiltaket, har vi fremskaffet betydelig og viktig kunnskap om helsesykepleier sin rolle i samarbeidet med skolen. I tillegg opplever vi at prosjektet har satt varige spor ved at elementer og erfaringer fra deltakelsene videreføres og videreutvikles i kommunene. Studien er også et viktig forskningsmetodisk bidrag og et bidrag til det kvantitative kunnskapsgrunnlaget om skolen generelt. Vi opplever at eksperimentelle design er et viktig og godt supplement til andre metodiske tilnærminger. Eksperimentelle metoder, kombinert med solide implementering- og prosessevalueringer setter oss i bedre stand til å drøfte svake og sterke sider ved strategier og tiltak for endring av praksis, og kan også bidra med å identifisere moderatorer og hva som eventuelt virker for hvem.

Referanser

- Al Sayah, F., Szafran, O., Robertson, S., Bell, N. R. & Williams, B. (2014). Nursing perspectives on factors influencing interdisciplinary teamwork in the Canadian primary care setting. *Journal of Clinical Nursing*, 23(19-20), 2968-2979. <https://doi.org/10.1111/jocn.12547>
- Anderson, J. (2020). Reflection. *ELT Journal*, 74(4), 480-483. <https://doi.org/10.1093/elt/ccaa039>
- Arnesen, C. Å. (2003). *Gruinnskolekarakterer 2003*. Skriftserie 32/2003. Oslo: NIFU.
- Argyris, C., & Schön, D. (1974). *Theory in practice: Increasing professional effectiveness*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Bakken, A. (2009). *Ulikhet på tvers. Har foreldres utdanning, kjønn og minoritetsstatus like stor betydning for elevers karakterer på alle skoler?* NOVA-rapport 8. Oslo: NOVA. <https://doi.org/10.7577/nova/rapporter/2009/8>
- Bakken, A. (2010). *Prestasjonsforskjeller i Kunnskapsløftets første år – kjønn, minoritetsstatus og foreldres utdanning*. NOVA-rapport 9. Oslo: NOVA. <https://doi.org/10.7577/nova/rapporter/2010/9>
- Ball, S. J., Maguire M. & Braun, A. (2012). *How Schools do Policy: Policy Enactments in Secondary Schools*. London: Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203153185>
- Bergene, A.C., Lødding, B., Rogde, K., Myklebust, R.B., Bubikova-Moan, J. & Vika, K.S. (2020). *Evaluering av den nasjonale strategien Språkløyper: Sluttrapport*. NIFU-rapport 22. Oslo: NIFU.
- Bonesrønning, H. & J. M. V. Iversen (2008). *Suksessfaktorer i grunnskolen. Analyse av nasjonale prøver 2007*. SØF-rapport 05/08. Trondheim: Senter for økonomisk forskning (SØF).
- Borg, E., Christensen, H., Fossetøl, K. & Pålshaugen, Ø. (2015). *Hva lærerne ikke kan! Et kunnskapsgrunnlag for satsning på bruk av flerfaglig kompetanse i skolen*. AFI-rapport 6. Oslo: AFI <https://doi.org/10.7577/afi/rapport/2015:6>
- Brandlistuen, R.E., Helland, S.S., Evensen, L., Schjølberg, S., Tambs, K., Aase, H. & Wang, M.V. (2015). *Sårbare barn i barnehagen – betydningen av kvalitet*. FHI-rapport 09. Oslo: FHI

- Brinkman, S. & Kvale, S. (2015). *Interviews. Learning the craft of qualitative research interviewing. 3.utg. London: Sage.*
- Bronstein, L. R. (2002). Index of interdisciplinary collaboration.(instrument development). *Social work research, 26*(2), 113-127.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1093/swr/26.2.113>
- Bru, E., Boyesen, M., Munthe, E., & Roland, E. (1998). Perceived social support at school and emotional and musculoskeletal complaints among Norwegian 8th grade students. *Scandinavian Journal of Educational Research, 42*(4), 339-356.
<https://doi.org/10.1080/0031383980420402>
- Bru, E., Idsøe, E.C. & Øverland, K. (2016). Psykisk helse i skolen. I E.Bru, E.C. Idsøe & K. Øverland (red). *Psykisk helse i skolen*. Universitetsforlaget.
- Bufdir, (2020). *Koordineringsgruppen for tjenester til sårbare barn og unge. Første statusrapport*. Oslo: Bufdir
- Campbell, H. & Macdonald, S. (1995). The school health service in fife: A survey of the views of school head and guidance teachers. *Public Health, 109*(5), 319-326. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0033-3506\(95\)80003-4](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0033-3506(95)80003-4)
- Caspersen, J., Hermstad, I.H., Hybertsen, I.D., Lynnebakke, B., Vika, K.S., Smedsrud, J., Wendelborg, C., & Federici, R.A. (2021) *Koronapandemien i grunnskolen - håndtering og konsekvenser*. Trondheim/Oslo: NTNU Samfunnsforskning/NIFU
- Clancy, A., Gressnes, T. & Svensson, T. (2013). Public health nursing and interprofessional collaboration in n orwegian municipalities: A questionnaire study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 27*(3), 659-668.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2012.01079.x>
- Cuban, L. (1998). How schools change reforms: Redefining reform success and failure. *Teachers College Record, 99*(3), 453-477
- D'Amour, D., Ferrada-Videla, M., San Martin Rodriguez, L. & Beaulieu, M.-D. (2005). The conceptual basis for interprofessional collaboration: Core concepts and theoretical frameworks. *Journal of Interprofessional Care, 19*(1), 116-131. <https://doi.org/10.1080/13561820500082529>
- Downey, D. & Condron, D. (2016). Fifty Years since the Coleman Report. *Sociology of Education, (89)*3, 207-220, <http://dx.doi.org/10.1177/0038040716651676>
- Durlak, J. A. & DuPre, E. P. (2008). Implementation Matters: A Review of Research on the Influence of Implementation on Program Outcomes and the Factors Affecting Implementation. *American Journal of Community Psychology, 41*, 327-350. <https://doi.org/10.1007/s10464-008-9165-0>
- Durlak, J. A., Weissberg, R. P., Dymnicki, A. B., Taylor, R. D., & Schellinger, K. B. (2011). The impact of enhancing students' social and emotional learning: A meta-analysis of school-based universal interventions. *Child development, 82*(1), 405-432. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2010.01564.x>

- Drugli, M. B. (2011). Kvalitet på lærer-elev-relasjonen i norsk grunnskole. *Spesialpedagogikk*, 4, 26-33.
- Edwards, S. (2017). Reflecting differently. New dimensions: reflection-before-action and reflection-beyond-action. *International Practice Development Journal*, 7(1), 1-14. <https://doi.org/10.19043/ipdj.71.002>
- Evans, M.D.R., Kelley, J., Sikora, J. & Treiman, D.J. (2010). Family scholarly culture and educational success: Books and schooling in 27 nations. *Research in Social Stratification and Mobility*, (28)2, 171-197, <http://dx.doi.org/10.1016/j.rssm.2010.01.002>.
- Federici, R. A., Helleve, A., Midthassel, U. V., Salvanes, K. V., Pedersen, C., Bergene, A. C., Bru, L. E., Bøckmann, E., Vika, K. S., og Wollscheid, S. (2020) *Et lag rundt eleven: Økt helsesykepleierressurs i systemrettet og strukturert samarbeid med skole – en effektevaluering*. Oslo: NIFU, FHI, UIS
- Federici, R. A., Flatø, M., Bru, L. E., Midthassel, U. V., Helleve, A. & Rønsen, E. (2019). Can school nurses improve the school environment in norwegian primary schools? A protocol for a randomized controlled trial. *International Journal of Educational Research*, 96, 63-80. <https://doi.org/10.1016/j.ijer.2019.05.008>
- Fullan, M. (1994). *Change Forces: Probing the Depths of Educational Reform*. The Falmer Press, Philadelphia
- Gammelsrud, T., Kvarme, LGK & Misvær, N. (2017). Hvem går til helsesøster? *Tifsskrift for ungdomsforskning*.17(1), 54-72.
- Gingiss, P. M., Roberts-Gray, C., & Boerm, M. (2006). Bridge-It: A system for predicting implementation fidelity for school-based tobacco prevention programs. *Prevention Science*, 7(2), 197-207. <https://doi.org/10.1007/s11121-006-0038-1>
- Glasgow, R. E., Vogt, T. M., & Boles, S. M. (1999). Evaluating the public health impact of health promotion interventions: the RE-AIM framework. *American Journal of Public Health*, 89(9), 1322-1327. <https://doi.org/10.2105/AJPH.89.9.1322>
- Havik, T. (2016). Skolevegring. I E.Bru, E.C. Idsøe & K. Øverland (red). *Psykisk helse i skolen*. Universitetsforlaget.
- Havnes, T., & Mogstad, M. (2011). No Child Left Behind: Subsidized Child Care and Children's Long-Run Outcomes. *American Economic Journal: Economic Policy*, 3(2), 97-129. <https://doi.org/10.1257/pol.3.2.97>
- Helleve, A., Midthassel, U. V., & Federici, R. A. (2020). Finding the balance between collaboration and autonomy among school nurses in interaction with schools. *Journal of School Nursing*. pp. 1-10. <https://doi.org/10.1177/1059840520918924>

- Helsedirektoratet. (2017). *Nasjonalt faglig retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Hjälmhult, E., Wold, B. & Samdal, O. (2002). Skolehelsetjenesten og helsefremmende arbeid: Samarbeid mellom helsesøstre og lærere ved de norske skolene i 'europaisk nettverk av helsefremmende skoler'. *Vård i Norden*, 22(1), 42-46.
<https://doi.org/10.1177/010740830202200108>
- Holen, S., Waaktaar, T., Lervåg, A., & Ystgaard, M. (2012). The effectiveness of a universal school-based programme on coping and mental health: a randomised, controlled study of Zippy's Friends. *Educational Psychology*, 32(5), 657-677. <https://doi.org/10.1080/01443410.2012.686152>
- Humphrey, N., Lendrum, A., Ashworth, E., Frearson, K., Buck, R. & Kerr, K. (2016). *Implementation and process evaluation (ipe) for interventions in education settings: An introductory handbook* Education Endowment Foundation.
- Hustad, B.-C., Strøm, T. & Strømsvik, C. L. (2013). *Kompetanse i pp-tjenesten - til de nye forventningene? : Kartlegging av kompetansen i pp-tjenesten*. Bodø: Nordlandsforskning.
- Hægeland, T., Kirkebøen, L. J., Raaum, O. og K. G. Salvanes (2007). *Skolebidragsindikatorer for Oslo-skoler. Beregnet for avgangskarakterer fra grunnskolen for skoleårene 2004-2005 og 2005-2006*. Rapporter 2007/28. Oslo – Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå.
- Johannessen, B., Skotheim, T. & Holst-Jæger, J. E. (2019). Samarbeid om elever på tvers. *Bedre Skole*, 31(1), 12-16.
- Kegler, M. C., Steckler, A., Malek, S. H., & McLeroy, K. (1998). A multiple case study of implementation in 10 local project ASSIST coalitions in North Carolina. *Health Education Research*, 13(2), 225-238.
<https://doi.org/10.1093/her/13.2.225>
- Kendall, P. C., Gosch, E., Furr, J. M., & Sood, E. (2008). Flexibility within fidelity. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47(9), 987-993. <https://doi.org/10.1097/CHI.0b013e31817eed2f>
- Kingery, J. N., Erdley, C. A., & Marshall, K. C. (2011). Peer acceptance and friendship as predictors of early adolescents' adjustment across the middle school transition. *Merill-Palmer Quarterly*, 57(3), 215-243.
<https://doi.org/10.1353/mpq.2011.0012>
- Kvarme, L. G., Helseth, S., Sørnum, R., Luth-Hansen, V., Haugland, S. & Natvig, G. K. (2010). The effect of a solution-focused approach to improve self-efficacy in socially withdrawn school children: A non-randomized controlled trial. *International journal of nursing studies*, 47(11), 1389-1396.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2010.05.001>

- Kvarme, L. G., Aabø, L. S. & Sæteren, B. (2016). From victim to taking control: Support group for bullied schoolchildren. *The Journal of School Nursing*, 32(2), 112-119. <https://doi.org/10.1177/1059840515590608>
- Lendrum, A., & Humphrey, N. (2012). The importance of studying the implementation of interventions in school settings. *Oxford Review of Education*, 38 (5), 635-652. <https://doi.org/10.1080/03054985.2012.734800>
- Lund, I. (2015). Sårbare elever i skolen - Ulike perspektiver og tilrettelegging av læringsmiljøet. *Spesialpedagogikk*, 2.
- Malmberg-Heimonen, I., Christensen, H., Tøge, A. G. & Hynek, K. A. (2019). Bedre tverrprofesjonelt samarbeid i barneskolen. *Bedre Skole*, 31(1).
- Martinsen, N., Andersen, K., Strekerud, H., Evensen, S. & Torp, C. (2014). *Når blått og gult blir grønt. Tverrfaglig samarbeid som arbeidsredskap*. Oslo: Kommuneforlaget AS.
- Meld. St. 19. (2009-2010). *Tid til læring – oppfølging av tidsbruksutvalgets rapport*. Oslo: Kunnskapsdepartementet.
- Melby, L., Thaulow, K., Lassemo, E. og Ose, S.O. (2020). *Sykepleieres erfaringer med første fase av koronapandemien*. Trondheim: SINTEF.
- Midthassel, U. V. (2011). Utvikling av håndbok i klasseledelse – en skoleomfattende sak. I U. V. Midthassel, E. Bru, S. K. Ertesvåg & E. Roland (Red.), *Tidlig intervensjon og systemrettet arbeid for et godt læringsmiljø*.
- Murberg, T., & Bru, E. (2009). The relationships between perceived support in the school environment and depressive symptoms among Norwegian senior high school students: A prospective study. *Social Psychology of Education*, 12, 361-370. <https://doi.org/10.1007/s11218-008-9083-x>
- Mælan, E. N. (2018). *Læreres praksis og elevers psykiske helse. En eksplorerende studie i ungdomsskolen* (Doktorgradsavhandling). Fakultet for lærerutdanning og pedagogikk, Høgskolen i Innlandet.
- Mælan, E. N., Tjomsland, H. E., Baklien, B. & Thurston, M. (2020). Helping teachers support pupils with mental health problems through inter-professional collaboration: A qualitative study of teachers and school principals. *Scandinavian Journal of Educational Research*, 64(3), 425-439. <https://doi.org/10.1080/00313831.2019.1570548>
- OECD (2019). *PISA 2018 Results (Volume II): Where All Students Can Succeed*. Paris: OECD Publishing <https://doi.org/10.1787/b5fd1b8f-en>.
- Opheim, V., Grøgaard, J.B. & T. Næss (2010): *De gamle er eldst? Betydning av skoleressurser og læringsmiljø for elevenes prestasjoner på 5., 8. og 10. trinn i grunnopplæringen*. Rapport 34/2010. Oslo: NIFU STEP.
- Repstad, P. (1993). *Mellom nærhet og distanse. 2. utgave*. Oslo: Universitetsforlaget.

- Riley, B. L., Taylor, S. M., & Elliott, S. J. (2001). Determinants of implementing heart healthy promotion activities in Ontario public health units: A social ecological perspective. *Health Education Research*, 16(4), 425–441. <https://doi.org/10.1093/her/16.4.425>
- Romano, J. P., & Wolf, M. (2005). Stepwise multiple testing as formalized data snooping. *Econometrica* 73 (4): 1237-1282. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0262.2005.00615.x>
- Roland, E. (2007). *Mobbingens psykologi*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Røvik, K. A. (2014) Reformideer og deres tornefulle vei inn i skolefeltet, i: Røvik, K. A., Eilertsen, T. V. & Furu, E. M (red). *Reformideer i norsk skole. Spredning, oversettelse og implementering*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Sirin, S. (2005). Socioeconomic Status and Academic Achievement: A Meta-Analytic Review of Research. *Review of Educational Research*, 75(3), 417-453, <http://dx.doi.org/10.3102/00346543075003417>
- Statistisk sentralbyrå (2021). 3 av 4 kommuner omdisponerte helsesykepleier som følge av korona, Nettartikkel, (lest 5.10.2021). <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/3-av-4-kommuner-omdisponerte-helsesykepleiere-som-folge-av-korona>
- Sørli, MA., Idsoe, T., Ogden, T. et al. Behavioral Trajectories During Middle Childhood: Differential Effects of the School-Wide Positive Behavior Support Model. *Prev Sci* 19, 1055–1065 (2018). <https://doi.org/10.1007/s11121-018-0938-x>
- Teige, A.-M. & Hedlund, M. (2016). utfordringer ved helsesøsterrollen i tverrfaglig samarbeid. *Sykepleien Forskning*, 11(1). <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2016.56817>
- Thomson, S. (2018) Achievement at school and socioeconomic background—an educational perspective. *Science of Learning* 3(5), 1-2. <https://doi.org/10.1038/s41539-018-0022-0>
- Veland, J. (2011). Klarer skolen å inkludere de sosialt sårbare elevene? I U. V. Midthassel, E. Bru, S. K. Ertesvåg & E. Roland (red.), *Sosiale og emosjonelle vansker - barnehagens og skolens møte med sårbare barn og unge*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Wain, A. (2017). Learning through reflection. *British Journal of Midwifery*, 25(10), 662-666. <https://doi.org/10.12968/bjom.2017.25.10.662>
- Weiss, R.S. (1994). *Learning from strangers: The art and method of qualitative interview studies*. New York: The Free Press
- Wiborg, Ø., Arnesen, C.Å., Grøgaard, J.B., Støren, L.A. & Opheim, V. (2011). *Elevers prestasjonsutvikling – hvor mye betyr skolen og familien? Andre delrapport fra prosjektet «Ressurser og resultater»*. Oslo: NIFU.

Wilson, S. J., Lipsey, M. W. & Derzon, J. H. (2003). The effects of school-based intervention programmes on aggressive behaviour: a meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 136–149.

<https://doi.org/10.1037/0022-006X.71.1.136>

Waldum-Grevbo, K. S. (2018). Helsesøster: Følger du de nye, nasjonale anbefalingene? *Sykepleien*, 106.

<https://doi.org/https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2018.70773>

Vedlegg A

Intervjuguidar, oppfølgingsstudien

- a. Intervjuguide helsesjukepleiar
- b. Intervjuguide kommuneleiing
- c. Intervjuguide rektor

a) Intervjuguide helsesjuepleiar, våren 2021

i) Prosjektet

- Deltok du i prosjektet?
- Kva erfaringar har du sett nå i ettertid?
- Kva refleksjonar har du gjort deg knytt til kva som fungerte godt og kva som ikkje fungerte så godt?
- Viss du ikkje deltok i prosjektet, ser du spor etter prosjektdeltakinga i form av samarbeidsrutinar mellom helsesjuepleiar og leiinga eller lærarane?

ii) Funn frå prosjektet – læringsmiljø og læringsresultat

Det er ingen tydelege teikn på at tiltaket har påverka læringsresultat, men ser vi på nasjonale prøvar for 8. trinn, kan det sjå ut som at det er ein positiv effekt hos gutar i engelsk og matematikk. Og vi ser at elevar på tiltakskular rapporterer mindre digital mobbing enn elevar på kontrollskular.

- Kva tenkjer du om eventuelle samanhengar mellom desse resultatata og den auka helsesjuepleiarressursen?

iii) Funn fra prosjektet – helsesjuepleiar si rolle

Prosjektet konkluderte med at både helsesjuepleiarar og skulane var udelt positive til helsesjuepleiarane i skulen

- Kjenner du deg att i ei slik framstilling? Viss du på tross av positivitet skulle trekke fram noen utfordringer, hva ville det være?

At ein er udelt positive handlar både om at helsesjuepleiar kan vera ein annan vaksen enn læraren som elevar og foreldre kan vende seg til når noko er vanskeleg. Dei nemner for eksempel det at helsesjuepleiar har ein annan kompetanse og derfor eit anna blikk, som utfyller læraren sitt blikk når ein står ovanfor elevar som har ulike typar vanskar, kanskje særleg i forhold til mental helse.

- Kva tenkjer du om dette «andre blikket»? Korleis kjem det til uttrykk? I kva samanhengar er nyttigast? Oppstår det nokre gonger utfordringar på grunn av det?

Samtidig ser vi at det er stor variasjon mellom lærarar på ein skule når det gjeld kor mykje og korleis samarbeid med helsesjuepleiar som går føre seg på klasse og individnivå. Funna tyder på at dette kan handle meir om relasjonar og etablerte personlege samarbeid enn organisatoriske strukturer.

Er dette en påstand du kan støtte? Handlar det om personlege relasjonar, eller også om profesjonar?

iv) Oppgåvene dine i dag

- Kva erfaringar har du med å vera involvert i oppgåver retta mot sårbare og/eller særleg utsette elevgrupper?
- Kva elevgrupper og kva oppgåver har det eventuelt vore snakk om?
- Har du på noko måte vore involvert i arbeidet med å redusere digital mobbing? Kva type oppgåver har det i vore snakk om i tilfelle, og kva rolle har du sjølv hatt?
- Korleis opplever ein at arbeidet som helsesjukaer er forankra i strategiske føringar kommunen?

v) Forankring av oppgåver

- Korleis påverkar kommunen dei oppgåvene du har på skolen?
- I kva grad har det noko betydning å oppleve at arbeidet er forankra i kommunen?
- Korleis vil du skildre den oppfølginga du får frå leiinga di kommunen?
- Hadde du ynskt at det hadde vore annleis? I tilfelle korleis?

vi) Koronasituasjonen

- Korleis har koronasituasjonen prega arbeidet ditt som helsesjukaer?
- I kva grad har koronasituasjonen prega samarbeidet med skulen og andre tenester?
- Korleis vil ein skildre elevkontakten ein har hatt gjennom koronasituasjonen samanlikna med normalsituasjonen?

b) Intervjuguide – kommuneleing

i) Kommunen sitt arbeid med skulehelsetenesta

- Har kommunen ein vedteken strategi for arbeidet skulehelsetenesta gjer i skulane?
 - (Oppfølging: kva handlar strategien om? Dersom ein ikkje har ein eigen strategi, er det andre strategiske avgjersle som er tekne om skulehelsetenesta)
- Er det frå kommunen lagt føringar for at skulehelsetenestetilbodet skal vera likt ved alle skulane i kommunen?
 - (Oppfølging: er det særlege oppgåver skulehelsetenesta skal fokusere på ved skulane i kommunen?, i kva grad fordeler ein skulehelsetenesteressursar til skulane etter ei vurdering av behova ved dei ulike skulane?)
- Er det frå kommunen lagt føringar for korleis samarbeidet skal gå føre seg på skulen, mellom skulen sine tilsette og helsesjukepleiar?
- I kva grad er du som leiar av skulesektoren involvert i planer om skulehelsetenesta sitt arbeid?
- Er det møteplassar på kommunalt nivå der ein drøftar samarbeidet mellom tenestene i kommunen?
 - (Oppfølging: kven (også andre tenester) deltek, kven initierer møta, kor ofte, er det eigne møter, kva type saker vert diskutert, kva dreier eventuelle diskusjonar seg om osv.)
- Korleis fungerer dette samarbeidet mellom skulesektor og skulehelsetenesta etter ditt syn?

ii) Funn frå prosjektet – læringsmiljø og læringsresultat

Det er ingen tydelege teikn på at tiltaket har påverka læringsresultat, men ser vi på nasjonale prøvar for 8. trinn, kan det sjå ut som at det er ein positiv effekt hos gutar i engelsk og matematikk. Og vi ser at elevar på tiltakskular rapporterer mindre digital mobbing enn elevar på kontrollskular.

- Kva tenkjer du om eventuelle samanhengar mellom desse resultatata og den auka helsesjukepleiarressursen?

iii) Funn fra prosjektet – helsesjukepleiar si rolle

Prosjektet konkluderte med at både helsesjukepleiarar og skulane var udelt positive til helsesjukepleiarane i skulen

- Kjenner du deg att i ei slik framstilling? Viss du på tross av positiviteten skulle trekkje fram utfordringar, kva ville det i så fall vera?

At ein er udelt positive handlar både om at helsesjukepleiar kan vera ein annan vaksen enn læraren som elevar og foreldre kan vende seg til når noko er vanskeleg. Dei nemner for eksempel det at helsesjukepleiar har ein annan kompetanse og derfor eit anna blikk, som utfyller læraren sitt blikk når ein står ovanfor elevar som har ulike typar vanskar, kanskje særleg i forhold til mental helse.

- Kva tenkjer du om dette «andre blikket»? Korleis kjem det til uttrykk? I kva samanhengar er nyttigast? Oppstår det nokre gonger utfordringar på grunn av det?

Samtidig ser vi at det er stor variasjon mellom lærarar på ein skule når det gjeld kor mykje og korleis samarbeid med helsesjukepleiar som går føre seg på klasse og individnivå. Funna tyder på at dette kan handle meir om relasjonar og etablerte personlege samarbeid enn organisatoriske strukturer.

- Er dette en påstand du kan støtte? Handlar det om personlege relasjonar, eller også om profesjonar?

iv) Funn frå prosjektet - samarbeidsarenaer

Når det gjaldt deltaking på skulen sine samarbeidsarenaer, såg vi at helsesjukepleiar ofte i liten grad var involvert på planleggingsdagar eller i elevrådsarbeid på skulen. Dei var oftare involvert i skulen sine tverrfaglege ressursteam og foreldremøte.

- Basert på erfaringane dine frå prosjektet, kva arenaer meiner du at det helsesjukepleiar bør delta på?

v) Koronasituasjonen

- Korleis har koronasituasjonen prega samarbeide mellom skulehelsetenesta og skulesektoren?

c) Intervjuguide – rektor

i) Prosjektet

- Deltok du i prosjektet?
- Kva erfaringar har du sett nå i ettertid?
- Kva refleksjonar har du gjort deg knytt til kva som fungerte godt og kva som ikkje fungerte så godt?
- Viss du ikkje deltok i prosjektet, ser du spor etter prosjektdeltakinga i form av samarbeidsrutinar mellom helsesjukepleiar og leiinga eller lærarane?

ii) Funn frå prosjektet – læringsmiljø og læringsresultat

Det er ingen tydelege teikn på at tiltaket har påverka læringsresultat, men ser vi på nasjonale prøvar for 8. trinn, kan det sjå ut som at det er ein positiv effekt hos gutar i engelsk og matematikk. Og vi ser at elevar på tiltakskular rapporterer mindre digital mobbing enn elevar på kontrollskular.

- Kva tenkjer du om eventuelle samanhengar mellom desse resultatata og den auka helsesjukepleiarressursen?

iii) Funn fra prosjektet – helsesjukepleiar si rolle

Prosjektet konkluderte med at både helsesjukepleiarar og skulane var udelt positive til helsesjukepleiarane i skulen

- Kjenner du deg att i ei slik framstilling? Viss du på tross av positivitet skulle trekke fram noen utfordringer, hva ville det være?

At ein er udelt positive handlar både om at helsesjukepleiar kan vera ein annan vaksen enn læraren som elevar og foreldre kan vende seg til når noko er vanskeleg. Dei nemner for eksempel det at helsesjukepleiar har ein annan kompetanse og derfor eit anna blikk, som utfyller læraren sitt blikk når ein står ovanfor elevar som har ulike typar vanskar, kanskje særleg i forhold til mental helse.

- Kva tenkjer du om dette «andre blikket»? Korleis kjem det til uttrykk? I kva samanhengar er nyttigast? Oppstår det nokre gonger utfordringar på grunn av det?

Samtidig ser vi at det er stor variasjon mellom lærarar på ein skule når det gjeld kor mykje og korleis samarbeid med helsesjukepleiar som går føre seg på klasse og individnivå. Funna tyder på at dette kan handle meir om relasjonar og etablerte personlege samarbeid enn organisatoriske strukturer.

- Er dette en påstand du kan støtte? Handlar det om personlege relasjonar, eller også om profesjonar?

iv) Oppgåvene dine i dag

- Kva erfaringar har du med å involvere helsesjukepleiar i oppgåver retta mot sårbare og/eller særleg utsette elevgrupper?
- Kva elevgrupper og kva oppgåver har det eventuelt vore snakk om?
- Korleis arbeider skulen med digital mobbing og i kva grad er helsesjukepleiar involvert i dette arbeidet?
- I kva grad er helsesjukepleiar involvert i arbeidsoppgåver som avlastar lærarar og bidreg til å betre læringssituasjonen ved skulen?

v) Koronasituasjonen

- Korleis har koronasituasjonen prega samarbeide ditt med helsesjukepleiar?
- Korleis skil samarbeidet med helsesjukepleiar under korona samanlikna med ein normalsituasjon?

Tabelloversikt

Tabell 2.1 Oversikt deltakende kommuner, antall skoler og elever	27
Tabell 2.2 Oversikt antall helsesykepleiere, rektorer og lærere i prosjektet	27
Tabell 2.3 Datakilder i prosjektet	28
Tabell 4.1: Deskriptiv beskrivelse av 2017-kohorten.....	42
Tabell 4.2: Forskjell mellom tiltaks- og kontrollskoler, observerbare kjennetegn på elevene i 2017 kohorten.....	44
Tabell 4.3: Forskjell mellom tiltaks- og kontrollskoler i andel som mangler resultater på nasjonale prøver.....	44
Tabell 4.4: Forskjell mellom tiltaks- og kontrollskoler, gjennomsnittseffekt.....	45
Tabell 4.5: Forskjell mellom tiltaks- og kontrollskoler, undergrupper.....	46
Tabell 4.6: Forskjell mellom tiltaks- og kontrollskoler på NP8 etter prestasjon på NP5, lesing	48
Tabell 4.7: Forskjell mellom tiltaks- og kontrollskoler på NP8 etter prestasjon på NP5, regning	48
Tabell 4.8: Forskjell mellom tiltaks- og kontrollskoler på NP8 etter prestasjon på NP5, engelsk.....	49
Tabell 4.9: Forskjell mellom tiltaks- og kontrollskoler på NP8 etter minoritetsbakgrunn	50
Tabell 4.10: Forskjell mellom tiltaks- og kontrollskoler på NP8 etter foreldrenes utdanningsnivå.....	50
Tabell 5.1: Oversikt over informanter i oppfølgingsstudien.....	54

Nordisk institutt for studier av
innovasjon, forskning og utdanning

Nordic institute for Studies in
Innovation, Research and Education

www.nifu.no