



UiT Norges arktiske universitet

Det helsevitenskaplige fakultet

Digitalisering i helsesykepleietjenesten

En kvalitativ studie av helsesykepleieres erfaringer med digital kommunikasjon med ungdom

Katrine Hermansen

Masteroppgave i helsesykepleie

Mai 2022

Antall ord: 23044

Forord

Proessen med denne oppgaven har vært spennende og lærerik, men også til tider svært krevende og intens. Det har vært givende å fordype seg i et interessant og aktuelt tema, og selv om veien til målet har vært både kronglete og bydd på en del utfordringer, er det en fantastisk følelse at tiden er inne for å levere et ferdig produkt.

Jeg ønsker å takke helsesykepleierne som takket ja til å være informanter, og som delte av sine mange og innholdsrike erfaringer, refleksjoner og tanker. Tusen takk for tiden og kunnskapen dere har bidratt med! Jeg vil også rette en stor takk til min veileder Ellinor Beddari og mine medstudenter ved Universitetet i Tromsø, som har bidratt med god veiledning, konkrete tilbakemeldinger og givende refleksjoner.

Til slutt vil jeg takke venner og familie for god motivasjon og oppmuntring, ikke minst, tusen takk til Tomas, for din uendelige tålmodighet, optimisme og uunnværlige støtte!

Katrine Hermansen

Tromsø, mai 2022

Sammendrag

Bakgrunn: Formålet med studien var å belyse helsesykepleieres erfaringer med digital kommunikasjon med ungdom. Hensikten var å bidra med kunnskap om helsesykepleieres synspunkter på og holdninger til en mer digitalisert skolehelsetjeneste.

Problemstilling: Hvilke erfaringer har helsesykepleiere med digital kommunikasjon med ungdom?

Teori: De teoretiske perspektiver som er inkludert i oppgaven er etikk, fenomenologien om kroppen, profesjonell kommunikasjon og relasjonskompetanse. Innenfor etikk er særlig skjønn og ansvar relevant, og innenfor profesjonell kommunikasjon fokuseres det på nonverbal kommunikasjon, samt affektinntoning.

Metode: Kvalitativ metode. Utvalget består av fire helsesykepleiere som jobber på videregående skole. Datainnsamling er gjort gjennom fire individuelle intervju ved bruk av semistrukturert intervjuguide. Intervjuene ble gjennomført digitalt på plattformen Microsoft Teams. Analysen av datamaterialet er inspirert av Johannessen, Rafoss og Rasmussen sin tematiske analyse.

Resultat: Den tematiske analysen resulterte i tre kategorier som utgjorde det empiriske materialet: helsesykepleier på mange digitale plattformer, tilgjengelig for ungdommene og innholdet i møtet mellom helsesykepleier og ungdom. Kategoriene viser ulike rammer og bruksområder for de forskjellige plattformene, hvordan digital kommunikasjon innvirker på helsesykepleiers tilgjengelighet, og aspekter ved dialogen mellom helsesykepleier og ungdom som påvirkes ulikt i fysiske og digitale møter.

Avslutning: Funnene i studien belyser noen utfordringer og muligheter som kan relateres til bruk av digital kommunikasjon i skolehelsetjenesten. Sammenliknet med fysiske møter var det mange aspekter ved disse som ikke kunne erstattes digitalt. Likevel tyder funnene på at digitale kommunikasjon er et viktig supplement til tjenesten.

Nøkkelord: Digital kommunikasjon, ungdom, helsesykepleier, skolehelsetjeneste, videokonsultasjoner, sosiale medier

Summary

Background: The aim of this study was to illuminate public health nurses' experiences in communicating digitally with adolescents. The purpose was to contribute to knowledge about public health nurses' views on, and attitudes towards a more digital school health service.

Research question: What experiences do public health nurses have with digital communication with adolescents?

Theory: The theoretical perspectives included in the thesis are ethics, the phenomenology of the body, professional communication, and developing skills in professional relationships. Within ethics, particular clinical judgement and responsibility are relevant, and within professional communication the focus is on nonverbal communication, as well as affect attunement.

Method: Qualitative method. The sample consists of four public health nurses working in upper secondary school. Data collection is done throughout individual interviews using a semi-structured interview-guide. The interviews were conducted digitally on the Microsoft Teams platform. The analysis of the data is inspired by Johannessen, Rafoss and Rasmussen's thematic analysis.

Results: The thematic analysis resulted in three categories that constituted the empirical material: public health nurses on many digital platforms, available to adolescents and the content of the dialogue between the public health nurse and adolescents. The categories show different frameworks and uses for the different platforms, how digital communication affects the public health nurse's availability, and aspects of the dialogue between public health nurses and adolescents that are affected differently in physical and digital meetings

Conclusion: The findings of the study highlight some challenges and opportunities that may be related to the use of digital communication in the school health service. Compared to in person meetings, there were many aspects of these that could not be digitally replaced. Nevertheless, the findings suggest that digital communication is an important supplement to the service.

Key words: Digital communication, public health nurse, adolescents, school health services, video consultations, social media

Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	7
1.1	Bakgrunn og begrunnelse for valg av tema	7
1.2	Problemstilling og forskningsspørsmål	10
1.3	Avgrensninger og presiseringer	10
1.4	Begrepsavklaring	10
1.5	Studiens formål.....	12
1.6	Oppgavens oppbygning	12
2	Tidligere forskning	12
2.1	Endret arbeidsmetode	13
2.1.1	Nye muligheter	14
2.1.2	Utfordringer.....	15
2.2	Dialogen mellom helsesykepleier og ungdom.....	17
3	Teoretisk perspektiv	18
3.1	Helsesykepleieres etiske ansvar.....	18
3.1.1	Ansvar og skjønn knyttet til teknologi	21
3.1.2	Teknologi som sosial konstruksjon	21
3.2	Fenomenologien om kroppen	22
3.3	Profesjonell kommunikasjon	23
3.3.1	Initiativ- respons-perspektivet.....	24
3.3.2	Nonverbal kommunikasjon	24
3.3.3	Intersubjektivitet, inntoning	25
3.4	Relasjonskompetanse.....	26
4	Metode.....	26
4.1	Valg av metode	27
4.2	Vitenskapsteoretisk perspektiv	27
4.3	Forforståelse	28

4.4	Utvalg og rekruttering av deltagere	29
4.4.1	Inklusjons- og eksklusjonskriterier	29
4.5	Utarbeiding av intervjuguide	30
4.6	Utførelse av intervju	30
4.7	Refleksjoner rundt digitale intervju	31
4.8	Transkribering	32
4.9	Valg av analyse.....	33
4.9.1	Tematisk analyse	33
4.10	Forskningsetiske overveielser	36
4.11	Metodiske overveielser	36
5	Presentasjon av det empiriske materialet	37
5.1	Helsesykepleier på mange digitale plattformer	38
5.1.1	Digitale konsultasjoner.....	39
5.1.2	Helsesykepleier på Snapchat	41
5.2	Tilgjengelig for ungdommene	44
5.2.1	Hvor går grensen for tilgjengeligheten?.....	45
5.2.2	Når tilgjengeligheten gjør helsesykepleier utilgjengelig.....	46
5.3	Innholdet i møtet mellom helsesykepleier og ungdom.....	48
5.3.1	Viktigheten av relasjonen.....	48
5.3.2	Hvordan ungdom kommuniserer med helsesykepleier	49
5.3.3	Digitale og fysiske møter var ulike	49
6	Drøfting	51
6.1	Betydningen av å kunne observere kroppslige uttrykk	52
6.2	Profesjonelle samtaler i tjenesten	56
6.3	Helsesykepleiers ansvar for den andre	59
6.4	Oppsummering	64
6.5	Betydning for praksis.....	66

6.6 Videre forskning	66
Referanser.....	68
Vedlegg 1 Meldeskjema NSD	
Vedlegg 2 Informasjonsskriv og samtykkeskjema	
Vedlegg 3 Intervjuguide	

1 Innledning

1.1 Bakgrunn og begrunnelse for valg av tema

Tema for denne oppgaven er digital kommunikasjon mellom helsesykepleiere og ungdom. Digital kommunikasjon i denne sammenhengen er kommunikasjon som foregår på digitale plattformer som et alternativ til kommunikasjon ansikt til ansikt. For å begrunne temaets relevans for helsesykepleiefaget, vil det redegjøres kort for utviklingen i helsesykepleietjenesten, helsesykepleieres samfunnsmandat og helsesykepleieres kunnskapsgrunnlag. Redegjørelsen vil knyttes opp mot digitalisering av helsesykepleietjenesten og hvilken rolle digitale plattformer har i dagens skolehelsetjeneste, samt hvordan slike plattformer trolig blir mer relevante i fremtiden.

Helsesykepleieryrket utvikler seg i takt med samfunnet. Fra den første helsesøsterutdanningen ble opprettet i Norge 1947 og frem til i dag har det skjedd store endringer i utdanningen og arbeidet til helsesykepleiere.¹ Formålet med den første utdanningen var å kvalifisere sykepleiere til å drive forebyggende helsearbeid. Fremdeles i dag er samfunnsmandatet til helsesykepleiere å drive forebyggende, men også helsefremmende arbeid som en del av folkehelsearbeidet (Dahl, 2020b; Kvarme, 2020). En helsesykepleiers ansvarsområde er barn, ungdom og deres familier. Noen av arbeidsoppgavene til helsesykepleiere består av helseundersøkelser, veiledning og støtte til disse gruppene. Arbeidet skjer på både individgruppe og befolkningsnivå (Sykepleierforbund, U.å). Forskning viser at helsesykepleiere opplever det utfordrende å arbeide både individuelt og befolkningsrettet, noe som særlig begrunnes med mangel på ressurser. Helsesykepleieres individperspektiv er dermed ikke i tråd med myndighetenes strategi for det befolkningsrettede arbeidet (Dahl, 2020a).

I henhold til Forskrift om nasjonal retningslinje for helsesykepleierutdanning stilles det krav til helsesykepleieres kunnskap, ferdigheter og generelle kompetanse. Blant annet har helsesykepleiere et lovpålagt ansvar om å inneha avansert kunnskap om helsen og utviklingen til barn og unge. Dette omfatter både fysisk, psykisk, seksuell og sosial helse.

Helsesykepleiere skal også ha ferdigheter i å anvende kunnskapsbaserte og relevante metoder i helsefremmende og forebyggende arbeid med barn og unge (Forskrift om nasjonal retningslinje for helsesykepleierutdanning, 2021). Fagfeltet til helsesykepleiere angår med

¹ Profesjonstittelen helsesøster, ble fra 1. januar 2019 endret til helsesykepleier (Dahl, 2020b)

andre ord en stor del av befolkningen og dekker mange ansvarsområder. Helsesykepleierne selv rapporterer om mange arbeidsoppgaver og som skal fordeles på få tilgjengelige ressurser. Dette medfører utfordringer med tanke på hvilke arbeidsoppgaver som skal prioriteres foran andre, fordi tiden ikke strekker til (Lassemo & Melby, 2020). En bærekraftig utvikling har som mål å bidra til en bedre og mer effektiv helsetjeneste. Innovasjon og fornyelse kan legge til rette for å jobbe smartere, for eksempel gjennom digitalisering. Via sentrale kanaler som Snapchat, Messenger, SMS, Skype og ung.no kan helsesykepleiere nå ut til målgruppene på nye digitale arena (Dahl & Orvik, 2020).

Pågående nasjonale prosjekter underlagt Helse- og omsorgsdepartementet kan gi en indikasjon på hvordan digitalisering vil påvirke tjenesten i fremtiden. På Direktoratet for e-helse sine nettsider kan en lese om to pågående prosjekter som særlig er aktuelle for helsesykepleiere; DIGI-UNG og DigiHelsestasjon (Direktoratet for e-helse, u.å.). Overordnet er målsettingen til DIGI-UNG effektivisering og kvalitetsheving gjennom et helhetlig digitalt tilbud på tvers av sektorer. Prosjektet er i gjennomføringsfasen og er tenkt å være gjennomført innen 2023 (Helsedirektoratet, 2022). DigiHelsestasjon har som mål at digitale innbyggertjenester tilknyttet helsestasjons- og skolehelsetjenesten skal etableres på en nasjonal plattform, der alle landets kommuner er med (Direktoratet for e-helse, 2020). Bakgrunn og behov begrunnes med at kommunikasjon mellom tjenester og brukere baseres på brev, telefon, oppmøte og e-post. Dette skaper utfordringer for både brukere og tjenesteytere med tanke på å komme i kontakt og svare på henvendelser gjennom sikre kanaler. Begrunnelsen er i tillegg basert på forventninger om digitale tilbud fra brukere og at noen brukergrupper ikke tar kontakt med tjenestene slik de er i dag. Det er forventet at DigiHelsestasjon skal gi bedre tilgjengelighet og tidsbruk, samt økt brukermedvirkning og bedre oppfølging av brukerne (Direktoratet for e-helse, 2020). Etablerte arbeidsmåter, tankesett og kultur i helse- og omsorgstjenesten utfordres av e-helseløsninger (*Nasjonal e-helsestrategi og mål 2017-2022 : E-helsestrategi for helse- og omsorgssektoren*, 2019, s. 6). Digitalisering kan også føre til en endring i rollene til fagutøvere og ha betydning for relasjonen mellom den som yter og den som mottar en helsetjeneste (Lie, 2019).

For helsesykepleiere i skolehelsetjenesten har digitalisering blant annet tilført flere plattformer å kommunisere på. Digital kommunikasjon i form av e-post, tekstmelding og telefonsamtaler har lenge blitt brukt for å kommunisere med ungdom (Direktoratet for e-helse, 2020), og er ikke et nytt fenomen i skolehelsetjenesten. Sosiale media har blitt brukt av helsesykepleiere de siste årene (Bjønnes, 2015; Limoseth, 2021), og ble særlig aktuelt etter at

Tale Maria Krohn Engvik aka helsesista introduserte dette som en arena for å kommunisere med ungdom på i 2016 ("Om helsesista," u.å.). På hvilken måte og hvor mye sosiale media brukes av helsesykepleiere til å kommunisere med ungdom varierer og er ikke et krav per dags dato. En undersøkelse fra 2017 viser at 1 av 2 helsesykepleiere benytter digitale kanaler, først og fremst sosiale media, for å kommunisere med ungdom i jobbsammenheng. Nesten halvparten av de som ikke benyttet slike kanaler når undersøkelsen ble utført, oppga at de vurderte å begynne å gjøre det (Helsedirektoratet, 2018, s. 98). Det kan derfor tenkes at antall helsesykepleiere som benytter digitale kanaler per 2022 er økt fra 2017. I tillegg til de overnevnte plattformer, har nå også videokonsultasjoner blitt aktuelt. Særlig i forbindelse med Covid-19-pandemien var det flere som valgte video som en alternativ løsning, da ikke fysiske møter var mulig, etter anbefaling fra Helsedirektoratet (Helsedirektoratet, 2021). I retningslinjene for skolehelsetjenesten stilles det flere krav til tjenesten. Den skal være gratis, ha lavterskel og være et likeverdig tilbud tilpasset enkeltpersoners forutsetninger og behov. I retningslinjen står det at brukere skal kunne komme i kontakt med tjenesten via telefon, tekstmelding og/eller via andre digitale løsninger. Det foreslås å bruke sosiale media for å komme i kontakt med ungdom, samt for å gi informasjon om tjenesten via kanaler som er lett tilgjengelig for ungdom. Det er også utarbeidet en egen side med nasjonale faglige råd for sosiale medier i helsestasjons- og skolehelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2019c). Retningslinjen kan gi en pekepinn på at digitalisering allerede er en høyst aktuell del av tjenesten. Brukergruppen det fokuseres på i denne studien er ungdom på videregående skole. Med en stadig økende tilgang på utstyr og teknologi bruker ungdom store deler av tiden sin på digitale plattformer. Fra 13-14-års alderen har stort sett alle barn egen mobil, et flertall av disse har i tillegg egen datamaskin, cirka halvparten har eget nettbrett, samt egen spillkonsoll og egen tv. Av barn mellom 9 og 18 år, er 90 % på ett eller flere sosiale medier (Medietilsynet, 2020). For at skolehelsetjenesten skal imøtekomme ungdommenes behov trengs en brukerflate som er spesielt tilpasset. Ungdom er veldig digitalt aktive og benytter seg av digitale arena for å tilegne seg kunnskap og for å dele informasjon. Det skaper et behov for at helsefremmende og sykdomsforebyggende tjenester, som skolehelsetjenesten, også kan tilbys digitalt (Helsedirektoratet, 2018).

Jeg ønsker å belyse hvordan helsesykepleiere opplever endring fra den tradisjonelle skolehelsetjenesten med fysiske konsultasjoner, til en mer digitalisert tjeneste der en del av kommunikasjonen nå foregår på digitale plattformer. Hvilke endringer de har erfart og hvordan de ser på disse endringene. Hva disse endringene kan bety for yrkets fagutøvelse og

faglighet. De teoretiske perspektivene som er lagt til grunn for oppgaven er helsesykepleieres etiske ansvar, fenomenologien om kroppen, profesjonell kommunikasjon og relasjonskompetanse.

1.2 Problemstilling og forskningsspørsmål

Problemstilling:

Hvilke erfaringer har helsesykepleiere med digital kommunikasjon med ungdom?

For å presisere problemstillingen har jeg følgende forskningsspørsmål:

- Hva skiller digital kommunikasjon fra et møte ansikt til ansikt mellom ungdom og helsesykepleier?
- Hvilke tema tar ungdom opp ansikt-til-ansikt og hvilke tema tar de opp digitalt? (Er det forskjell?)
- Hvilke erfaringer har helsesykepleiere med å danne og vedlikeholde relasjoner digitalt?
- Hvilke begrensninger og/eller muligheter knyttes til digital kommunikasjon?

1.3 Avgrensninger og presiseringer

Studien er avgrenset til helsesykepleiere som jobber i skolehelsetjenesten i videregående skole, dermed også deres kommunikasjon med elever i videregående skole, hovedsakelig ungdom i alderen 15-19 år. Jeg søker erfaringene til helsesykepleiere, og studien vil basere seg på deres perspektiv, ikke brukergruppens. Valg om avgrensning begrunnes med studiets omfang og tidsramme. Det vurderes som hensiktsmessig å ha deltagere som jobber med ungdom i samme aldersgruppe, og i samme kontekst. Det vil si ungdom i samme aldersgruppe. Valget baserer seg på at deltagerne overordnet skal ha likt ansvarsområde og arbeidsoppgaver basert på retningslinjer og lovverk (Helsedirektoratet, 2019a).

1.4 Begrepsavklaring

Digital og kommunikasjon er sentrale begreper i hele oppgaven, ofte brukt sammen, og vil derfor redegjøres for her sammen med profesjonell kommunikasjon og digitalisering. I tillegg vil jeg redegjøre for erfaring, da det også brukes gjennomgående i oppgaven.

Eide og Eide (2017) definerer kommunikasjon som «utveksling av meningsfylte tegn mellom to eller flere parter» (s. 17). Tegnene kan være verbale eller non-verbale og de må fortolkes. Tolkningen påvirker hvordan møtet med den andre oppleves. Profesjonell, hjelpende kommunikasjon skiller seg fra kommunikasjon i dagliglivet, ved at den har et helsefaglig formål (Eide, Eide & Eide, 2017). Denne oppgaven handler om profesjonell kommunikasjon, da det er kommunikasjon mellom helsesykepleier og ungdom som er i fokus (Eide et al., 2017). I oppgavens teoridel gis det en mer inngående beskrivelse av profesjonell kommunikasjon med relevans for helsesykepleiefaget. Kommunikasjonen kan være digital eller analog. Digital kommunikasjon kodes ved hjelp av tegn i form av tall og bokstaver, mens analog kommunikasjon kodes ved hjelp av kroppsspråk, ansiktsuttrykk, tonefall og kroppsholdning (Jensen, 2009).

Ask og Søråa (2021) omtaler digitalisering som en sosioteknisk prosess, begrunnet med at det involverer både tekniske og sosiale endringer. Videre definerer de begrepet digitalisering på følgende måte:

Digitalisering beskriver sosiale og teknologiske endringer knyttet til utvikling, innføring og/eller bruk av digital teknologi. Digitalisering innebærer både teknologisk endring i form av digitisering (der verden oversettes til et maskinlesbart format) og sosial endring der samfunn, grupper og individer omorganiseres rundt og med ny teknologi (Ask & Søråa, 2021, s. 33).

Digitalisering som et resultat av både sosiale og teknologiske forandringer er her relevant. Det begrunnes med at tema og problemstilling knyttes opp mot helsesykepleieres erfaringer med digital teknologi i skolehelsetjenesten. Både innføring av ny teknologi, og bruk av digital teknologi er relevant. Helsesykepleieres hadde nylig tatt i bruk videokonsultasjon for første gang, og hadde fra før erfaring med kommunikasjon via e-post, telefonsamtaler og tekstmelding, samt sosiale medier i tjenesten. Dessuten sees erfaringene deres i sammenheng med samfunnsmessige endringer som følge av blant annet politiske føringer og Covid-19-pandemien. Video, e-post, telefon og sosiale medier vil omtales som digitale plattformer videre i oppgaven. Digital kommunikasjon vil videre henvise til kommunikasjon via en eller flere av de nevnte plattformer, for eksempel videokonsultasjoner, tekstmeldinger og kommunikasjon via Snapchat.

Erfaring er kunnskap, erkjennelse og øvelse eller praksis som erverves gjennom iakttagelse og opplevelse (Det Norske Akademis ordbok). Videre i oppgaven vil erfaring og opplevelse brukes om hverandre, og begge henspiller til innsikten helsesykepleiere har tilegnet seg gjennom kommunikasjon med ungdom.

1.5 Studiens formål

Formålet med denne studien er økt kunnskap og forståelse av helsesykepleieres perspektiv på digital kommunikasjon med ungdom, sett i lys av tidligere forskning og teoretisk rammeverk. Forskningsspørsmålene er med på å angi hvilke aspekter ved problemstillingen som er av særlig interesse å belyse. Det innebærer å se på hvordan helsesykepleiere erfarer digitale og fysiske konsultasjoner forskjellig fra hverandre, hvordan kommunikasjon på ulike digitale plattformer påvirker relasjonen mellom helsesykepleier og ungdom, samt mulighetene og utfordringene som knyttes til digital kommunikasjon i tjenesten.

1.6 Oppgavens oppbygning

I de to følgende kapitlene presenteres tidligere forskning og teoretisk ramme med relevans for tema og problemstilling. I kapittel 4 vil metode og analyse gjennomgås grundig, samt vil det gjøres rede for vitenskapsteoretisk perspektiv og min egen forforståelse. Til slutt i kapittel 4 legges forskningsetiske og metodiske overveielser frem. Deretter følger en presentasjon av det empiriske materialet etterfulgt av diskusjon. Etter dette følger avslutning med oppsummering av viktigste funn, betydning for praksis og videre forskning. Litteraturliste kommer til slutt.

2 Tidligere forskning

I dette kapitlet vil det redegjøres for litteratursøk og presenteres tidligere forskning. Utvalg av artikler er basert på relevans til tema og problemstilling. Av søkedatabaser er PubMed, EBSCOhost CINAHL og SveMed+ anvendt i litteratursøk. I tillegg er universitetsbibliotekets søkebase Oria brukt for å finne øvrig relevant faglitteratur.

Litteratursøk er gjort i flere omganger for å få tilgang til nyeste forskning, da prosjektet gikk over 1 år. De følgende søkeordene er brukt med ulike kombinasjoner: adolescent, communication, digital communication, face to face communication, digital, public health nurse, school health service, health guidance, guidance, counseling, virtual consultation, e-consultation, dialogue, health dialogue, social media og snapchat. I søkene ble også synonymer til adolescent og public health nurse inkludert for å sikre treff på relevante studier.

Synonymene var teenager or young adult or teen or youth, og community health nurse or school nurse. På SveMed+ ble også norske søkeord brukt, oversatt til ungdom, digital, digital kommunikasjon, helsesykepleier, helsesøster, e-konsultasjon og sosiale medier. Det er i tillegg hentet inspirasjon til artikler og litteratur fra referanselistene til artiklene som er valgt ut.

Inklusjonskriterier for søk: studiene måtte være fagfellevurdert. Studien måtte ha overføringsverdi til norsk skolehelsetjeneste og være overførbar til helsesykepleiere. Fordi søkene resulterte i få relevante treff med forskning på helsesykepleiere, har jeg valgt å inkludere to studier der utvalget er annet helsepersonell. De anses likevel relevante fordi de handler om erfaringer til helsepersonell i forbindelse med e-konsultasjon og videokonsultasjon. Fordi digital utvikling skjer raskt, skulle ikke artiklene være eldre enn 10 år gamle, og jeg avgrenset derfor søkene til 2012. Studien jeg valgte ut er ikke eldre enn 2017. Studien ble først vurdert ut fra tittel og sammendrag. Deretter ble de sortert som mulig relevante og ikke relevante ut fra tema og problemstilling. Sistnevnte ble ekskludert, mens studier av mulig relevans ble lest i sin helhet før det ble gjort en vurdering på om de skulle inkluderes. Til slutt valgte jeg å inkludere 10 studier, disse presenteres under overskriftene «Endret arbeidsmetode», «Nye muligheter», «Utfordringer» og «Dialogen mellom helsesykepleier og ungdom». Studien som er valgt ut er norske eller svenske, og regnes derfor som overførbare til denne studien. Alle de valgte studiene har kvalitativt design. Sett i ettertid kan dette være en svakhet, da kvalitative studier har små utvalg sammenliknet med kvantitative studier, som ofte har større utvalg og mer generaliserbare funn (Polit & Beck, 2020). Kanskje ville søk i andre databaser resultert i flere relevante studier inkludert kvantitativ forskning.

2.1 Endret arbeidsmetode

Martinsson, Garmy og Einberg (2021) undersøkte helsesykepleieres erfaringer med å jobbe i skolehelsetjenesten under Covid-19 pandemien i Sverige. Et vesentlig funn var at helsesykepleierne gjennomgikk en overgang til en digital måte å jobbe på der helsedialog med elever ble flyttet til digitale plattformer som telefonsamtaler, chat og digitale videomtaler (Martinsson, Garmy & Einberg, 2021). I Trondsen og Manskow (2021) sin studie ble også denne overgangen fra fysisk til digital konsultasjon tematisert, men her med terapeuter i Blå

Kors Kompasset² og deres brukere (Trondsen & Manskow, 2021). I begge studiene bestod deltagerne erfaringer av både utfordringer og muligheter med den digitale arbeidsmåten, ofte relatert til nye rammebetingelser for arbeidshverdagen. For terapeutene og helsesykepleierne innebar det å flytte arbeidsstedet fra kontorene og hjem, dette gjaldt også brukerne av tjenestene som nå måtte kommunisere med terapeut eller helsesykepleier hjemmefra. Dette medførte noen nye hensyn å ta i betraktning; hjemmesituasjonen til brukerne, om de var alene under samtalene med tanke på personvern og dessuten om de var komfortable med å snakke via en nettbasert tjeneste (Martinsson et al., 2021; Trondsen & Manskow, 2021).

Også før pandemien har helsesykepleiere i skolehelsetjenesten erfart nye måter å jobbe på relatert til teknologi. Laholt, Guillemin, McLeod, Olsen og Lorem (2017) har undersøkt hvordan bruk av visuelle metoder kan forbedre eller komplisere dynamikken i helsesamtalen mellom helsesykepleiere og skoleelever. Visuelle metoder henviser her til bilder, tegninger, video/film, kunstverk, artefakter og fotofremkallinger. Denne studien er basert på en kombinasjon av fokusgruppeintervju og visuelle bildefremkallinger. Resultatene viser at helsesykepleierne brukte flere slike metoder, noe som var nyttig for å bygge og styrke relasjoner til elevene. Særlig ble slike metoder ansett som nyttig der det var vanskelig for elevene å sette ord på det de hadde på hjertet (Laholt, Guillemin, McLeod, Olsen & Lorem, 2017). Laholt, Guillemin, McLeod, Beddari og Lorem (2019) har undersøkt hvordan visuelle metoder kan brukes i helsefremmende arbeid med ungdom. Som en del av studien blir ungdom bedt om å ta med bilder fra smarttelefonen i helsesamtale med helsesykepleier. Dette er en visuell metode forfatterne omtaler som «photovoice». Funnene viser at helsesykepleierne opplevde dette som en nyttig metode. Ved å bruke bilder kunne elevene ha en mer aktiv rolle i helsesamtalen. Helsesykepleierne påpekte både utfordringer og fordeler med å bruke nye metoder i praksis (Laholt, Guillemin, McLeod, Beddari & Lorem, 2019).

2.1.1 Nye muligheter

Endret arbeidsmetode skapte noen nye muligheter. Ifølge Martinsson m.fl. kunne et digitalt møte være tidsbesparende, for eksempel ble det enklere å ha møter med foreldre og foresatte når de ble tilbudt digitalt oppmøte. Nye metoder ble tatt i bruk for å formidle helseinformasjon; noen helsesykepleiere hadde gjort videoopptak med helseinformasjon til

² Blå Kors Kompasset tilbyr råd, veiledning og terapi til unge mellom 13 og 35 år som har vokst opp i et hjem med alkohol- eller andre rusproblemer (Blå Kors, u.å.)

studentene, slik at de kunne se på de flere ganger og eventuelt spole tilbake dersom det var noe de ikke fikk med seg. Flere helsesykepleiere fikk et bredere inntrykk av elevenes hjemmesituasjon både på godt og vondt (Martinsson et al., 2021). I studien til Trondsen og Manskow rapporterte også deltagerne om mulighet for innblikk i hjemmesituasjonen til brukerne som tillot dem å bli kjent med brukerne på en ny måte, for eksempel gjennom å bli kjent med husdyr og familiemedlemmer. De rapporterte også at for noen brukere var det positivt å snakke over skjerm, da de fremsto mer avslappet. Brukerne selv uttrykte at konteksten passet dem bra, var praktisk og lettvinnt (Trondsen & Manskow, 2021). Thorsov, Moen og Børøsund har undersøkt hvilke forventninger helsepersonell har til e-konsultasjon. I deres studie var deltagerne sykepleiere og leger som uttalte seg om forventninger til implementering og bruk av asynkron, tekstbasert e-konsultasjon. Konsultasjonene skulle forgå via en digital pasientportal ved en poliklinikk. Noen av deltagerne i deres studie trodde at e-konsultasjoner kunne medvirke til at pasienter tørr å åpne seg mer og at det for noen er lettere å skrive, enn å snakke ansikt til ansikt (Thorshov, Moen & Børøsund, 2021).

Flere studier har sett på bruk av nye metoder i skolehelsetjenesten. Bruk av photovoice kan ha positiv betydning for relasjonen mellom helsesykepleier og ungdom. Ungdommene får muligheten til å vise hvem de er via bilder og film, og dessuten muligheten til å delta i helsefremmende aktiviteter og prosjekter (Laholt, Guillemin, et al., 2019). Andre visuelle metoder, som nevnt ovenfor, er også nyttige for relasjonen, særlig i tilfeller der verbal kommunikasjon er utfordrende. Visuelle metoder kunne blant annet hjelpe elever til å uttrykke følelser og opplevelser (Laholt et al., 2017).

2.1.2 utfordringer

Digital kommunikasjon hadde også en del utfordringer. For å opprettholde kontakten med brukerne, rapporterte deltagerne i Trondsen og Manskow sin studie at de hadde flere digitale møter sammenliknet med det ordinære tilbudet. Terapeutene var mer fleksible på tidspunkt for møter for å kunne møte brukernes behov, samt gjorde hjemmesituasjonen det ekstra utfordrende. Også i studien til Martinsson m.fl. ble det rapportert at skolehelsetjenesten måtte jobbe mer aktivt oppsøkende når de jobbet med elevene på avstand (Martinsson et al., 2021). Noen av brukerne i Blå Kors hadde ikke mulighet til å benytte det digitale tilbudet grunnet jobb- eller studiesituasjon eller at de ikke hadde mulighet til å være alene under samtalene (Trondsen & Manskow, 2021). Martinsson mfl. rapporterte at sensitive tema var mer utfordrende digitalt, blant annet fordi det manglet en atmosfære der man kunne bytte til et litt

mer sensitivt tema gjennom en smidig overgang. Noen mente det var utfordrende når de oppfattet at ungdom hadde det veldig dårlig kontaktet dem via chat, der helsesykepleier mente det var behov for en samtale (Martinsson et al., 2021).

Et av hovedtemaene til Thorsov, Moen og Børøsund var reorganisering av praksis. Deltagerne var bekymret for hvor tidkrevende både implementeringen og selve e-konsultasjonen ville være. Dessuten så de på dette som enda en kanal å forholde seg til. Et annet hovedtema var faglig forsvarlig helsehjelp. Deltagerne fryktet at uten å se eller møte pasienten fysisk var det en risiko for at viktige observasjoner ikke ble fanget opp, fordi de ikke kunne se kroppsspråk, hvordan pasienten har det og eventuelle endringer hos pasienten. De uttrykte også bekymring til hvordan dette kunne påvirke pasientrelasjonen, og argumenterte for at pasienter kan ha behov for den sosiale og mellommenneskelige kontakten som ved fysiske konsultasjoner (Thorshov et al., 2021).

Å innføre nye metoder i helsesykepleiepraksisen knyttes til flere utfordringer.

Helsesykepleiere er opptatt av viktigheten av å ha en kritisk refleksjon når det er snakk om å innføre nye metoder eller verktøy. En ny metode kan være et supplement i arbeidet, men kan ikke erstatte dialog og relasjonsbygging mellom helsesykepleiere og ungdom (Laholt, Guillemin, et al., 2019). En studie har sett på hvilke etiske utfordringer helsesykepleiere møter på i forbindelse med bruk av visuelle metoder (Laholt, McLeod, Guillemin, Beddari & Lorem, 2019). Visuelle metoder brukes i denne sammenhengen om smarttelefoner, da det i økende grad benyttes i profesjonelle interaksjoner med helsesykepleiere og ungdom. Funnene viste at sensitive tema som selvmordstanker og omsorgssvikt var knyttet til etiske bekymringer. Dessuten skapte bruk av visuelle teknologier andre type etiske utfordringer, enn de vanlige utfordringene helsesykepleierne møter på i helsesamtaler med ungdom.

Helsesykepleierne opplevde de etiske utfordringer i forbindelse med bruk av visuelle teknologier som mer utfordrende enn lignende utfordringer i den ordinære ansikt til ansikt samtalen. Visuell presentasjon oppleves som en mer symbolsk og direkte kommunikasjonsform enn å høre noe bli fortalt muntlig. Visuell presentasjon evner å røre ved menneskers følelser og skaper sterke kroppslige og sensoriske reaksjoner (Laholt, McLeod, et al., 2019).

2.2 Dialogen mellom helsesykepleier og ungdom

Flere studier viser at når ungdom oppsøker helsesykepleier på grunn av fysiske plager og symptomer så kan det egentlig dreie seg om eller i tillegg til psykiske plager. Ofte kan det kreve flere møter og lang tid før ungdom åpner seg om det faktiske problemet (Hilli & Pedersen, 2021; Moen, 2019; Sand & Kvarme, 2018). Dette var også erfaringen til helsepersonell som møter ungdom med bekymringer knyttet til eksistensielle spørsmål. Det ble påpekt som viktig å vie nok tid til, og ta de kroppslige plagene på alvor for å bygge en tillitsfull relasjon med ungdommene. De kroppslige plagene kunne også brukes som en unnskyldning for helsepersonell til å avtale oppfølgingstimer med ungdommene. Dermed kunne de underliggende bekymringene identifiseres (Lundvall, Lindberg, Hörberg, Palmér & Carlsson, 2019). Sand og Kvarme (2018) rapporterte også at ungdom kan virke tilfredse utad, noe som kan gjøre det mer krevende å fange opp symptomer på depressive symptomer.

Moen (2019) har undersøkt hvordan helsesykepleiere identifiserer og følger opp psykososiale utfordringer hos ungdom. Blant annet er det viktig å kartlegge årsaker til somatiske symptomer som hodepine, magesmerter, besvimelser og lignende, da det ofte er noe bakenforliggende til disse. For å kunne gjøre det må helsesykepleier ha nok tid til å bygge opp trygge, tillitsfulle relasjoner med ungdom. Kartleggingen må ofte gjøres gjennom flere møter (Moen, 2019). Hilli og Pedersen (2021) og Sand og Kvarme (2018) viser til lignende funn der ungdom bruker lang tid på å bli kjent med helsesykepleier før de forteller om noe som er sårbart for dem. I studien til Lundvall m. fl. erfarte helsepersonell at det var viktig å lese mellom linjene i søken etter de innerste tankene til ungdommene. Dette krevde tilstedeværelse gjennom aktiv lytting, samt observasjon av reaksjonene til ungdommene underveis i samtalen. Det kunne være nyttig å bruke kartleggingsverktøy for å invitere ungdommen til samtale, da de kunne ha problemer med å sette ord på problemene sine. Ved å bruke svarene fra kartleggingen som utgangspunkt for en samtale ga det rom for at helsepersonell kunne hjelpe dem å finne ord for å beskrive det som var vanskelig (Lundvall et al., 2019). Helsesykepleiers rolle i dialogen handler blant annet om å bidra til at ungdommen føler seg tatt på alvor og opplever å bli sett og hørt (Sand & Kvarme, 2018).

Sand og Kvarme (2018) nevner flere måter for hvordan helsesykepleiere observerer ungdom i dialog og tolker det de uttrykker. Blant annet kan kroppsspråket til ungdommen gi noen indikasjoner på hva ungdommen ønsker å formidle. I tillegg kan en se etter endringer hos ungdommen for å fange opp tidlige symptomer, og dessuten være obs på at fysiske

symptomer kan stamme fra psykososiale plager. Det som ofte er utfordrende er at ungdom er i en alder hvor de gjennomgår mange naturlige forandringer allerede, og det kan være vanskelig å skille hva som forventes som normalt og hva som er tegn på psykososiale plager. Hilli og Pedersen (2021) vektlegger også viktigheten av å observere og forstå det som ikke sies gjennom å lytte oppmerksomt og plukke opp det usagte som ungdom uttrykker av følelser og erfaringer.

3 Teoretisk perspektiv

I det følgende vil ulike teoretiske perspektiver presenteres under overskriftene:

Helsesykepleieres etiske ansvar, Fenomenologien om kroppen, Profesjonell kommunikasjon og Relasjonskompetanse. I drøftingen vil empirien sees i lys av disse teoriene, og bidra til å oppnå studiens formål.

3.1 Helsesykepleieres etiske ansvar

Helsesykepleiere er sykepleiere med videreutdanning, og er derfor underlagt etiske retningslinjer for sykepleiere (Norsk Sykepleieforbund, u.å.-b). For å redegjøre for helsesykepleieres etiske ansvar gjennom et teoretisk perspektiv, vil det her tas utgangspunkt i litteratur om skjønnsutøvelse i helsesykepleiefaget (Clancy, 2020; Dahl, Clancy & Andrews, 2014) og Kari Martinsens tanker om etikk og faglig skjønn (Martinsen, 2000). Deretter følger et eget underkapittel om ansvar og skjønn knyttet til teknologi. Det vil presenteres med Kari Martinsens tekst «Fra diakonisse til robot» (Martinsen, 2017) som bakteppe, samt ved hjelp av teori fra Teknologi- og vitenskapsstudier (STS³) (Skjølsvold, 2015). Først kort om etikk.

Etikk omtales gjerne sammen med moral, da begge deler handler om verdier og normer. Etikk knyttes til teori og kan sies å være en refleksjon om rett og galt, mens moral er etikk i praksis og uttrykkes gjennom handling. Omsorgsetikk med fokus på mellommenneskelige relasjoner og ansvar er sentrale verdier i sykepleieres etiske retningslinjer (Norsk Sykepleieforbund, u.å.-a). I henhold til retningslinjene skal helsesykepleiere handle i tråd med normer regulert via lovverk, blant annet helsepersonelloven (Helsepersonelloven, 1999), helse- og

³ STS står for science and technology studies og er den engelske forkortelsen for teknologi- og vitenskapsstudier (Skjølsvold, 2015).

omsorgstjenesteloven (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011) og pasient- og brukerrettighetsloven (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

Faglig skjønn har med forståelse av etikk å gjøre og kan ifølge Clancy (2020) knyttes til helsesykepleieres tause kunnskap og den usynlige delen av helsesykepleiefunksjonen. Skjønnet representerer således funksjoner som kan være vanskelig å beskrive. Dermed kommer ikke skjønn nødvendigvis frem gjennom skriftlig dokumentasjon. Likevel representerer forståelse og bruk av skjønn en stor og viktig del av helsesykepleieutøvelsen. Skjønnet er alltid kontekstbundet, og beskrives av Clancy som tanken bak, eller noe som foregår rundt helsesykepleiehandlingen (Clancy, 2020, s. 157-158). Skjønnsforståelse erverves gjennom erfaring fra mange møter med mennesker i ulike situasjoner (Clancy, 2020). En reflektert praksis bestående av både kunnskap og erfaring kombinert med skjønn kan gi helsesykepleier klokskap. Clancy gir eksempler på når denne klokskapen uttrykkes, ofte i situasjoner der det ikke eksisterer klare prosedyrer. For eksempel i møte med ungdom som ikke klarer å sette ord på det som er vanskelig eller når noe uventet oppstår i en konsultasjon. Klokskap uttrykkes gjennom å holde seg faglig oppdatert, bry seg, vise omtanke og være til stede. Slike handlinger bygger på grunnleggende verdier i sykepleien. (Clancy, 2012, 2020). Et viktig aspekt med skjønnsutøvelse er å anerkjenne at det er mye vi ikke vet (s. 166) (Clancy, 2020).

Å vise skjønn inngår som en del av det Kari Martinsen (2000) omtaler som personorientert profesjonalitet. Slik profesjonalitet handler om å engasjere seg i arbeidet ved å investere noe av seg selv i møtet med den andre. Dette knyttes til en andreorientering eller et kall hvor nærhet, interesse for den andre, tilstedeværelse og omsorg er sentralt. Personorientert profesjonalitet knyttes også til å være personlig involvert, sett at personlig er vesentlig forskjellig fra å være privat. Personlig handler her om følelser for den andre, mens privat omtales som føleri. Følelser for den andre er en seende følelse som åpnes opp via sansing. Ved å være åpen mot verden og den andre gjennom sansing, berøres vi før vi forstår. Dette kan forstås som at vi sanser før vi rekker å tenke. Sansing og forståelse inngår i et samspill med hverandre og knyttes til menneskelighet og faglighet. Det innebærer av vi setter oss inn i en felles verden der den andre angår meg. I dette ligger en etisk fordring om å være barmhjertig og varsom og ikke bruke makten i relasjonen. Gjennom sansing dannes inntrykk. Å se handler om å være oppmerksom gjennom å lytte, se og være nærværende i situasjonen. Oppmerksomhet vil si å være til stede når en er til stede. Oppmerksomheten rettes mot det som er viktig og har dermed en hensikt (s. 28-29). Åpenhet mot verden og sansing kan bidra

til kroppslig erfaring. Dette oppnås ved at en våger å ta inn over seg den andres inntrykk og lære av deres erfaringer. Å se henviser ikke bare til øynene, men at vi ser med hele kroppen gjennom et sansesamspill bestående av å se, lukte, høre og snakke (s. 31). Evnen til å se kan øves og forbedres innenfor virksomheten og konteksten man står i, Martinsen omtaler det som «mesterskapet i å se» (s. 28) (Martinsen, 2000).

Dahl, Clancy og Andrews (2014) har forsket på hvordan helsesykepleiere erfarer å være i etisk ladete møter, og hvordan det kan påvirker deres profesjonelle identitet. I studien forstås profesjonell identitet relatert til helsesykepleiers verdier og kompetanse. Et hovedtema var «Å føle ansvar». Å føle ansvar knyttes til å være opptatt av, og ha en genuin interesse for brukerne. Når helsesykepleierne var moralsk og følelsesmessig involvert i brukerne, var det vanskelig å legge fra seg jobben etter arbeidstid. Dette medførte uklare skiller mellom rollen helsesykepleier hadde på jobb og privat. For eksempel kunne helsesykepleier gi sitt private telefonnummer til ungdom, slik at de kunne ta kontakt utenom arbeidstid. En annen erfaring knyttet til ansvar, var at helsesykepleierne ble tillagt visse kvaliteter privat, ut fra deres profesjonelle rolle. Det moralske ansvaret så ut til å følge helsesykepleierne også utenom arbeidstid. Et annet hovedtema var «Å være engasjert», som innebar både å være bekymret for utsatte barn og unge og dessuten fungere som deres advokat ved å kjempe for rettighetene deres. «Å kjenne seg trygg» var et tredje hovedtema og relateres til trygghet i rollen som helsesykepleier. De opplevde av og til å stå i lojalitetskonflikter mellom systemet og brukerne. Slike etiske dilemma kunne medføre at de måtte gjøre vanskelige prioriteringer av arbeidsoppgaver. Dersom rammene fra arbeidsgiver begrenset kvaliteten på arbeidet, kunne det oppleves fortvilende. Trygghet i helsesykepleierrollen knyttes også til å ha mot til å stå i utfordrende situasjoner og konflikthåndtering. Tillit fra brukerne bidro også til at helsesykepleiere kjente trygghet. Fjerde og siste hovedtema var «Å kjenne seg utilstrekkelig», som refererte til å ikke svare til egne og/eller brukernes forventninger. Utilstrekkelighet knyttes også til å føle at de var unyttige eller uviktige for brukerne (Dahl et al., 2014).

Til slutt i denne delen, vil jeg henvise til Henriksen og Vetlesen som skriver om det tosidige ansvaret helsepersonell står ovenfor. På den ene siden et ansvar basert på krav om nytte og effektivitet, på den andre siden et helhetlig ansvar for brukere. Sistnevnte erfares på kropp og sjel, og kan ikke overlates til andre. Forfatterne relaterer denne spenningen mellom lojalitet og ansvar til utbrenthet blant yrkesutøvere som står i slike konflikter. Det helhetlige ansvaret har med idealer og normer å gjøre. Løsningen blir for mange å strekke seg langt, for eksempel ved å jobbe utover lønnet arbeidstid (Henriksen & Vetlesen, 2006)

3.1.1 Ansvar og skjønn knyttet til teknologi

Clancy skriver om at helsesykepleiere som bruker sosiale media bør være bevisst hvordan skjønn utøves, også der. Personlige møter kan aldri erstattes av sosiale media, da «de gir noe annet» (s. 164). Gjennom slike kanaler gis ofte generelle svar som ikke nødvendigvis passer for alle. Med ansvar som en forutsetning for faglig skjønn, innebærer det å se, forstå og respondere i en situasjon, noe som er gjeldende i personlige, men også digitale møter (Clancy, 2020).

Martinsen (2017) diskuterer faglig skjønn, fantasi og moralsk dømmekraft opp mot moderne teknologi og roboter i helsevesenet. Her forstås roboter og teknologi innenfor et politisk styresystem, og refererer til en kombinasjon av teknisk håndverk og natur- og ingeniørvitenskap. Hun stiller kritiske spørsmål vedrørende roboters evne til å skjønn, sanse og vise moralsk dømmekraft i situasjoner med mennesker, og om bruk av roboter resulterer i bedre tid til pleieoppgaver. Hun er kritisk til at roboter skal erstatte menneskelig nærvær og pleie, hvilke stemninger roboter setter i rommet og hva det medfører for relasjonen mellom profesjonsutøver og pasient. Hun støtter denne kritikken på argumenter som at roboter mangler fantasi, de sanser ikke og mangler den «etiske fornemmelsen og aktelsen av kroppen som levende og sårbar» (s. 27). Roboter mangler skjønn og moralsk dømmekraft. Hun hevder likevel at det ikke er robotene, eller teknologien i seg selv som er problemet, men i hvilke kontekster og når de benyttes. Et paradoks er at roboter har til hensikt å frigjøre mer tid mens profesjonsutøvere erfarer at de får mindre tid til pasientene. Martinsen omtaler det som «den teknologiske vendingen» (s. 29), som kan forstås som at teknologi brukes som redskap for å dekke behov. Behovet er å frigi mer tid til det helsepersonell egentlig skal gjøre, ivareta pasientene. Men resultatet blir i stedet at redskapene (teknologien) skaper nye behov, fordi flere aktiviteter skal utføres i samme tidsrom. Teknologiene som skulle være tidsbesparende skaper i stedet mange nye muligheter som å prøves (Martinsen, 2017).

3.1.2 Teknologi som sosial konstruksjon

Som et alternativt perspektiv på hvordan teknologi kan påvirke helsesykepleieutøvelsen, vil det her presenteres en sentral teoriretning innenfor STS (science and technology studies). Studier av kunnskapsproduksjon og teknologiutvikling er særlig relevant innenfor STS. I denne oppgaven vil det fokuseres på teknologiutvikling, da det er relasjonen mellom samfunn, sosiale prosesser og teknologi som er av interesse. Teorien baserer seg på tanken om en sosialt konstruert teknologi og fokuserer på hvordan den teknologiske utviklingen påvirkes av

menneskelige verdier og interesser. Basert på denne teorien kan teknologi vurderes eller tolkes forskjellig av ulike brukere, noe som medfører at teknologien enten etableres eller forkastes (Skjølvold, 2015).

Begrepet «domestisering» henviser til temming av teknologien. Med det menes hvordan teknologi endres når den tas i bruk av mennesker, og at teknologi og det sosiale inngår i sosiotekniske relasjoner. En motsats til domestisering er å betrakte teknologi som deterministisk, der den teknologiske utviklingen skjer uavhengig av menneskers interesser. Domestisering derimot, antyder ikke at teknologien bestemmer, men at både mennesket og teknologien gjennomgår en endringsprosess i dette møtet, en samproduksjon. Når mennesker begynner å bruke ny teknologi, skjer ikke det gjennom en passiv handling. Innenfor STS ansees mennesket som en aktiv aktør med påvirkningskraft til å bestemme betydningen av teknologien og hvilken rolle den kan spille i samfunnet. Samtidig skaper teknologien noen behov som ikke eksisterer før teknologien tillater det. I den sammenheng gis det eksempel med behovet for konstant kommunikasjon. Teknologien innlemmes i hverdagslivet og blir en selvsagt og naturlig del av hvordan vi lever (Skjølvold, 2015).

3.2 Fenomenologien om kroppen

Ifølge Wifstad (2018) er fenomenologi en vitenskap om fenomener og hvordan disse trer frem, forstått at fenomener er det som viser seg. Fenomener får betydning avhengig av hvilke erfaringer og forventninger vi har med eller til dem, som igjen bestemmer hvordan de fremtrer for oss. Fenomener fremtrer derfor forskjellig avhengig av hvem som betrakter dem, noe som betyr at to individer kan oppfatte samme fenomen ulikt. Fenomen kan være fysiske gjenstander, men også situasjoner. Å forsøke å forstå andre mennesker fra et fenomenologisk perspektiv, vil si å prøve å forstå hvordan de oppfatter virkeligheten, deres subjektive perspektiv (Wifstad, 2018). Innenfor fenomenologien er subjektivitet en forutsetning for forståelse, i motsetning til empirismen og positivismen, der en ønsker å fjerne det subjektive (Thornquist, 2018).

Maurice Merleau-Ponty er en sentral filosof og psykolog, kjent for å ha videreført Edmund G.A. Husserls⁴ tanker innenfor fenomenologien (Thornquist, 2018). Merleau-Ponty knyttet fenomenologien til kroppen og hvordan kroppen rettes mot omgivelsene (Wifstad, 2018).

⁴ Edmund G.A. Husserl regnes som fenomenologiens grunnlegger (Thornquist, 2018) (s. 23).

Ifølge Merleau-Ponty er vi mennesker forankret i verden via kroppen (Merleau-Ponty, 1994), og gjennom språklig og kroppslig interaksjon er vi tilgjengelig for andre mennesker (Wifstad, 2018). Merleau-Pontys hovedverk er *Persepsjonens fenomenologi* (Wifstad, 2018). Persepsjon kan oversettes til fornemmelse eller sansing (Medisinsk ordbok, u.å.). Men her forstås persepsjon også som et nærvær til eller en tilstedeværelse i omgivelsene vi befinner oss i fordi vi er åpne for, og rettet mot det som trer frem som det karakteristiske ved situasjonen (Wifstad, 2018). Merleau-Pontys kroppssyn går ut på at mennesket eksisterer og er i verden som kroppslig subjekt, og det er kroppen som er sentrum for erfaring og erkjennelse (Thornquist, 2018, s. 136). Den levde kroppen bærer med seg mening fra opplevelser og erfaringer, da disse setter seg i kroppen (Wifstad, 2018). Når vaner dannes, er det ifølge Merleau-Ponty kroppen som forstår (Merleau-Ponty, 1994, s. 100). Alle kropper er synlig for andre; fulle av uttrykk og mening inviterer kroppene andre til kommunikasjon. Kommunikasjon og uttrykk gjennom kropp og språk utfyller hverandre og er viktige for å ha evne til å forstå og reflektere over verden (Thornquist, 2018).

Innenfor kroppsfenomenologien ansees kroppen som objekt og subjekt samtidig; «Vi er den og vi har den» (s. 141), noe som står i kontrast til Descartes tenkning om kroppen som objekt og adskilt fra det egentlige jeg. Slik Thornquist forstår Merleau-Ponty, er levd erfaring og levd liv forankret i kroppen (Thornquist, 2018). Gester er kroppslige uttrykk som kan kjennes igjen av andre, og dermed få betydning (Merleau-Ponty, 1994). Gester kan også forstås som ansiktsuttrykk, der følelser kommer til syne. Andre menneskers kropper og bevegelser oppfattes meningsfulle, selv om det kan være utfordrende å forstå andres uttrykk. Forståelse er blant annet avhengig av hvilke briller observatøren har på seg (Thornquist, 2018).

3.3 Profesjonell kommunikasjon

Kommunikasjonsferdigheter er en viktig del av helsesykepleierfaget og en vesentlig del av helsesykepleierutdanningen. I forskrift om nasjonal retningslinje for helsesykepleierutdanning er det et eget kapittel som heter «Kapittel 4. Læringsutbytte for kompetanseområdet kommunikasjon, relasjon og samhandling». Der står det blant annet at helsesykepleier skal ha «avansert kunnskap om kommunikasjon og relasjonsbygging» og at helsesykepleier «kan bruke kunnskapsbaserte og helsepedagogiske metoder i helseopplysning, veiledning og rådgivning, samt «kan formidle trygghet og tillit i møte med barn, unge og deres familie/omsorgsgiver (§10, 11 og 12) (Forskrift om nasjonal retningslinje for helsesykepleierutdanning, 2021).

Som nevnt i begrepsavklaringen er det profesjonell kommunikasjon som er relevant for denne oppgaven. God, profesjonell kommunikasjon kjennetegnes av å være personorientert og faglig fundert, altså å se den andre som et helt menneske med sine iboende ressurser og muligheter, verdier, prioriteringer og individuelle ønsker og mål. For å klare dette på en tilfredsstillende måte kreves aktiv lytting, anerkjennelse, forståelse av den psykososiale konteksten, felles forståelse i tråd med den andres verdier og delt makt gjennom selvbestemmelse og egen kontroll (Eide et al., 2017). Helseesykepleiere i skolehelsetjenesten anvender denne formen for kommunikasjon blant annet via samtaler med enkeltelever. Ifølge Kari Langaard har profesjonelle samtaler med ungdom visse kjennetegn. De har en bestemt hensikt, de følger en bestemt systematikk og de er kunnskapsbaserte. Langaard skiller mellom det manifeste (det som sies med ord) og det latente (det emosjonelle) innholdet i samtalen, og skriver videre at det er «avgjørende at den profesjonelle er klar over det latente innholdet og i stand til å fange opp og forstå hva dette handler om» (s. 129) og poengterer at dette forutsetter en god relasjon med ungdommen (Langaard & Keeping, 2018).

3.3.1 Initiativ- respons-perspektivet

Innenfor initiativ- respons-perspektivet forstås mellommenneskelig dialog som et relasjonelt fenomen, der det skjer en stadig utveksling mellom responser og initiativer. Teorien egner seg til å belyse samspillet i profesjonell kommunikasjon. Samspillet består av bekræftende, anerkjennende tilbakemeldinger på den ene siden, og på den andre siden faglig basert initiativer, slik at dialogen kan føres mot en formålsrettet hensikt.

Kommunikasjon kan deles inn i responderende og initierende handlinger. Initierende vil si å ta initiativ, lede an videre i dialogen, innlede noe nytt, ta kontroll og styre samtalen. Responderende vil si å svare verbalt og nonverbalt på det den andre uttrykker og dermed etablere kontakt, trygghet og forståelse av den andre. Teorien kan illustrere hvordan profesjonell kommunikasjon består av mer enn spørsmål og svar og er et sammensatt samspill av verbale og nonverbale initiativer og responser. I tillegg til å formidle respekt, varme, empati og interesse for den man skal hjelpe gjennom gode responser og initiativer, forutsetter profesjonell kommunikasjon at hensikten er faglig bevisst (Eide et al., 2017).

3.3.2 Nonverbal kommunikasjon

Nonverbal kommunikasjon må fortolkes, men det er ikke dermed sagt at den tolkningen mottakeren gjør stemmer i forhold til det avsender ga uttrykk for, da nonverbale signaler kan være flertydige og utfordrende å fortolke. Å være en aktiv lytter innebærer å lytte aktivt også

til det nonverbale språket, for ikke å gå glipp av den informasjonen som uttrykkes utenom selve ordene. Kommunikasjonen er en toveis prosess, og det er også vesentlig hvordan helsepersonell kommuniserer nonverbalt tilbake til den som søker hjelp. Ifølge Eide og Eide er det derfor viktig å forholde seg henvendt til den andre og på den måten formidle en profesjonell holdning som signaliserer interesse og vilje til å hjelpe. Nonverbal kommunikasjon kan være viktig i relasjonsbygging gjennom å motivere og stimulere den andre til å benytte sine ressurser på best mulig måte. Dette kan en oppnå gjennom å bekrefte, oppmuntre og styrke den andre, slik at personen føler seg trygg nok til å åpne seg og dele sine tanker og følelser. Nonverbal, bekreftende kommunikasjon kan ifølge Eide og Eide bidra til å «...bygge opp tillit, trygghet og motivasjon» (Eide et al., 2017, s. 137).

Kongruent kommunikasjon vil si at det en uttrykker verbalt og nonverbalt stemmer overens. Uttrykker derimot kroppsspråket noe annet, eller det motsatte av det en sier, er kommunikasjonen inkongruent. Sistnevnte kan påvirke tryggheten og tilliten i relasjonen med den andre. Noen nonverbale uttrykk kan ha varierende og noen ganger motsatt betydning i ulike kulturer, mens andre uttrykk er mer universelle. Eksempler på universelle uttrykk er emosjonelle uttrykk som redsel, sinne og fortvilelse, men også her må en være bevisst på at det kan være kulturelle ulikheter. Signaler som er nonverbale er ofte relasjonsbetinget og gir uttrykk for følelser og relasjoner hos den andre. Som helsepersonell forholder vi oss til det som sies, men også det den andre formidler med kroppen og øvrige non-verbale signaler. Erfaring er en vesentlig faktor for hvor godt vi klarer å observere og tolke nonverbale uttrykk, men den eneste som kan bekrefte eller avkrefte om vi tolker riktig, er personen som sender signalene. Nonverbale uttrykk kan deles inn i ansikt, blick, kropp, stemme, berøring, stillhet og tempo (Eide et al., 2017).

Med henvisning til Løgstrup og Levinas, viser Eide og Eide (2017) til at det ikke er alt ved den andre vi kan forstå eller ha full innsikt i. Dessuten kan vi heller ikke vite fullt og helt hvordan vår måte å kommunisere på, påvirker den andre, eller hvordan denne andre oppfatter det vi kommuniserer. Dermed er vår oppfatning av den andre en fortolkning, og ikke nødvendigvis en oppfatning som stemmer overens med det den andre prøver å formidle.

3.3.3 Intersubjektivitet, inntoning

Daniel Stern er kjent for sin intersubjektivitetsteori der han beskriver gode samspill mellom spedbarn og omsorgsgiver (Stern & Randers-Pehrson, 2003). Innenfor denne teorien bruker

han begrepet «affektinntoning» (s. 207) som handler om å tone seg inn følelsesmessig på den andre. Ved inntoning fokuseres det på hva som ligger bak den ytre atferden.

Stern (2003) beskriver tre prosesser som må ligge til grunn for at «en intersubjektiv utveksling omkring affekt» (s. 206) skal være til stede; spedbarnets ytre atferd må kunne gjenspeile følelsetilstanden, foreldrene må vise en atferd som tilsvarer denne ytre atferden, uten at det er etterligning, og spedbarnet må kunne lese foreldrenes reaksjon «som noe som har å gjøre med dets opprinnelige følelsesmessige opplevelse, og ikke bare som en imitasjon av atferden» (s. 206).

3.4 Relasjonskompetanse

Aubert og Bakke (2018) har skrevet boken «Utvikling av relasjonskompetanse», der de blant annet hevder at relasjonskompetanse er kontekstavhengig og at relasjonelt arbeid handler om å få «den andre» til å føle seg sett og forstått. For å få til det, må yrkesutøver være åpen for det som kommer og sette seg selv til side, slik at oppmerksomheten rettes mot den andres opplevelser og følelser. Det er viktig å ha en reflektert holdning til hvordan egne forutsetninger og erfaringer kan påvirke møtet med den andre. En del av menneskers relasjonskompetanse er medfødt, men noe kan også læres gjennom selvutvikling. I profesjonelle, hjelpende relasjoner kan en vise relasjonskompetanse ved å være til stede i øyeblikket, holde på oppmerksomheten og kommunisere på en meningsfull måte, blant annet gjennom å ha åpne sanser. Slik kan en ivareta seg selv og «den andre» (s. 23-24). I en yrkeskontekst er relasjonskompetanse avhengig av handlingskompetanse, som blant annet går ut på å ha nødvendige kunnskaper og ferdigheter for sin yrkesutøvelse. Dessuten er måten yrkesutøver forstår seg selv og sin yrkesposisjon på vesentlig, for eksempel motivasjon til oppgaveløsning. Samt evne til å se en større helhet, for eksempel i forbindelse med problemer som oppstår i «den andres» liv i en annen kontekst, men som også påvirker den arenaen yrkesutøver er ansvarlig for (Aubert & Bakke, 2018).

4 Metode

Metode forstås som et verktøy for å innhente og analysere datamateriale. Det er vanlig å skille metoder i to ulike tilnærminger; kvalitativ og kvantitativ, basert på hva problemstillingen er ment å belyse (Polit & Beck, 2020). Kvalitative data representerer nedtegnede erfaringer der ord fremfor tall er best egnet beskrivelsesmåte (Johannessen, Rafoss & Rasmussen, 2018).

Fokuset i min studie er helsesykepleieres erfaringer med digital kommunikasjon med ungdom, som dermed vil kunne belyses av en kvalitativ tilnærming. Datamaterialet som er innhentet vil analyseres med inspirasjon fra Johanessen, Rafoss og Rasmussen sin tematiske analyse (2018). I dette kapitlet vil det gjøres rede for valg av metode, vitenskapsteoretisk perspektiv og min egen forforståelse som lå til grunn da prosjektet startet, utvalg og rekruttering av deltagere. Det vil gis en inngående beskrivelse av intervjuprosessen, inkludert utarbeiding av intervjuguide, utførelse av intervju og transkribering. Deretter følger en grundig redegjørelse for valg av analyse og selve analysen. Til slutt forskningsetiske og metodiske overveielser.

4.1 Valg av metode

Ifølge Kvale og Brinkmann må valg av kvalitative intervju som metode for datainnsamling harmonere med temaet i studien. De argumenterer for at kvalitative intervju egner seg for å utforske «ulike aspekter av menneskelig erfaring» (Kvale, Brinkmann, Anderssen & Rygge, 2015, s. 135). Fordi jeg er ute etter helsesykepleiernes subjektive erfaringer med digital kommunikasjon med ungdom, ble kvalitative intervju vurdert som en egnet metode. Fokusgruppeintervju kunne vært et alternativ til individuelle intervju, for å få i gang diskusjoner og refleksjoner rundt temaet (Ellingsen & Drageset, 2009). Men på grunn av begrensninger med tanke på tid og ressurser, samt covid-19 pandemien, vurderte jeg digitale, individuelle intervju som et bedre alternativ.

4.2 Vitenskapsteoretisk perspektiv

Prosjektets vitenskapsteoretiske perspektiv er inspirert av Gadammers hermeneutikk. Innenfor denne tradisjonen er forforståelse et sentralt begrep, og ansees som en forutsetning for forståelse (Krogh, 2014). Gadamer (2012) knytter forforståelsen til fordom, som i hermeneutikken ikke nødvendigvis er et negativt ladet begrep, men noe som kan vurderes som positivt eller negativt. I forhold til tekst, består forforståelsen av språkbrukens og innholdets foroppfatninger. Ny forståelse forutsetter en åpenhet og mottakelighet for andre oppfatninger og ny forståelse, som går utover egen forforståelse. Det forutsetter at man er klar over egen forforståelse, slik at teksten kan fremstå som annerledes fra denne (Gadamer, Schaanning & Holm-Hansen, 2012). Det forstår jeg som at forståelse er individuelt, ved at den kan variere fra person til person, basert på det en tidligere har oppfattet eller forstått. Og at forståelsen dessuten er foranderlig så fremst man er bevisst hvordan man selv forstår. Ved å

være en del av det Gadamer omtaler som den hermeneutiske sirkel, kan egne fordommer vurderes, slik at de som står i veien for forståelse kan korrigeres vekk (Krogh, 2014).

4.3 Forforståelse

På bakgrunn av Gadamers perspektiv på hermeneutikk (Gadamer et al., 2012; Krogh, 2014), vil jeg her tydeliggjøre min egen forforståelse som ligger til grunn for arbeidet med studien. Ved studiens oppstart var jeg nyutdannet helsesykepleier. Gjennom utdanningens praksisstudier har jeg tilegnet meg erfaring som helsesykepleier. Jeg har også innsikt i, og kunnskap om yrkets grunnlag og rammer etter gjennomføring av utdanningen over en toårsperiode. Valg av tema og problemstilling er først og fremst begrunnet med en interesse for den digitale utviklingen i helsetjenesten, hvordan dette påvirker tjenesteutøver og interesse for å jobbe med ungdom. Mer spesifikt er jeg nysgjerrig på hvordan digitalisering påvirker helsesykepleieres arbeidshverdag, da jeg har erfart gjennom studiet og praksis at dette er stadig mer aktuelt. Jeg har en del erfaring med digital kommunikasjon, blant annet fordi studiet ble digitalisert i forbindelse med covid-19 pandemien. Jeg har dermed vært «digital student» og både deltatt på forelesninger, gruppearbeid og individuelt arbeid digitalt. Jeg har også personlig erfaring med bruk av sosiale media. Selv om jeg ikke har brukt sosiale media i profesjonell sammenheng, har jeg vært inne på ulike profiler til helsepersonell, deriblant helsesykepleiere og sett hva de deler gjennom kanaler som Instagram og Snapchat.

Gadamer beskriver vår forståelse som en horisont; vi befinner oss bestandig innenfor en horisont, vår forståelse har alltid forutsetninger, samtidig er forståelsen alltid under utvikling ved at nye momenter kommer opp i horisonten (Krogh, 2014, s. 55). Prosessen som resulterer i denne studien har på ingen måte vært lineær, men heller preget av mye frem og tilbake mellom de ulike delene av prosjektet. I den forbindelse kan jeg relaterer meg til slik jeg forstår Gadamers hermeneutiske sirkel og forståelseshorisont. De ulike delene av prosessen har bidratt med stadig mer kunnskap og innsikt, og dermed endret min forforståelse underveis, både ved å lese teori og forskning og gjennom å intervjuer helsesykepleiere som har erfaring på feltet jeg undersøker. Noen ganger har nye momenter bidratt til mer forvirring enn forståelse til å begynne med, men etter hvert gitt mening og innsikt. Som nyutdannet og uerfaren helsesykepleier, var jeg nysgjerrig på å utforske temaet jeg hadde valgt, og forsøkte å være åpen for ny innsikt. Jeg vil likevel understreke at denne studien bærer preg av min egen forforståelse og mine valg underveis i prosessen.

4.4 Utvalg og rekruttering av deltagere

Polit og Beck skriver at hovedkriteriet for utvalg i kvalitativ forskning er at deltagerne har erfaring med det en undersøger (Polit & Beck, 2020, s. 497). Da jeg søker helsesykepleieres erfaringer fra deres perspektiv, vurderte jeg det som naturlig å rekruttere helsesykepleiere som informanter. I forkant av rekrutteringsprosessen søkte jeg til Norsk senter for forskningsdata (NSD) for godkjenning om å iverksette prosjektet (NSD - Norsk senter for forskningsdata, u.å.). Vurdering av meldeskjema for behandling av personopplysninger er tatt med som vedlegg (vedlegg 1).

For å rekruttere deltagere hadde jeg i utgangspunktet tenkt å kontakte helsesykepleiere i kommuner som tilbyr digitale tjenester. Jeg skulle sende ut e-post til disse med informasjon om prosjektet og forespørsel om de kunne dele dette med aktuelle informanter. Det viste seg å være en utfordring å finne kontaktinformasjon til ledende helsesykepleiere i de aktuelle kommunene, blant annet på grunn av uoversiktlige nettsider. Jeg sendte e-post til ledende helsesykepleier i en kommune, som resulterte i en informant. I en annen kommune tok jeg kontakt per telefon for å få tak i kontaktinformasjon til ledende helsesykepleier, der var det ingen som meldte seg. Strategien videre gikk ut på at jeg sendte e-post direkte til helsesykepleiere i aktuelle kommuner som informerte om at de tilbød videokonsultasjoner, heller ikke dette gav resultater. Jeg valgte derfor å sende ut e-post til alle helsesykepleiere ved videregående skoler i en stor kommune i Norge (der mailadresse var offentlig tilgjengelig), dette resulterte i ytterligere tre deltagere. I e-posten informerte jeg kort om prosjektet og ved positivt svar sendte jeg en ny e-post som inneholdt skjema med utfyllende informasjon og samtykkeerklæring (vedlegg 2). Jeg repeterte også informasjonen muntlig i starten av hvert intervju.

4.4.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Følgende inklusjons- og eksklusjonskriterier satte jeg for deltagerne: de måtte være utdannet helsesykepleiere, de måtte ha brukt digitale plattformer i kommunikasjon med ungdom. For eksempel videosamtale, tekstmelding, telefonsamtale, chat og sosiale media. Eksempel på sosiale media er Snapchat, Facebook og Instagram. I tillegg må kommunikasjonen ha vært en til en, det vil si at det ikke var tilstrekkelig å ha brukt sosiale media utelukkende for å dele råd eller informasjon på generelt grunnlag.

I utgangspunktet var et inklusjonskriterium arbeidserfaring med ungdom som går på ungdomsskole, videregående skole og/eller fra helsestasjon for ungdom. Jeg valgte etter hvert å avgrense utvalget til deltagere som jobbet på videregående. Dette valget tok jeg på bakgrunn av at den første informantene jeg kom i kontakt med jobbet på videregående. Jeg vurderte det som hensiktsmessig at informantene skulle ha et mest mulig likt grunnlag med tanke på arbeidsoppgaver, ansvarsområde og brukergruppe i samme alder.

4.5 Utarbeiding av intervjuguide

Intervjuet ble gjennomført ved bruk av en semistrukturert intervjuguide (vedlegg 3).

Intervjuguiden inneholdt forslag til spørsmål basert på tema som skulle dekkes (Kvale et al., 2015). Guiden ble utarbeidet på bakgrunn av problemstillingen og forskningsspørsmålene med hensikt om å legge til rette for å belyse disse. Innledningsvis ba jeg deltagerne om å fortelle om sine erfaringer med digital kommunikasjon med ungdom. Ved å stille slike åpne spørsmål, kan en legge til rette for at deltagerne forteller fritt med egne ord, som igjen gir intervjuer mulighet til å følge opp det som blir fortalt. Eksempel på det kan være å be personen om å utdype ulike sider ved fortellingen eller stille oppfølgingsspørsmål. Noen forutsetninger for å mestre å stille gode oppfølgingsspørsmål, er å bygge tillit til deltagerne; virkelig lytte til det de har å fortelle, samt klare å sette seg inn i deres situasjon og se deres perspektiv. Dermed kan en sørge for at alle tema blir dekket, samtidig som at deltagerne får mulighet til å formidle det de ønsker om de aktuelle temaene (Polit & Beck, 2020).

Inspirert av Kvale og Brinkmann (2015) og Polit & Beck (2020), hadde jeg forberedt meg på ulike spørsmålstyper før intervjuet, blant annet oppfølgingsspørsmål underveis i intervjuene. Jeg hadde også inkludert forslag til oppfølgingsspørsmål i selve intervjuguiden, se vedlegg. Inngående spørsmål der jeg ba deltagerne utdype noe de sa, hjalp meg til å få rikere beskrivelser av deres opplevelser. For å verifisere at jeg forstod det deltagerne fortalte rett, brukte jeg fortolkende spørsmål der jeg la frem min tolkning av det de sa for å høre om det stemte, eventuelt kunne deltagerne da korrigere meg dersom jeg hadde misforstått (Kvale et al., 2015).

4.6 Utførelse av intervju

Intervjuene var individuelle med en og en helsesykepleier via plattformen Microsoft Teams. Jeg gjorde lydopptak med appen nettskjema diktafon ved hjelp av 1-2 mobiltelefoner som

opptaksenheter, for sikker lagring og oppbevaring av datamateriale. Både Microsoft Teams og nettskjema diktafon er i tråd med UIT sine retningslinjer for informasjonssikkerhet og personvern, da datamaterialet har en gul klassifisering i henhold til konfidensialitet (Universitetet i Tromsø, 2019). Deltagerne fikk selv bestemme tidspunkt for intervjuene, deretter inviterte jeg dem til et Teams-møte. Selve intervjuene med lydopptak hadde en varighet på 38 til 45 minutter. Begrunnelsen for å velge digitale intervju var først og fremst Covid-19 pandemien, som medførte usikkerhet rundt mulighetene for å gjennomføre fysiske intervju, samt usikkerhet om det var mulig å reise med offentlig transport til intervjuene. I kommende delkapittel presenteres noen refleksjoner rundt digitale intervju.

Polit og Beck (2020) skriver at småprat i starten av intervjuene er nyttig for å bryte isen, da både intervjuer og deltagerne kan være nervøse. Jeg startet intervjuene med å introdusere meg selv og fortelle kort om min bakgrunn og interesse for temaet, samt oppfordre informantene til å gjøre det samme, før lydopptaker ble skrudd på. For å få en positiv avslutning på intervjuene spurte jeg deltagerne om det var noe de ønsket å tilføye eller utdype i tråd med hvordan Polit og Beck foreslår å avslutte et intervju (Polit & Beck, 2020). Jeg fikk også tillatelse fra alle deltagerne om å ta re-kontakt dersom det skulle dukke opp spørsmål senere i prosessen. Det har jeg ikke hatt behov for.

4.7 Refleksjoner rundt digitale intervju

Elliane Irani (2019) skriver om gjennomføring av digitale intervju. Fordelene er at det er lettere og mindre kostbart å gjennomføre praktisk med tanke på logistikk og demografiske avstander, noe jeg også erfarte. Tidsrom for intervjuet er mer fleksibelt, og stedet er mulig mer avslappende for deltagerne da de kan selv bestemme hvor de skal være (Irani, 2019). Noen av deltagerne var hjemme hos seg selv, mens andre var på kontoret på arbeidsplassen sin. Jeg utførte intervjuene hjemmefra. Samtidig poengterer Irani (2019) at den som utfører intervjuet også vil kunne observere non-verbal kommunikasjon gjennom en videosamtale, noe som gjør denne metoden for datainnsamling mer nærliggende et ansikt-til-ansikt-intervju. Jeg opplevde det som mindre relevant i forhold til datainnsamlingen, men samtidig var det positivt å kunne se deltagerne, og at de så meg. Det finnes også utfordringer med å bruke videokonferanse til å gjøre intervju. Et eksempel er utfordringer knyttet til å ta opp sensitive tema. Andre eksempler er at deltagere uten tilgang til, eller som ikke er komfortable med denne formen for teknologi blir ekskludert, dessuten teknologiske utfordringer med ustabil nettsamband, dårlig lyd og uklart bilde, som igjen kan virke distraherende på deltagerne (Irani, 2019).

Jeg opplevde ingen utfordringer på grunn av tematikken i intervjuene, noe heller ikke deltagerne ga uttrykk for, og jeg anser ikke teknologien i seg selv som et hinder for å inkludere deltagere eller gjennomføre intervjuene.

4.8 Transkribering

I det følgende vil det redegjøres for hvordan transkripsjonene er utført og hvilke valg som ble tatt underveis i den prosessen, i tråd med hva Kvale og Brinkmann (2015) skriver om transkribering av lydopptak. I den forbindelse vil det legges frem noen etiske betraktninger og hensyn som ble aktuelle i transkriberingen.

Jeg opprettet et dokument for hver av intervjuene i Word og transkriberte intervjuene ordrett, men utelot navn, stedsnavn og andre detaljer som var nødvendige for å ivareta personvern hensyn. Av samme grunn valgte jeg å oversette intervjuene fra dialekt til bokmål, med visshet om at dette kan påvirke hvordan for eksempel sitater tolkes av leser.

Dokumentene gav jeg navn «Intervju 1», «Intervju 2» og så videre. Jeg kalte meg selv «K» (for Katrine) og deltagerne «I» (for informant). Kvale og Brinkmann minner om at det finnes flere elementer som risikerer å gå tapt i prosessen med å oversette talespråk til skriftspråk. Mens en muntlig samtale er levende, er skriftlig tekst mer formell, og ordrette transkripsjoner er derfor ikke alltid dekkende (Kvale et al., 2015, s. 205). Hensikten er likevel å strukturere intervjusamtalene, for å få en oversikt over datamaterialet, slik at det egner seg bedre for analyse. I frykt for å utelate noe vesentlig, valgte jeg å inkludere pauser med tre punktum (...), jeg noterte følelsesuttrykk i parentes (latter) og intonasjon med store bokstaver (VELDIG). I ettertid ser jeg at det var unødvendig tidkrevende, da det ikke har hatt noe spesiell relevans for oppgaven. Derfor har jeg valgt å utelate slike dimensjoner og korte ned på tekst i de sitatene som er inkludert i oppgaven. For å ivareta transkripsjonenes gyldighet hevder Kvale og Brinkmann at forskere må spørre seg hva som er en nyttig transkripsjon for sin forskning (s. 212). I min studie er jeg ute etter deltagerens egne erfaringer, og jeg er opptatt av hva de forteller fremfor hvordan de forteller, da jeg skal gjøre en meningsanalyse. Av den grunn og med tanke på etiske hensyn ovenfor intervju-deltagerne, har jeg derfor valgt å gjengi uttalelser på en mer sammenhengende måte. Samtidig har jeg vært bevisst på å gjengi sitater slik at meningsinnholdet ivaretas. I transkripsjonsprosessen ble jeg mer kritisk bevisst meg selv som intervjuer. Blant annet formulerte jeg meg noen ganger med unødig lange setninger, noe som kan påvirke svarene dersom deltagerne oppfattet mine spørsmål som utydelig. Ved enkelte tilfeller ble jeg litt for ivrig og snakket samtidig som intervju-deltager.

Dette var likevel nyttig lærdom som jeg tok med meg til neste intervju, og dermed bli mer bevisst på hvordan jeg opptrådte som intervjuer.

4.9 Valg av analyse

Ifølge Polit og Beck bør analysemetode velges basert på hvilken som fremstår mest relevant, appellerende eller tilgjengelig (s. 536). For å analysere datamaterialet har jeg tatt utgangspunkt i Johannessen, Rafoss og Rasmussen sin tematiske analyse gjennom fire steg, som er en forenklet versjon av Braun og Clarke sin tematiske analyse (Johannessen et al., 2018). Valg av analysemetode er basert på at den er fleksibel, grunnleggende, studentvennlig og dessuten egnet for kvalitativ analyse (s. 278). Forfatterne beskriver analysen som en spørsmålsdrevet prosess (s. 22). Ved å ha spørsmål som utgangspunkt når en gjennomgår datamaterialet skjer to ting. Noen deler av datamaterialet blir uviktig og sorteres dermed bort til fordel for det som oppfattes relevant for mine interesser (mine spørsmål). Samtidig blir de relevante delene av datamaterialet enda mer interessant. Ved å gi disse delene økt oppmerksomhet kan detaljer og nyanser avdekkes på en ny måte. Analysemetoden innebærer å lete etter temaer i datamaterialet; kategorier med viktige fellestrekk, som til sammen har til hensikt å belyse problemstillingen «Hvilke erfaringer har helsesykepleiere med digital kommunikasjon med ungdom?».

4.9.1 Tematisk analyse

I første fase, forberedelsesfasen innhentet jeg datamaterialet gjennom intervju med helsesykepleierne, samt transkriberte intervjuene fra muntlig til skriftlig format. Om denne fasen sier forfatterne at en skal få oversikt over dataene, noe jeg fikk gjennom å høre på lydfilene til intervjuene og lese gjennom hele det transkriberte materialet flere ganger. Fra forberedelsesfasen fortsatte jeg til neste fase, koding. «Koding handler om å fremheve og sette ord på viktige poenger i dataene våre» (s. 248). Jeg leste gjennom et og et intervju og markerte det som fremsto som viktige poeng med å streke under det aktuelle ordet eller setningen. Under følger et eksempel på dette:

I: Jeg tror faktisk mye handler om ressurser og sånne ting, og det er jo noe du må ta deg tid til hver uke. Sette deg ned med de sosiale mediene du bruker da, og være aktiv, hvis ikke så dør det hen. Også når du vet at liksom time-boken din er ... «okei når skal jeg liksom få tid til det?». Også må du jo holde deg oppdatert, og det må jo være nyttig det som ligger der.

Her snakker en av deltagerne om bruk av sosiale media i skolehelsetjenesten, og om hva det krever. Jeg har streket under «ressurser», «tid», «være aktiv» og «holde deg oppdatert», fordi dette var viktige stikkord for innholdet i det som ble sagt her. Ved hjelp av Words kommentarfunksjon, la jeg inn kommentarer i marginen til det jeg hadde streket under i form av enkeltord og begreper. Her inkluderte jeg også refleksjoner eller assosiasjoner til de andre intervjuene, eventuelt til forskning eller teori. Slik kunne jeg tilegne meg ny og dypere innsikt i datamaterialet i tråd med Johannessen m.fl. sin tematiske analyse. Fra eksemplet over la jeg inn følgende kommentarer:

«Tid + jevnlig oppdatering nødvendig for at en skal nå ut til ungdommene»

«Informasjonen må være oppdatert og nyttig. Press for helsesykepleierne?»

I kodingen skiller Johanessen m. fl. mellom generelle og spissede spørsmål. De første gangene jeg gjennomgikk datamaterialet forsøkte jeg å stille meg åpen med utgangspunkt i spørsmålet: «hva handler dette om?». For hver gang jeg skulle lese hele materialet endret jeg rekkefølgen jeg leste intervjuene i, for å forsikre meg om at jeg brukte tilnærmet like mye tid på hvert intervju og viet alle omtrent lik oppmerksomhet og konsentrasjon.

Det neste jeg gjorde var å opprette et eget notat i Word som jeg kalte «førstekast koding». Det jeg hadde fremhevet som relevant gjennom understreking i teksten og stikkord og refleksjoner i marginen kopierte jeg inn i dette dokumentet. På den måten samlet jeg funnene fra de fire intervjuene, i tillegg til at jeg startet en sorteringsprosess der jeg plasserte funnene under hver sine overskrifter. Overskriftene gjenspeilet hva innholdet var, slik at jeg tilrettela dataene for neste steg, kategorisering. I denne delen av prosessen kodet jeg både data med åpenbar relevans og mulig relevante data, som resulterte det i følgende overskrifter: «konkrete erfaringer», «forutsetninger for å holde på med sosiale media», «tilgjengelighet», «tekniske ferdigheter», «forskjeller på fysisk og digitalt møte», «relasjon», «fordeler og ulemper med det digitale møtet», «personvern/anonymitet», «ansvar» og «digital tjeneste i fremtiden».

For å spisse innholdet fra hva materialet i sin helhet handlet om og mer mot problemstillingen «Hvilke erfaringer har helsesykepleiere med digital kommunikasjon med ungdom?», tok jeg videre utgangspunkt i hvert av forskningsspørsmålene, og gikk over hele materialet på nytt. Ifølge Johannessen m. fl. kan gjentatte runder med koding legge til rette for at forskeren identifiserer flere nyanser og poenger fra datamaterialet. Jeg lagde 5 fargekoder ut fra forskningsspørsmålene, og satte deretter i gang med å markere materialet i sin helhet med

disse fargekodene. Mye av det jeg i forrige runde med koding hadde understreket og kommentert, fikk nå en farge som gjenspeilet hvilket forskningsspørsmål dette kunne knyttes til. Noe av det jeg hadde streket under som mulig relevante data ble ekskludert dersom det ikke kunne knyttes til problemstilling og forskningsspørsmål.

Kodene var som følger: Gul = «skille mellom digital og ansikt til ansikt», grønn = «ulike tema digitalt og ansikt til ansikt», rød = «betydning for relasjon», rosa = «fordeler og ulemper med digitale møter» og grå = «muligheter og begrensninger». Et eksempel på dette med understreking og fargekoder:

du skal være veldig årvåken, og ha mye erfaring med ungdom når du skal klare å
liksom catche hva som er utfordringen her og nå. Og det er jo alltid lettere hvis du
kjenner ungdommene.

I kategoriseringsfasen anbefaler forfatterne 3-5 tema/kategorier med tilhørende underkategorier. I denne fasen skal dataene settes sammen til en større helhet og presenteres i overordnede kategorier. Det er tatt hensyn til at kategoriene rommer nok materiale, at hver kategori har viktige fellestrekk og at ikke kategoriene overlapper hverandre. Dette samsvarer med Johanessen m. fl. sine krav om tykkelse, intern og ekstern konsistens. Kategoriene er utarbeidet på bakgrunn av problemstillingen. Erfaringene helsesykepleierne fortalte om **resulterte i tre kategorier, med tilhørende underkategorier;**

Helsesykepleier på mange digitale plattformer

- Digitale konsultasjoner
- Helsesykepleier på Snapchat

Tilgjengelig for ungdommene

- Hvor går grensen for tilgjengeligheten?
- Når tilgjengeligheten gjør helsesykepleier utilgjengelig

Innholdet i møtet mellom helsesykepleier og ungdom

- Viktigheten av relasjonen
- Hvordan ungdommene kommuniserer
- Digitale og fysiske møter var ulike

Kategoriene vil presenteres og utdypes i kapittel 5 Presentasjon av empirisk materiale.

4.10 Forskningsetiske overveielser

Etter å ha fått godkjent prosjektskissen for oppgaven ved Universitetet i Tromsø (UiT), sendte jeg søknad til Norsk Senter for forskningsdata (NSD), for en vurdering av om prosjektet var i tråd med lovverket. I henhold til personvern, har prosjektet en gul klassifisering på bakgrunn av behandling av lydopptak som regnes som personopplysning (Universitetet i Tromsø, 2019). Når prosjektet var godkjent av NSD (se vedlegg), startet jeg rekrutteringsprosessen. Denne har jeg redegjort for i kapittel 4.3.

Behandlingen av lydopptaket må ha et lovlig grunnlag, kalt behandlingsgrunnlag tilsvarende et samtykke. Kriteriene for samtykket er at det skal være frivillig, spesifikt og informert og utvetydig. Dessuten må det være gitt gjennom en aktiv handling, mulig å dokumentere og det skal være like lett å gi samtykke som å trekke det tilbake (De Nasjonale forskningsetiske komiteene, 2009) (NSD - Norsk senter for forskningsdata, u.å.). Ved rekruttering av deltagerne må de opplyses om hensikt med og designet i undersøkelsen, slik at de kan gi informert samtykke til å delta (Kvale et al., 2015). Dette har jeg redegjort for i kapittel 4.4. Konfidensialitet må ivaretas i hele prosessen, noe deltagerne også skal opplyses om, samt at lagring og håndtering av data gjøres etter UiT sine retningslinjer, som beskrevet i kapittel 4.5. I tråd med hva som står i samtykkeerklæringen skal lydopptakene slettes ved prosjektets slutt i juni 2022. Gjennom å redegjøre for fremgangsmåte og mine valg gjennom alle fasene i prosjektet, er målet at leseren skal kunne følge resonnementene som fører frem til de ulike delene slik de legges frem.

4.11 Metodiske overveielser

Metoden er valgt på bakgrunn av tema og problemstilling, som redegjort for innledningsvis i dette kapitlet. Ved å velge en metode som er egnet til å belyse tema og problemstillingen, bidrar det til å styrke studiens validitet eller gyldighet, som sier noe om sannhet, riktighet og styrke (Kvale et al., 2015). Kvale og Brinkmann (2015) argumenterer for at kunnskapen som produseres via kvalitative intervjuer, ikke trenger å være subjektiv. Ved å ha et reflektert og bevisst forhold til egne fordommer, som jeg også har redegjort for i kapittel 4.3, kan det bidra til en refleksiv objektivitet. Ved å legge frem min forforståelse for intervju-deltagerne, ble de også gjort oppmerksom på denne.

Dersom et forskningsresultat kan reproduseres uavhengig av når forskningen gjøres og hvem som er forskeren, er forskningsresultatet pålitelig. I intervju kan dette relateres til hvorvidt intervjudeltageren ville svart annerledes dersom intervjuet gjøres av en annen forsker. Både i selve intervjuet, transkriberingen og analysen kan det tas valg som innvirker på studiens reliabilitet. Som jeg har redegjort for tidligere, hadde jeg forberedt åpne spørsmål, og unngikk ledende spørsmål, da det kan påvirke reliabiliteten. I tillegg var jeg bevisst på å verifisere min tolkning av det deltagerne fortalte, slik at eventuelle misforståelser kunne oppklares (Kvale et al., 2015). Underveis i intervjuene ga deltagerne utfyllende og innholdsrike svar til spørsmålene og kom med mange eksempler fra praksis. Da spørsmålene i intervjuguiden var nært knyttet opp mot problemstilling og forskningsspørsmål, resulterte det i relevante svar fra deltagerne. Disse faktorene er ifølge Kvale m. fl. med på å heve kvaliteten i intervjuene.

Med kun 4 deltagere, er utvalget begrenset, og funnene er ikke generaliserbare basert på representative utvalg, men dette er heller ikke studiens hensikt. Studien kan heller sies å ha overføringsverdi basert på deltagerens bidrag med innholdsrike beskrivelser (De Nasjonale forskningsetiske, 2010).

5 Presentasjon av det empiriske materialet

I det følgende vil presenteres det empiriske materialet som består av resultatet av min tematiske analyse. Ut fra problemstillingen «Hvilke erfaringer har helsesykepleiere med digital kommunikasjon med ungdom?», vil materialet presenteres under overskrifter tilsvarende hoved- og underkategorier fra den tematiske analysen i kapittel 5.8. Heretter omtales intervjudeltagerne som helsesykepleier 1, 2, 3 og 4.

I kapittelet vil det kort gjøres rede for hvilke plattformer helsesykepleierne anvendte og hvilke bruksområder og rammebetingelser som gjaldt for disse. Med det menes hvilket medium eller digital løsning som ble brukt i hvilken forbindelse, samt hvilke ytre betingelser som hadde betydning. Det vil også komme frem hvilke muligheter og utfordringer som var forbundet med de ulike rammebetingelsene, og hvordan helsesykepleierne håndterte disse.

Videokonsultasjoner og Snapchat omtales i hvert sitt underkapittel, da bruksområdene og rammebetingelsene for disse er ulike, selv om begge omtales under samlebetegnelsen «digital kommunikasjon».

5.1 Helsesykepleier på mange digitale plattformer

I tillegg til å kommunisere med ungdom via ordinære konsultasjoner fysisk, på kontoret, anvendte helsesykepleierne flere digitale arenaer for å kommunisere på. Blant annet via telefonsamtale eller tekstmelding og gjennom sosiale media, særlig Snapchat. I forbindelse med Covid-19-pandemien hadde de også startet med videokonsultasjoner. Med andre ord; kommunikasjonen foregikk på mange ulike plattformer. De ulike plattformene ble anvendt til forskjellige formål; telefonsamtaler og videokonsultasjoner var gjerne en erstatning for en ordinær fysisk konsultasjon. Som jeg skal komme tilbake til var det ikke en fullverdig erstatning, da fysisk tilstedeværelse har andre forutsetninger enn digital tilstedeværelse. Som ved en ordinær konsultasjon skjedde kommunikasjonen i samtid, men deltagerne (helsesykepleier og ungdom) var ikke avhengig av å være på samme sted. Ved bruk av tekstmelding og Snapchat foregikk kommunikasjonen gjennom andre format; skriftlig gjennom tekst eller visuelt ved bruk av bilder og video. Her var ikke kommunikasjonen avhengig av hverken tid eller sted. Bruk av videokonsultasjoner, telefon og sosiale media var forbundet med mer fleksibilitet for helsesykepleierne, noe de mente også var tilfellet for ungdommene. Men dette var også forbundet med noen utfordringer, som sitatene nedenfor viser til. Om å kommunisere via tekst sa en helsesykepleier

«Jeg bruker vanvittig mye mer tid på det enn på å snakke»

Helsesykepleier 1

En annen helsesykepleier uttrykte det slik:

«Det kan jo bli litt mye til tider, at noen sender jo plutselig melding via Messenger og noen sender på Teams, og så er det SMS, og så er det mail»

Helsesykepleier 4

Stadig nye og flere arenaer å forholde seg til, kunne med andre ord både oppleves som tid- og ressurskrevende. Med nye og flere plattformer å kommunisere på, måtte helsesykepleierne endre sine arbeidsmetoder for å imøtekomme alle brukerne som henvendte seg. Dette kan tenkes å ha betydning for rollen til helsesykepleier. Hvorvidt dette var noe helsesykepleierne selv ønsket, eller om det var en endring som tvang seg frem av andre årsaker vil tas nærmere opp i drøftingen.

5.1.1 Digitale konsultasjoner

Som nevnt innledningsvis i dette kapitlet hadde helsesykepleierne hatt sine første videokonsultasjoner med ungdom som følge av pandemien. Alle helsesykepleierne ga uttrykk for at det var viktig med alternative løsninger under pandemien, slik at de kunne opprettholde tilbudet og kontakten med ungdommene. På tidspunktet intervjuene ble utført var skolene åpne som vanlig, og helsesykepleierne var i gang med fysiske møter igjen. Likevel fortalte flere at nå som de og flere av ungdommene allerede hadde satt seg inn i, og prøvd ut videokonsultasjoner, var det naturlig å fortsette å tilby det som et supplement til den eksisterende tjenesten. Med fortsatt strenge restriksjoner i samfunnet på daværende tidspunkt, var det en fordel å kunne kommunisere med elever som var hjemme fra skolen, eller dersom helsesykepleierne hadde hjemmekontor. Helsesykepleierne så også for seg at det kunne være fordelaktig med videokonsultasjoner også uavhengig av restriksjoner, da ikke ungdommene og helsesykepleier alltid befant seg på skolen samtidig. Selv om det ble antydning at videokonsultasjoner kunne fortsette å være en del av tilbudet, gav helsesykepleierne uttrykk for at de foretrakk fysiske møter med ungdom, som en av de sa:

«Hvis jeg har videokonsultasjoner, så syns jeg for så vidt at det går greit, men jeg føler likevel at det hadde vært bedre om personen var i rommet»

Helsesykepleier 1

Uttalelser som dette var gjerne knyttet til at helsesykepleierne erfarte de fysiske og digitale møtene som vesentlig forskjellige. Fysiske møter kunne dermed ikke erstattes fullverdig av digitale møter. Dette kommer jeg tilbake til i drøftingen. De erfarte også videokonsultasjoner som utfordrende av andre grunner. Følgende sitat illustrerer hvordan helsesykepleier 1 opplevde videosamtaler:

«I begynnelsen så syns jeg det var veldig, ja jeg syns liksom det var litt ubehagelig, men det å hjelpe de som har behov for støttesamtaler da, det er jo det som trumfer det»

Helsesykepleier 1

Til tross for at denne måten å kommunisere med ungdom på ble uttrykt ubehagelig, ga de tydelig uttrykk for å bry seg hvordan de kunne hjelpe ungdommene. Flere oppfattet det også som at de fleste ungdommene ønsket å møte dem fysisk når det var mulig. Dette knyttet de

blant annet til at ungdommene var lei av å ha alle interaksjoner digitale, særlig i forbindelse med pandemien, men også at å møte en voksen, ansikt til ansikt gir en form for trygghet. Andre utfordringer med både videokonsultasjoner og samtaler på telefon, var knyttet til vanskelige temaer som ungdommene tok opp, og mulighet til å respondere på emosjonelle uttrykk som følgende sitat illustrerer:

*«muligheten til å trøste på en måte, støtte, den forsvinner jo på en måte litt.
Det å kanskje fysisk ta på hvis de har behov for det, eller bare gi et papirtørk»*

Helsesykepleier 2

«responsen på hva de føler, tenker ikke sant, den blir litt sånn, ja, hvis man er veldig lei seg, så er det noe med å ha noen i nærheten, ikke sant, ikke gjennom en skjerm»

Helsesykepleier 2

Rammene for digitale konsultasjoner medførte at helsesykepleierne måtte møte utfordringene ungdommene hadde på en annen måte enn de var vant til. I noen tilfeller mente helsesykepleierne at det var nødvendig å få til et fysisk møte, eventuelt en telefon- eller videosamtaler der de kommuniserte via sosiale media eller tekstmelding. Særlig var dette aktuelt dersom ungdommene tok opp alvorlige tema eller der helsesykepleier følte på seg at det lå noe mer bak kontakten enn hva hun oppfattet via digital kommunikasjon. En av helsesykepleierne fortalte at hun hadde snakket med en ungdom på telefonen og til slutt bedt personen om å komme på kontoret, da hun ante at det lå mer bak samtalen enn hva hun oppfattet. I det fysiske møtet kom det frem at ungdommen hadde hatt et selvmordsforsøk, noe som ikke var kommet frem i telefonsamtalen. I andre tilfeller var det ikke mulig å møte ungdommene fysisk, enten på grunn av nedstengning eller at ungdommen kun ønsket å snakke digitalt. Da gjorde helsesykepleierne så godt de kunne både med å formidle med ord det de observerte, og ta seg god tid i samtalen. Samtidig ble det også påpekt at det var like viktig å få ungdommene til å føle seg sett og hørt digitalt, som fysisk. Og de viste for eksempel til at de brukte mange av de samme samtaleteknikkene fysisk og digitalt. Helsesykepleierne hadde erfart at de gjennom videokonsultasjoner fikk et nytt innblikk i hjemmemiljøet til ungdommene. Dette opplevde de som positivt. Noen opplevde at en forelder stakk hodet innom mens de snakket på video, andre fikk hilse på husdyrene til ungdommene.

«jeg har sett litt hvordan de bor, de kan vise meg husdyrene sine, den de søker trøst hos når de har det vanskelig»

Helsesykepleier 2

Det ble også trukket frem flere positive sider med digitale konsultasjoner. En helsesykepleier erfarte at ungdommene var mer motivert for samtale i en digital konsultasjon, da de selv tok initiativ og for eksempel ikke ble oppfordret av en lærer å ta kontakt. For noen ungdommer egnet digital kommunikasjon seg bedre enn fysiske møter, begrunnet med at de hadde behov for en viss avstand. Som en helsesykepleier uttalte:

«For noen så kan det være en fordel å ha litt distanse, fordi det kan være ganske intenst å sitte rett ovenfor hverandre»

Helsesykepleier 4

Flere av helsesykepleierne hadde også erfart at ungdom ikke ønsket at andre skal vite at de snakker med helsesykepleier:

«Du har også noen brukergrupper som også ikke vil komme på kontoret fordi de blir sett, så de kan heller komme digitalt. Det er positivt».

Helsesykepleier 2

Dermed kunne digital kommunikasjon være en måte å nå ut til brukere som av ulike grunner ikke benyttet seg av den opprinnelige tjenesten.

5.1.2 Helsesykepleier på Snapchat

Deltagerne erfarte at Snapchat var det sosiale mediet som fenget ungdommen mest, og noe de sjekket ofte. Helsesykepleierne selv var også positiv til Snapchat, og foretrakk det fremfor andre sosiale medier i jobbsammenheng. Som en av helsesykepleierne sa

«På Snap der kan du gjøre så mye mer morsomt. Jeg tar litt film av meg eller tar selfier og jeg føler at det gir mye mer respons. For det blir mye mer nært, eller mye mer levende».

Helsesykepleier 1

Flere rapportert også at ungdommene tok skjermbilde av det de la ut på Snapchat, noe de tolket som en bekreftelse på at det de la ut var nyttig. Deltagerne fortalte om at de anvendte Snapchat til å informere om åpningstider og tilstedeværelse, men også for å dele helseinformasjon med ungdommene. Via applikasjonen fikk ungdommene svar på enkle, generelle spørsmål, eventuelt avtalte de å møte helsesykepleier på kontoret, på video eller telefon dersom de hadde behov for det. Snapchat var noe helsesykepleierne hadde begynt med før pandemien inntraff. Flere uttrykte at det var en fordel å ha en allerede etablert digital kontakt når det fysiske tilbudet ikke var mulig å opprettholde, som ble tilfellet under pandemien. Helsesykepleierne så på Snapchat som en egnet plattform til å vise elevene hvem de er og hva de driver med. En helsesykepleier uttrykte det slik:

Så det var liksom å filme litt det som foregikk mellom meg og rådgiverne og de andre ansatte på VGS da. Målet med kontoen er å vise ektheten og at vi er tullete, trygge, uhøytidelige voksne.

Helsesykepleier 3

Dermed kunne Snapchat bidra til å senke terskelen for å oppsøke helsesykepleier for de elevene som ellers opplevde det som skummelt eller ikke visste om helsesykepleier var den rette personen å kontakte. I en travel arbeidshverdag med mange elever per helsesykepleier, mente en av deltagerne at Snapchat var en god mulighet til å jobbe mer på gruppenivå ved at de enkelt kunne nå ut til mange ungdommer.

«vi må opp et nivå, vi klarer ikke å være en helsesykepleier og 1000 elever og snakke med alle en og en. Så vi må løfte det opp på gruppenivå og informere flere, for å fremme helse og forebygge. Fordelen med Snap syns jeg, hvis jeg deler for eksempel søvnvansker og at det er noe de kan få hjelp til, så gir jeg litt informasjon til alle, og de som har behov for det kan komme innom»

Helsesykepleier 3

Sitatet kan gi et bilde på hvordan helsesykepleier ved hjelp av Snapchat kan synliggjøre sin funksjon og sitt kunnskapsgrunnlag for ungdommene. De fremmet også betydningen av at det for noen ungdommer var betydningsfullt å vite at de var tilgjengelige. En helsesykepleier sa at ungdommene gav positive tilbakemeldinger når hun formidlet at hun var tilgjengelig på Snapchat

«Noen av de ungdommene jeg hadde fulgt opp sa hvert fall at det var en veldig trygghet. De sendte ikke nødvendigvis spørsmål til meg, men de fulgte meg på det jeg delte»

Helsesykepleier 3

Det var med andre ord mange positive sider ved å bruke Snapchat i arbeidet. Men som jeg var kort inne på innledningsvis, krevde det også både tid og ressurser av helsesykepleierne. Det varierte blant helsesykepleierne hvor mye, og til hva de brukte Snapchat i arbeidet med ungdom. Helsesykepleierne var bevisst på at det ikke skulle ytes helsehjelp på sosiale media. Dersom ungdom henvendte seg med personlige spørsmål på sosiale media, inviterte de gjerne ungdommen til en samtale på video, telefon eller på kontoret. Dersom samtalen var på video eller på telefon sjekket helsesykepleier at ungdommen var alene, for å ivareta personvern hensyn og taushetsplikt. Helsesykepleierne opplevde at ungdommene som oftest var mottakelige for å flytte dialogen til en mer egnet plattform dersom de tok opp tema som fordret det. Likevel fortalte flere om noen utfordringer de hadde opplevd knyttet til vanskelige eller sensitive tema på sosiale media for eksempel:

«Så er det dette her med de svarene du får, hva er det som du kan risikere å få på sosiale medier»

Helsesykepleier 1

Også på tekstmelding hadde de opplevd lignende:

«Så husker jeg og tilbake at det er elever som også har sendt meg veldig, hva skal jeg si, alvorlige meldinger i helga»

Helsesykepleier 1

Sitatet representerer to mulige utfordringer, både at alvorlig tema tas opp digitalt og at digital kommunikasjon kan skje uavhengig av tid og sted, som for eksempel utenom arbeidstid når helsesykepleier er hjemme. Selv om helsesykepleierne var bevisst på hvilke plattformer som var greit å bruke, var det altså ikke alltid at ungdommene forholdt seg til dette. Hvor ungdom henvendte seg var av betydning for hvordan helsesykepleierne kunne møte dem. I tillegg var det uforutsigbart hva ungdommene ønsket å ta opp med helsesykepleier. Som en helsesykepleier uttrykte det, kunne ungdommene ta opp alt mellom himmel og jord:

«Det er suicidforsøk, det er spiseforstyrrelser, det er seksuelle overgrep, det er noen som ikke har spist de siste tre dagene, og noen kommer inn og spør om jeg har lyst å bli med å rulle når de er russ, eller at «hun blikka meg»».

Helsesykepleier 4

Og dette var noe helsesykepleierne var forberedt på i de fysiske møtene. I de digitale møtene var det flere faktorer som måtte tas hensyn til og dermed påvirket hvordan helsesykepleierne kunne møte ungdommene. Som jeg allerede har vært inne på med tanke på tematikk, personlige spørsmål og det å yte helsehjelp. Det var også noen ungdommer som tok kontakt digitalt, men som helsesykepleierne helst ville møtt fysisk, som en deltager uttrykte:

«de som for eksempel sliter med spiseforstyrrelser ikke sant det, det er litt utfordrende fordi de gjemmer seg liksom bak en skjerm. De som ikke spiser, de sier ting går fint...det er litt lettere å se det når du har dem ansikt til ansikt. Både via kroppsspråket, hvis de er urolig i kroppen»

Helsesykepleier 2

Dette var en utfordring særlig i forbindelse med pandemien når det ikke var mulig med fysiske møter.

5.2 Tilgjengelig for ungdommene

Fysisk tilstedeværelse på skolen supplert med mange digitale kommunikasjonsformer resulterer i at helsesykepleier er tilgjengelig for ungdom på mange flere plattformer sammenliknet med tidligere. Og nettopp dette med tilgjengelighet var et gjennomgående tema i intervjuene. Som nevnt ovenfor var det å være digitalt tilgjengelig en måte å opprettholde kontakten med ungdommene på i pandemien og i forbindelse med nedstengning av samfunnet. Men også uavhengig av pandemien, var helsesykepleierne generelt opptatt av å være der ungdommene er, og mente det var viktig å være til stede også på nett, både som trygge voksne, og for å kunne bidra med nyttig informasjon om helserelaterte tema. En helsesykepleier sa:

«Det er jo ikke alltid jeg er på kontoret, men jeg har alltid telefonen med meg. Så de får liksom tak i meg overalt»

Helsesykepleier 3

Sitatet illustrerer hvordan digital kommunikasjon kan gjøre det enklere for ungdom å komme i kontakt med helsesykepleier. Et annet utsagn viser til viktigheten av å være der ungdommen er:

«De lever på nett, de utforsker livet på nett, seksualiteten, relasjoner, alt, de gjør alt på nett. Og hvis de skal være helt alene der ute, ingen foreldre er der, ingen i hjelpeapparatet er der, ingen, det går ikke. Så vi må være der, og vi må være der de er sånn at de har noen trygge voksne som de kan henvende seg til ved behov»

Helsesykepleier 3

Det kom frem ulike meninger og holdninger blant deltagerne om hvordan de skulle være tilgjengelig digitalt og i hvor stor grad, noe de også rapporterte om sine kollega og samarbeidspartnere. Som jeg har vært inne på her og i kapittel 5.1 var det både utfordringer og muligheter knyttet til digital kommunikasjon. Argumentene for å være på nett var gjerne knyttet til fleksibilitet, å være der ungdommen er, at ungdom etterspør det og har behov for det. Argumentene imot dreide seg om tid og ressurser, samt at digital kommunikasjon var relatert til en del utfordringer, blant annet sensitive tema. Det var også ulike oppfatninger blant helsesykepleierne om hvordan ungdom foretrakk å kommunisere med dem. Noen mente ungdommen hadde behov for fysiske møter med trygge voksne, andre mente ungdom opplevde det å ha helsesykepleier tilgjengelig digitalt, som trygt.

5.2.1 Hvor går grensen for tilgjengeligheten?

Flere av helsesykepleierne jeg intervjuet fortalte om at de også til en viss grad var tilgjengelige for ungdommene utenom ordinær arbeidstid. Det handlet blant annet om at kontoer på sosiale media var tilknyttet deres private konto, slik at meldinger kom opp når de logget seg på hjemme. En informant fortalte at dersom noen henvendt seg i ferier, prioriterte hun å svare, da det ofte dreide seg om åpningstider eller spørsmål der hun kunne henvise til andre instanser som var åpne på det aktuelle tidspunkt. Det ble også nevnt av flere at selv om de hadde en egen jobbtelefon, tok de denne med seg hjem etter arbeidstid. Noen ganger kunne de avtale med ungdommer at de kunne ta kontakt i helgen. Dette dreide seg om enkelttilfeller og var ikke noe de vanligvis gjorde, men som en helsesykepleier sa:

«Men så er det jo sånn noen ganger, at jeg kan si at, jeg skal ha på telefonen i helgen, hvis det er noe så kan du sende meg melding. Fordi det er ikke alle som har noen»

Selv om ikke telefon er et nytt fenomen, kan sitatet gi en pekepinn på at teknologi skaper noen muligheter som tidligere ikke fantes. En annen helsesykepleier hevdet det var vanskelig å sette grenser i starten, da hun var nyutdannet, men at dette var noe hun hadde blitt flinkere til etter hvert.

«I starten så var det litt vanskelig å skru av telefonen kanskje, mens nå etter hvert så er jeg blitt litt flinkere til å sette grenser selv da (...) når man er nyutdannet og nyansatt og helt ny i jobben så må man lære seg litt veien mens du går»

Sitatet kan gi et bilde på at det i stor grad er opp til helsesykepleieren selv hvor mye hun skal engasjere seg. Når helsesykepleierne reflekterte over hvilke muligheter digital kommunikasjon skaper, foreslo de blant annet å nå ut til ungdom som ikke benytter seg av tjenesten slik den er i dag. For eksempel geografiske forhold, der ungdom ikke har tilgang på HFU i nærheten. Eller at digital kommunikasjon åpner opp for å nå et større mangfold av brukere, for eksempel ulike kjønn eller gutter. En annen mulighet som ble nevnt var å fortsette oppfølgingen av ungdom de hadde fulgt opp tidligere, som en helsesykepleier uttrykte:

«Hvis du har hatt samtale med noen over tid selv om de har flytta til et annet sted, eller om de nå går på folkehøgskole eller hva de holder på med så trenger du ikke nødvendigvis å avslutte en sak når de går ut av vgs. Men du kan faktisk tilby dem samtaler da etterpå, litt sånn oppfølging hvis det er nødvendig»

Det kan stilles spørsmål til om alle mulighetene teknologien gir, skal utnyttes, samt til ansvaret helsesykepleiere pålegges av seg selv eller andre i den forbindelse. Dette vil tas nærmere opp i drøftingen.

5.2.2 Når tilgjengeligheten gjør helsesykepleier utilgjengelig

Som vist til i kapittel 5.2, var helsesykepleierne opptatt av å være tilgjengelig for ungdommene, både fysisk og digitalt. Tilgjengelighet var samtidig et dilemma da det er mange elever per helsesykepleier, gjerne 1 helsesykepleier på en videregående skole med

1000 elever. Det medførte ofte at ungdommene ikke møtte «åpen dør» når de oppsøkte helsesykepleier, men heller kø og ventetid, som en helsesykepleier sa:

«Er du uheldig da, så er det jo opptatt hele dagen»

Helsesykepleier 4

Dette førte til reaksjoner fra ungdommene:

«Jeg får jo innimellom litt sånn kjeft; «du er aldri ledig når jeg kan»»

Helsesykepleier 4

Med «kun» det ordinære tilbudet i skoletiden på skolen er det vanskelig for helsesykepleierne å nå ut til alle elevene. Å kombinere nok til enkeltelever kombinert med å være tilgjengelig for andre elever kunne være utfordrende. Gjennom Snapchat har helsesykepleierne en unik mulighet til å nå ut til mange ungdommer samtidig:

«jeg har vel alltid minst 350 som ser hver Snap jeg legger ut, og vi er en skole på 1000 elever»

Helsesykepleier 3

En annen helsesykepleier fortalte at i forbindelse med pandemien startet hun med timebestilling, slik at ungdommene kunne møte opp til avtalte tidspunkt. Da unngikk ungdommene bomtur dersom helsesykepleier var opptatt eller ikke til stede på kontoret. Men digital kontakt kunne paradoksalt nok både være mer tidkrevende og mer tidsbesparende. En deltager påpekte at sosiale media er tid- og ressurskrevende fordi man må komme med jevnlig og ikke minst nyttige oppdateringer regelmessig

«være aktiv, hvis ikke så dør det hen. (...) Også må du jo på en måte holde deg oppdatert, og det må jo være nyttig det som ligger der»

Helsesykepleier 1

På den ene siden kan en som helsesykepleier være mer synlig og nå ut til flere gjennom sosiale media. På den andre siden krever også sosiale media tid i seg selv, noe som trolig vil gå ut over noe annet. Sosiale media var et tillegg til det ordinære arbeidet.

Videokonsultasjoner og telefonsamtaler fungerte mer som en erstatning for «vanlige», fysiske

konsultasjoner. Å kommunisere via telefon eller video var ansett som mer fleksible alternativer enn fysiske møter, fordi de ikke var stedsavhengig, det vil si de som kommuniserer kan befinne seg på hvert sitt sted. Det muliggjorde oppfølging uavhengig av om ungdommen var fysisk på skolen og om det var i skoletiden til ungdommen. Men som jeg kommer nærmere inn på i neste delkapittel var det flere faktorer med digital kommunikasjon som ikke kunne erstatte kommunikasjon der begge parter var til stede i samme rom. Dessuten erfarte helsesykepleierne at de måtte være aktive og legge ut innlegg regelmessig for å opprettholde interessen til ungdommene. På sosiale medier. Det ble ansett som viktig å holde seg oppdatert slik at innleggene var nyttig for ungdommene. Selv om det ikke var et krav, mente flere deltagere at det var en fordel å ha erfaring med sosiale media fra før når de skulle bruke det i jobbsammenheng, både for å lykkes med å bruke det, for å se nytteverdien av det og for å ha motivasjon til å bruke slike kanaler.

5.3 Innholdet i møtet mellom helsesykepleier og ungdom

Helsesykepleierne hadde erfart at ungdom oppsøkte dem av veldig mange ulike årsaker, noe som gjorde møtene mellom dem svært forskjellige. Noen ganger stilte ungdommene enkle spørsmål som krevde enkle svar, enten digitalt eller fysisk. Men i mange tilfeller var det mer alvorlige eller kompliserte spørsmål og tema ungdommene ville ta opp med helsesykepleier. I den forbindelse snakket helsesykepleierne og viktigheten av gode relasjoner, de fortalte hvordan ungdom kommuniserte med dem, og hvordan digitale og fysiske møter var forskjellige. I det følgende vil dette presenteres.

5.3.1 Viktigheten av relasjonen

Alle helsesykepleierne var opptatt av å skape og utvikle gode relasjoner til ungdommene. Som nevnt, kunne Snapchat synliggjøre helsesykepleier for ungdommene, og dermed sies å bidra til å legge grunnlaget for å skape en relasjon. En helsesykepleier uttrykte det slik

«i en sånn snapsituasjon, hvor det går veldig mye frem og tilbake, kan det gi et inntrykk av personen, og hun har også mest sannsynlig også fått et inntrykk av meg. (...) Og da ligger jo det grunnlaget der før vi eventuelt møtes. Og at det da har tatt brodden av noe som er ukjent da»

Flere av helsesykepleierne fremmet Snapchat som en god arena til å ufarliggjøre eller senke terskelen for å kontakte helsesykepleier. Det bør tilføyes at helsesykepleierne også var synlig for elevene ved å være fysisk til stede i miljøet på skolen, samt gjennom annen oppsøkende virksomhet i klasserommene. Relasjoner var noe helsesykepleierne synes å kunne ivareta digitalt, men det ble også uttrykt at det mest optimale for relasjonelt arbeid, var fysiske møter. Særlig ble det lagt vekt på at første møtet burde være fysisk. Deltagerne hadde begrenset erfaring med å starte en relasjon digitalt, og dermed var refleksjonene rundt det basert på hva de trodde eller så for seg, i tillegg til noen reelle erfaringer. Helsesykepleierne fortalte om viktigheten av å være 100 % til stede og fokusert i samtaler med ungdom, og dessuten rent opptatt av det den andre sier, noe som kan illustrere hvordan de bygger og ivaretar relasjoner med ungdom.

5.3.2 Hvordan ungdom kommuniserer med helsesykepleier

Helsesykepleierne fortalte at ungdommene kommuniserte på ulike måter. De uttrykte seg blant annet verbalt og nonverbalt, gjennom språk og tekst, film og bilder avhengig av hvilken plattform de henvendte seg på. Det var ikke alltid så lett for ungdommene å formulere med ord det de hadde på hjertet. Dette krevde både en årvåkenhet og tilstedeværelse hos helsesykepleierne, men også at de er obs på den nonverbale kommunikasjonen som ungdommene uttrykker. Særlig kroppsspråk og ansiktsmimikk ble nevnt som viktige faktorer å være obs på. I samtaler med ungdom erfarte helsesykepleiere at det kunne ta tid å avdekke den egentlige årsaken til hvorfor de tok kontakt. Det var viktig å både ta seg god tid i samtalen, men også være klar over at ungdommene kunne ha behov for flere samtaler før de åpnet seg.

«de kan jo komme innom kontoret mitt ti ganger med alt mellom himmel og jord og så den ellefte gangen kanskje så forteller de hva det egentlig handler om, «mamma drikker..»»

Helsesykepleier 4

Det ungdommene sier, stemmer ikke nødvendigvis med det de formidler. Det kunne være bakenforliggende årsaker til at ungdommene tok kontakt, som de brukte tid på å fortelle.

5.3.3 Digitale og fysiske møter var ulike

Deltagerne snakket om hvordan fysiske og digitale møter hadde visse ulikheter. Fysiske møter ble beskrevet som dynamiske, ved at dialogen var preget av at en gjerne snakket litt løst og

fast. Videokonsultasjon ble beskrevet som mer teknisk og rett på sak, som om møtet hadde en mer formell agenda. Helsepsykepleierne fortalte om flere hjelpemidler som de anvendte i samtaler med ungdom, for eksempel ulike samtaleverktøy og/eller kognitive teknikker, som FIT (Feedback-informerte Tjenester), psykologisk førstehjelp og ABC-skjema. De anvendte også penn og papir for å tegne eller skrive, samt andre fysiske gjenstander for å vise frem og forklare. Dette var vanskelig å gjennomføre digitalt, blant annet fordi de ikke hadde nødvendig teknisk utstyr for å kunne bruke det digitalt. Noen av årsakene til at ungdom ville komme i kontakt med helsepsykepleier lot seg ikke løse uten at ungdommene møtte opp fysisk, da de var av en mer praktisk karakter. Blant annet fortalte en helsepsykepleier om at ungdom kom på kontoret for SOI-test eller få prevensjon, men også dersom de for eksempel hadde skadet seg i gymmen.

Forutsetningene for å tolke uttrykkene var forskjellige fysisk og digitalt. Blant annet hvor og hvordan kommunikasjonen foregår; fysisk eller digitalt, muntlig eller skriftlig og om personene kan se hverandre eller ikke. En av helsepsykepleierne hevdet at det i et digitalt møte krever mer av helsepsykepleier for å faktisk skjønne hva ungdommen ønsker å ta opp. En helsepsykepleier mente det var lettere å tolke det ungdommen egentlig hadde på hjertet i en fysisk konsultasjon, og fortalte hvordan en digital konsultasjon kunne oppleves:

«For da ser du ikke, ikke sant du får ikke helt sett hvordan de vrir seg for eksempel. Eller hvordan de kanskje sitter og knytter nevene eller plukker på neglene, kanskje gjør litt sånn selvskading, sitter og drar i, strammer armbånd»

Helsepsykepleier 4

«du ser liksom ikke alle fakter og du får ikke helt den samme kommunikasjon som du gjør fysisk»

Helsepsykepleier 1

I tillegg til dette var det også andre faktorer som kunne gjøre det mer utfordrende å kartlegge de bakenforliggende årsakene i en digital konsultasjon. Helsepsykepleierne kom med mange eksempler på hvordan de møter ungdom i samtaler, og hvordan de gjør ulike observasjoner underveis i samtalene. Dette illustrerte de godt ved å fortelle om hvordan en digital samtale skilte seg fra en fysisk samtale, særlig med tanke på hvordan ungdommene uttrykte seg gjennom tale eller tekst, ansikt og kropp. En helsepsykepleier sa:

«de aller fleste har hatt på kamera de og, sånn at man kan se dem, for jeg synes jo at for min del at det er en fin ting for da kan jeg se hvordan de har det. For ofte så sier de jo at de har det bra, men så har de kanskje ikke stått opp og dusjet ikke sant»

Helsesykepleier 2

Med andre ord var det vesentlig om ungdommen valgt å ha på kamera eller ikke i en videokonsultasjon. Digital kommunikasjon kan gjøre det mer utfordrende å fange opp det non-verbale ungdommene uttrykker, som i sitatet under:

«jeg tenker at det er jo litt det her kommunikasjon og samspillet, når du har 2 skjermer så blir det (...) du ser liksom ikke alle fakter og du får ikke helt den samme kommunikasjon som du gjør fysisk»

Helsesykepleier 2

Det tyder på at det er flere aspekter med kommunikasjonen som ikke er tilgjengelig for observasjon eller tolkning når samtalen foregår digitalt. Selv om videosamtale tillot deltagerne å se hverandre, var det flere faktorer som spilte inn her; noen ungdommer hadde ikke på kamera i det hele tatt, da det var frivillig. Noen viste bare en del av ansiktet, eller kun luggen som en helsesykepleier hadde erfart. Dessuten vil en videosamtale ofte kun gjøre det mulig å se ansiktet til den andre, ikke resten av kroppen med det den formidler av kroppsspråk og kroppslige uttrykk.

6 Drøfting

For å belyse problemstillingen «Hvilke erfaringer har helsesykepleiere med digital kommunikasjon med ungdom?», vil jeg i det følgende drøfte funnene fra studien under overskriftene: Betydningen av å kunne observere kroppslige uttrykk, Profesjonelle samtaler i tjenesten og Helsesykepleiers ansvar for den andre. Empirien vil her fremstilles på en ny måte sett i lys av ulike teorier som er presentert i kapittel 3, samt sees i sammenheng med tidligere forskning presentert i kapittel 2. Hensikten med drøftingen er å gi empirien et teoretisk løft. Kapittelet avsluttes med oppsummering, betydning for praksis og videre forskning.

6.1 Betydningen av å kunne observere kroppslige uttrykk

Det som skjer i et møte mellom helsesykepleier og ungdom omfatter langt mer enn de uttalte ordene. Dette gjenspeiles i det helsesykepleierne erfarte som grunnleggende forskjeller mellom fysiske og digitale møter. Disse forskjellene var av betydning for hvordan helsesykepleierne erfarte mulighetene til å tolke, forstå og møte ungdommenes uttrykk. Særlig ble det lagt vekt på det helt eller delvis fraværet av kroppslige uttrykk i digitale møter. Det ble tydelig presisert at digital kommunikasjon er et supplement til den eksisterende tjenesten, og at digitale møter aldri kan være en fullverdig erstatning for fysiske møter. Forskjellene mellom digitale og fysiske møter var assosiert med en del utfordringer, men også noen nye muligheter. I det følgende vil dette diskuteres under overskriftene Sansene og den subjektive kroppens betydning for tolkning, Erfaringenes grunnlag for forståelse og Bakenforliggende årsaker. Hensikten er å belyse hvordan disse forskjellene kan få innvirkning på helsesykepleiers arbeid.

Sansene og den subjektive kroppens betydning

Helsesykepleierne ga uttrykk for å legge mye mening i den nonverbale kommunikasjonen med ungdom, i samsvar med hva Sand og Kvarme (2018) rapporterte i sin studie. Landgaard (2018) referer til nonverbale uttrykk som det latente, eller emosjonelle innholdet i en samtale, som er viktig for forståelse av det som formidles (Langaard & Keeping, 2018), og kan dermed ha betydning for hvorvidt helsesykepleiere opplever å forstå det ungdommene uttrykker. Når ungdom gjennom språket sier at de har det bra, var helsesykepleierne observant på det Eide og Eide omtaler som kongruent kommunikasjon, der kroppsspråket uttrykker noe annet (Eide et al., 2017). Dette var mer utfordrende digitalt, fordi hele eller deler av de nonverbale uttrykkene ikke kom frem. Også Thorsov m.fl. rapporterte at deltagerne deres var bekymret for om viktige observasjoner kunne gå tapt når de ikke kunne se pasientene. Observasjonene de siktet til var både de kliniske, men også å se hvordan pasienten har det ved å observere kroppsspråk (Thorshov et al., 2021). Helsesykepleierne mente at ved å observere og tolke de nonverbale uttrykkene, kunne de se hvordan ungdommene hadde det. Å være urolig i kroppen eller ikke ha stått opp fra sengen ble tolket som tegn på at ungdommene ikke hadde det bra selv om det sa det. Når helsesykepleiere ser hvordan ungdom har det, kan det forstås som at de i tillegg til å lytte til hva som blir sagt, er åpne og bruker flere av sansene sine i kommunikasjonen. Det kan henge sammen med det Kari Martinsen omtaler som et sansesamspill, som innebærer å involvere hele kroppen ved å kjenne og se samtidig, og der en

«våger å la seg ramme av den andres uttrykk» (Martinsen, 2000, s. 29). Hadde helsesykepleierne valgt å ta det ungdommene fortalte bokstavelig, uten å ta de nonverbale uttrykkene i betraktning, kunne det tolkes bli som å betrakte kroppen som et objekt, fraskilt fra det tenkende jeg-et (Thornquist, 2018). I stedet våger helsesykepleierne å stå i vanskelige situasjoner med ungdom, de ønsker å forstå ungdommene for å kunne støtte dem og være der for dem. De la vekt på viktigheten av å virkelig være til stede i samtaler med ungdom, for å klare å identifisere deres behov, noe som ifølge Martinsen (2000) handler om å være oppmerksom og nærværende i situasjonen med den andre. Å gi oppmerksomhet til det usagte i en samtale ble i Hilli og Pedersen (2021) sin studie ansett som betydningsfullt for en god relasjon, som igjen la grunnlaget for det helsefremmende arbeidet med ungdom. Å bruke tid på den nonverbale kommunikasjonen kan dermed sies å være en viktig del av helsesykepleiers mandat.

Helsesykepleierne kom med flere eksempler fra praksis som illustrerte hvordan digital kommunikasjon innsnevrer tolkningsrommet i dialogen med ungdom. Det handlet blant annet om at rammene for digitale møter var annerledes enn i fysiske møter, noe som også rapporteres i flere studier (Martinsson et al., 2021; Trondsen & Manskow, 2021). Betydningen av endrede rammer kan belyses fra et kroppsfenomenologisk perspektiv (Thornquist, 2018). Ved å oppfatte kroppen som meningsbærende og kommuniserende, kan helsesykepleier tolke og gi mening til ungdommenes kroppslige uttrykk. I en telefonsamtale eller videokonsultasjon der ungdom hadde kamera av, eller var delvis eller helt utenfor kameravinkelen, var ikke disse uttrykkene synlige, og tolkningen måtte hovedsakelig basere seg på det verbale språket. Uten tilgang til kroppens og dens evne til å gi utfyllende informasjon, kan det tenkes å ha innvirkning på forståelsen av den andre (Thornquist, 2018). I tillegg til kroppsspråk, vil også andre nonverbale uttrykk som ansiktsuttrykk og øyekontakt kunne bidra til forståelse (Eide et al., 2017). Det kan argumentere for at en videokonsultasjon der begge parter har kamera på, vil legge til rette for en bedre forståelse, forstått ved at følelser kommer til uttrykk i ansiktet (Thornquist, 2018), enn for eksempel en telefonsamtale eller tekstbasert kommunikasjon. På en annen side, har visuelle fremstillinger, for eksempel bilder og film på sosiale media evne til å røre ved ens følelser og skape kroppslige og sensoriske reaksjoner (Laholt, McLeod, et al., 2019). Det kan tolkes som at også digital kommunikasjon åpner for sansing.

Bakenforliggende årsaker

Som avsnittene over viser var det flere faktorer som hadde betydning for hvordan helsesykepleiere tolker ungdommenes uttrykk; digitale og fysiske møter hadde ulike forutsetninger for tolkning, forstått ved at nonverbale uttrykk tolkes via sansing og den subjektive kroppen. I tillegg erfarte helsesykepleierne at det kunne være utfordrende å tolke det som ligger bak ungdommenes uttrykk. Forskning som kan relateres til dette viser at ungdom ofte tar opp somatiske plager som egentlig bunner i psykososiale problemer når de oppsøker helsesykepleier (Lundvall et al., 2019; Moen, 2019; Sand & Kvarme, 2018). Ifølge Lundvall m. fl. er det viktig å vise ungdommene at slike kroppslige symptomer tas på alvor ved å vie nok tid til disse. Det kan gi en god mulighet til å etablere en relasjon med ungdommen. Når ungdom gir uttrykk for kroppslige symptomer, kan det henge sammen med at det er utfordrende å sette ord på tanker og følelser som er vanskelige, og det kan derfor ta tid, og kreve flere samtaler før ungdom åpner seg (Langaard & Keeping, 2018; Lundvall et al., 2019; Moen, 2019). Ut fra studiene det her vises til kan det tolkes som at kroppslige symptomer er lettere å sette ord på og dermed kan fungere som en unnskyldning for å oppsøke helsesykepleier. Det kan forstås som at de kroppslige symptomene i seg selv ikke er reelle. Det er likevel viktig at ikke slike plager overses. Måten helsesykepleier møter ungdom på, kan forstås ut fra fenomenologien om kroppen som henviser til den levde og erfarende kroppen. Når ungdom forteller om kroppslige plager kan disse oppfattes som bakenforliggende til det faktiske problemet. Men sett fra et kroppsphenomenologisk perspektiv, kan nettopp disse symptomene være et uttrykk for vanskelige erfaringer som har satt seg i kroppen, som kroppslige symptom (Wifstad 2018). En helsesykepleier fortalte om en ungdom som kom innom mange ganger før hun til slutt åpnet seg om morens alkoholproblem. Det kan tenkes at ungdommens erfaringer med en alkoholisert mor, har satt spor og avleiret seg i kroppen (Thornquist, 2018) til ungdommen. Dette kan argumentere for at også kroppslige symptomer må tas på alvor, og ikke tolkes som en unnskyldning hvorfor ungdom oppsøker helsesykepleier.

Selv om helsesykepleiere er opptatt av å forstå hva ungdommene uttrykker ved å være åpen og sansende, anerkjenner kroppen som subjektiv og full av uttrykk og dessuten observant på bakenforliggende årsaker, vil det bestandig være noe ubestemt i en kommunikasjonssituasjon. Det er alltid noe ved den andre vi ikke evner å se eller ha full oversikt over eller innsikt i (Eide et al., 2017). Dette forklares med at vi alle er forskjellige fra hverandre og unike med ulike måter å føle, tenke og oppfatte noe på. Vi kan heller ikke vite med sikkerhet hvordan vår

kommunikasjon påvirker den andre da vi har forskjellige egenskaper og ulik bakgrunn som påvirker hvem og hvordan vi er (Eide et al., 2017). Dette tatt i betraktning kan tolkes som at helsesykepleier aldri vil kunne fullt og helt forstå ungdommen, også når alle forhold ligger til rette for det. Dermed er det ikke slik at et fysisk møte vil erstatte alt et digitalt møte mangler.

Å svare på emosjonelle uttrykk

I tillegg til å forsøke å forstå ungdommene, må helsesykepleierne svare på uttrykkene deres. Initiativ-respons-teorien kan anvendes for å drøfte hvordan helsesykepleierne forholdt seg til dette. Ut fra teorien forstås en samtale mellom helsesykepleier og ungdom som et relasjonelt samspill hvor det foregår en utveksling mellom respons og initiativ (Eide et al., 2017). Når ungdom tok initiativ til å snakke med helsesykepleier, responderte helsesykepleier både verbalt og nonverbalt, blant annet ved å være åpen, lyttende og engasjert til det som ble formidlet. En helsesykepleier fortalte at det var utfordrende å svare på emosjonelle uttrykk digitalt. Særlig der hun oppfattet at ungdommen hadde behov for trøst og støtte. I en studie fra Sverige rapporterte helsesykepleiere at videokonsultasjoner manglet en atmosfære som var egnet til å komme inn på mer sensitive tema (Martinsson et al., 2021). Basert på denne studien, kan det tenkes at stemningen i møtet var annerledes i det digitale møtet. Atmosfæren eller stemningen i møtet kan tenkes å være en del av forklaringen på hvorfor helsesykepleierne opplevde det som utfordrende når ungdom tok opp vanskelige eller alvorlige tema digitalt. I lys av initiativ-respons-teorien kan det tolkes som at alvorlige og sensitive tema krever en respons som er vanskelig å innfri digitalt. Dette understøttes i studien til Martinsson m.fl. der helsesykepleiere opplevde det som utfordrende å kommunisere med ungdom som hadde det vanskelig, via chat. I slike tilfeller mente helsesykepleierne at det ville vært bedre med en samtale (Martinsson et al., 2021). På en annen side passer ikke det fysiske møtet for alle ungdommer, noe som argumenterer for å ha et alternativt tilbud for å nå disse (Helsedirektoratet, 2020). Dessuten kan det stilles spørsmål til om disse ungdommene hadde tatt kontakt med helsesykepleier dersom det ikke fantes et digitalt tilbud. Samtidig har helsesykepleier en yrkesidentitet som innebærer et moralsk ansvar overfor brukerne av tjenesten (Dahl et al., 2014). Det kan tenkes å være et dilemma der helsesykepleier på den ene siden ønsker å ivareta brukermedvirkning og tilpasse tjenesten brukerens behov. På den andre siden har de også et ansvar for at tjenesten de tilbyr, ivaretar brukeren på en tilfredsstillende måte. Å gi trøst kunne for eksempel være å gi et papirtørk eller en klem. Dette er fysiske handlinger som ikke kan gjøres digitalt. Likevel kan det tenkes at det ikke er handlingen i seg selv som betyr noe, men tanken bak handlingen, og hvordan ungdommen vil oppfatte

handlingen. Igjen kan dette knyttes opp mot etikk og skjønn(Clancy, 2020). Dette vil drøftes nærmere i kapittel 6.3.

6.2 Profesjonelle samtaler i tjenesten

I denne delen, vil det diskuteres noen aspekter ved profesjonelle samtaler som var viktige både i fysiske og digitale møter; relasjoner og tilstedeværelse.

Relasjoner var viktig

Begreper som «mellommenneskelig», «samspill» og «menneskelig perspektiv» ble brukt for å sette ord på hvordan helsesykepleierne opplevde det fysiske møtet forskjellig fra det digitale. Noe av det samme rapporteres i studien til Thorsov, Moen og Børøsdund, der deltagerne var kritiske til at den sosiale og mellommenneskelige kontakten de hadde med pasientene, ville bli borte i e-konsultasjonen (Thorshov et al., 2021). Dette kan knyttes til relasjonen mellom helsesykepleier og ungdom. Å bli kjent med og å etablere gode, trygge relasjoner til ungdommene var viktig for alle helsesykepleierne i studien, noe som samsvarer med forventninger til helsesykepleiere i henhold til forskrifter (Forskrift om nasjonal retningslinje for helsesykepleierutdanning, 2021). Dette understøttes i Moen (2019) sin studie, der «allianse og relasjon» var en av hovedkategoriene som henviste til tilnærminger helsesykepleier har i møte med ungdom. Både Moen (2019) og Lundvall m. fl. (2019) rapporterer at tid til relasjonsbygging er viktig. Helsesykepleierne jeg intervjuet hadde en felles oppfatning av at relasjonsbygging var lettere og mer gunstig å få til gjennom fysiske møter sammenliknet med digitale. Flere sa at særlig det første møtet var viktig å ha fysisk.

Relasjonen hadde ofte betydning for hvorvidt de kunne tolke det ungdommene formidlet, også digitalt. Det sammenfaller med en studie der det å ha en etablert relasjon før det digitale møtet, var fordelaktig (Trondsen & Manskow, 2021). I studien til Thorsov m. fl. fryktet deltagerne at e-konsultasjon kunne påvirke relasjonen til pasientene negativt. På en annen side mente også helsesykepleierne at relasjoner kunne ivaretas digitalt. Dessuten hadde de lite erfaring med videokonsultasjoner sammenliknet med fysiske møter, og svarene deres baserte seg derfor på hva de antok eller forventet. Terapeutene i Trondsen og Manskow (2021) sin studie rapporterte at de kunne opprettholde gode relasjoner også på avstand, selv om de på forhånd var spente på hvordan det skulle gå. Det kan tenkes å gjelde for helsesykepleierne også, selv om en terapeut og en helsesykepleier har ulike funksjoner. Et viktig poeng er imidlertid at brukerne til Blå Kors har til felles at de har foreldre med alkohol- eller andre

rusproblemer. Ungdom som oppsøker helsesykepleier har ingen slike felles utgangspunkt, og kan som nevnt oppsøke helsesykepleier av utallige forskjellige grunner. Det kan tenkes å ha betydning for hvordan de tolker ungdommene.

Relasjoner kan knyttes til profesjonell kommunikasjon, som blant annet handler om å formidle trygghet og tillit (Eide et al., 2017), noe som kan tenkes å være mulig både fysisk og digitalt. Helsesykepleierne hadde litt ulike oppfatninger av hvordan de best uttrykte trygghet ovenfor ungdommene. En uttrykte at det var en trygghet for ungdommene å vite at helsesykepleier var tilgjengelig på sosiale media under pandemien. En annen mente at det var en trygghet for ungdommene å ha en voksen å snakke med ansikt til ansikt. Hvorvidt dette stemmer overens med det ungdommene faktisk opplevde, vites ikke. Men det kan forstås som at helsesykepleier representerer trygghet for ungdommene, både digitalt og fysisk, og at både helsesykepleiere og ungdom har ulike preferanser for hvordan de foretrekker å møtes. Dessuten tilførte videokonsultasjoner også noe nytt, som kan tenkes å bidra positivt til relasjonen. De fikk et innblikk i hjemmesituasjonen til ungdommene, for eksempel gjennom å bli introdusert for dyr eller foreldre, noe som også ble rapportert i flere studier (Martinsson et al., 2021; Trondsen & Manskow, 2021).

Å være til stede

Deltagerne var opptatt av å virkelig være til stede i samtaler med ungdom, uavhengig av om samtalen var digital eller fysisk. Selv om Kari Martinsen skriver om fysiske møter, kan dette knyttes til hennes tanker om oppmerksomhet i møte med den andre, der det å lytte og være nærværende er viktig (Martinsen, 2000). Å være til stede forstås dermed som noe utover fysisk tilstedeværelse. Målet til helsesykepleierne var det samme, uavhengig av om møtet var fysisk eller digitalt, at ungdommen skulle føle seg sett og hørt, noe som ifølge Sand og Kvarme (2018) er en viktig del av helsesykepleiers rolle i dialogen med ungdom. Hvordan helsesykepleierne oppnår det kan forstås ut fra begrepet «affektinntoning» (Stern 2003), der helsesykepleier er 100 % til stede og toner seg inn på samtalen med ungdommen. Å være til stede, handler her om å være følelsesmessig til stede, som er med på å skape kvalitet i relasjonen mellom helsesykepleier og ungdom (Thollin, 2009). En helsesykepleier fortalte at hun i møter med ungdom anvender de samme samtaleteknikkene uavhengig av om møtet skjer digitalt eller fysisk. Blant annet ved å forsikre seg om hun har forstått ungdommen rett, ved å gjenta sin forståelse av det ungdommen uttrykte. Dette samsvarer med hva Aubert og Bakke (2018) omtaler som «relasjonelt arbeid» som handler om å få den andre til å føle seg

sett og forstått. I profesjonelle, hjelpende relasjoner kan en vise relasjonskompetanse ved å være til stede i øyeblikket, holde på oppmerksomheten og kommunisere på en meningsfull måte (Aubert og Bakke 2018). Ut fra det deltagerne fortalte kan det tolkes som at relasjonskompetanse og affektiv inntoning kan komme til uttrykk også digitalt. Deltagerne i studien til Trondsen og Manskow var på forhånd bekymret for hvordan videokonsultasjoner kunne påvirke relasjonen til brukerne negativt. Til gjengjeld opplevde de at dette gikk overraskende bra. De opplevde faktisk også at de kom tettere på brukerens ansikt og mimikk gjennom skjermen. Noen non-verbale signaler kunne med andre ord komme godt til uttrykk ved kommunikasjon over skjerm. Å være til stede i øyeblikket kunne faktisk også oppleves lettere digitalt enn fysisk, begrunnet med at det var enklere å holde fokus i en videosamtale uten å bli distraheret. På en annen side opplevde en deltager at det var distraherende å se bilde av seg selv på skjermen. Det kan også tenkes at med annen digital kommunikasjon som skjer «på farta», kan det derimot være mer utfordrende å være til stede og tone seg inn på samtalen.

Erfaringens grunnlag for forståelse

I tillegg til hvor og hvordan helsesykepleier og ungdom kommuniserte, ble erfaring med ungdom nevnt som en viktig faktor for å kunne tolke det som ble formidlet. Martinsen (2000) skriver om «mesterskapet i å se» (s. 28). I denne sammenhengen kan det knyttes opp mot at helsesykepleiere gjennom erfaring med å jobbe med ungdom, blir bedre til å se og forstå det de uttrykker. Selv om Martinsen refererer til fysiske møter, kan et spørsmål av interesse være om helsesykepleiere kan bli bedre til «å se» også gjennom digitale kanaler. En deltager sa at med ungdom hun kjente godt, kunne måten de skrev til henne på, indikere hvor alvorlig situasjonen var. På bakgrunn av det, vurderte hun om det var noe som hastet eller kunne vente. Eksempelet kan tolkes som at gjennom erfaring med tekstbasert kommunikasjon med ungdom, har helsesykepleieren tilegnet seg evne til å tolke alvorlighetsgraden i det som formidles. På en annen side, forstått ut fra fenomenologi, kan ulike helsesykepleiere tolke en og samme situasjon forskjellig, basert på sin bakgrunn og sine erfaringer (Wifstad 2018, s. 100). Den eneste som kan bekrefte eller avkrefte om tolkningen er riktig, er personen som sender signalene (Eide et al., 2017). Dette var noe deltagerne så ut til å være bevisst, for eksempel gjennom å anvende de samme samtaleteknikkene fysisk og digitalt.

Dersom erfaring er av betydning kan en spørre seg om det med tiden vil resultere i at helsesykepleierne tilegner seg en bedre evne til å tolke ungdommenes uttrykk digitalt.

Videokonsultasjoner var relativt nytt for deltagerne i studien, og de hadde derfor mye lengere

erfaring med fysiske konsultasjoner. Dermed kan sammenlikningsgrunnlaget for fysiske og digitale konsultasjoner sies å være skjevt fordelt.

6.3 Helsesykepleiers ansvar for den andre

Teknologi skaper mange nye muligheter for helsesykepleiere i skolehelsetjenesten. Ved å ta i bruk flere plattformer som sosiale medier eller Microsoft Teams, kan helsesykepleier ha flere kontaktpunkter med ungdom. Dersom helsesykepleiere tar i bruk slike plattformer, krever det også at de tar i bruk nye arbeidsmåter eller metoder, for eksempel administrere kontoer på sosiale medier og tilby videokonsultasjoner. På den måten kan helsesykepleier tre inn i en eller flere nye roller. Mange plattformer, flere arbeidsmåter og nye roller vil i det følgende diskuteres i lys av teori om ansvar, etikk, STS og domestisering og skjønn.

Å være moralsk involvert

Helsesykepleierne var villige til å strekke seg langt for ungdommene ved mange anledninger. Når helsesykepleiere var tilgjengelig for ungdom utenom arbeidstid- og sted, kan det relateres til ansvarsfølelse ovenfor den andre som innebærer å være opptatt av, og ha en genuin interesse for den andre (Clancy, 2020). Å være tilgjengelig for ungdom som ikke har noen andre, som en av helsesykepleierne fortalte, kan knyttes til å være moralsk involvert (Dahl et al., 2014). Helsesykepleierne ga også uttrykk for det i måten de håndterte overgangen til en digital tjeneste i forbindelse med pandemien, til tross for at videokonsultasjon i starten var forbundet med ubehag utfordringer. Det var likevel tydelig at det viktigste var å opprettholde en tjeneste de så behovet for. Dette samsvarer med studien til Martinsson m. fl., der helsesykepleierne uttrykte at ungdommene var den viktigste prioriteringen deres. Det var viktig for dem å tilrettelegge arbeidet under pandemien slik at de kunne fortsette å støtte elevene. Hvordan helsesykepleierne engasjerer seg i ungdommene og tar ansvar, knytter Clancy m. fl. (2014) til helsesykepleieres profesjonelle identitet. Bakgrunnen for at helsesykepleier føler ansvar og er moralsk involvert i ungdom kan tenkes å ha med bruk av skjønn i helsesykepleieutøvelsen (Clancy, 2020). Ifølge Clancy (2020) erverves skjønn gjennom erfaring. Det forstås som at med stadig mer erfaring, innehar helsesykepleier også bedre skjønnsforståelse. Det kan stilles spørsmål til om det da også følger med et større moralsk ansvar, og hva det i så fall innebærer. Ved å rette et kritisk blikk på ansvaret som det vises til i teksten over, kan en stille spørsmål til hvor grensene til helsesykepleiers ansvar går. Hvis skjønnet er taust og usynlig og det moralske ansvaret uendelig, (Clancy, 2012, 2020) kan det stilles spørsmål til hvor mye ansvar det forventes at helsesykepleier skal ta. Eventuelt om

ansvaret er opp til helsesykepleier å ta eller om det er gitt, og i så fall fra hvem det er gitt. Dette vil diskuteres ytterligere senere, i forbindelse med det som kan omtales som det tosidige ansvaret helsesykepleier har.

Til nå i dette kapitlet, er ikke teorien som det vises til over, knyttet til ansvar og skjønn ved bruk av digital kommunikasjon. Likevel spiller teknologi en rolle, med tanke på mulighetene som skapes. En kan si at ansvaret er lettere tilgjengelig for helsesykepleier å ta eller føle seg pålagt til å ta, når teknologien gjør det mulig å være tilgjengelig 24/7. I det følgende vil dette drøftes ytterligere i lys av teori fra STS, domestiserings-begrepet og den teknologiske vendingen.

Domestisering og den teknologiske vendingen

Sett i lys av Kari Martinsens kritiske betraktninger om teknologi og skjønn, kan det tenkes at videokonsultasjoner vil kunne påvirke stemningen i samtalen og relasjonen mellom helsesykepleier og ungdom på en annen måte enn fysiske møter. Martinsen er kritisk til at roboter skal erstatte sykepleierens nærvær og pleie da robotene mangler noen viktige egenskaper (Martinsen, 2017). Overført til denne studien, kan dette relateres til at videokonsultasjoner ble oppfattet som tekniske og mer rett på sak med fravær av dynamikken og de mellommenneskelige aspektene som finner sted i fysiske møter. Det digitale (skjermen, mobiltelefonen) ble en barriere, som gjorde det mer utfordrende for helsesykepleier å vise tilstedeværelse og nærhet ovenfor ungdommene. Det kan sies å bryte med helsesykepleieres personorienterte profesjonalitet, forstått ved at det innebærer å være både faglig og menneskelig (Martinsen, 2000).

Selv om videokonsultasjoner ikke kunne erstatte fysiske møter, så helsesykepleierne for seg at det var noe de kunne fortsette å tilby som et alternativ, selv om fysiske møter er mulig. For eksempel ble det sagt av flere at noen ungdommer ønsket videosamtaler basert på et behov for distanse, mens andre elever foretrakk digital kommunikasjon begrunnet med at de ikke ville bli sett av andre ved å møte opp fysisk. Trondsen og Manskow rapporterte også digital konsultasjon egnet seg godt for en del brukere (Trondsen & Manskow, 2021). At helsesykepleierne identifiserer et behov som ikke var til stede før pandemien, kan knyttes til domestiserings-begrepet. Videokonsultasjoner ble et behov når teknologien tillot det (Sjøvold 2015). Dette kan også sees i lys av det Martinsen (2017) omtaler som «den teknologiske vendingen» (s. 29) der videokonsultasjoner blir et redskap som dekker et behov, men som

også kan skape nye behov (Martinsen, 2017). For eksempel kan det tenkes at dersom videokonsultasjoner brukes til å nå ut til nå flere, vil totalbelastningen per helsesykepleier øke, så lenge dette kommer i tillegg til den eksisterende tjenesten. Basert på dette og de forrige avsnittene, kan teknologien sies å ha betydning for følgende to utfordringer. For det første gjør digital kommunikasjon det mulig for helsesykepleiere å ha kontakt med ungdom via flere plattformer og oftere. Disse mulighetene kan tenkes bidra til gråsoner, der helsesykepleiers ansvar går utover arbeidstid- og sted. Da dette baserer seg på skjønnsmessige vurderinger, kan det knyttes opp mot «uoffisielt» arbeid som ikke er synlig for andre enn de involverte (helsesykepleier og ungdom). For det andre kan det tenkes at teknologien i seg selv skaper flere behov, og resultere i mer arbeid for helsesykepleierne. For eksempel ved at brukergruppen stadig blir større, fordi teknologien gjør det mulig å nå ut til flere og et større mangfold av brukere. Dessuten som helsesykepleierne foreslo, så finnes det muligheter for å fortsette å følge opp ungdom som har gått ut av videregående. Dersom det er tilfelle at teknologien medfører større ansvar og økt arbeidsbelastning for helsesykepleiere, samsvarer ikke det med de målsettinger og visjoner som er forventet fra politisk hold om at digitalisering skal bidra til økt effektivisering (Dahl & Orvik, 2020; Direktoratet for e-helse, 2020). Hvorvidt alle muligheter som teknologien tillater, skal utnyttes vil diskuteres nærmere i det følgende.

Tilgjengelighetsparadoks

I henhold til nasjonal faglig retningslinje skal skolehelsetjenesten være et lett tilgjengelig lavterskeltilbud der elevene skal tilbys drop-in (Helsedirektoratet, 2019b). Likevel erfarte ofte helsesykepleierne at det var utfordrende å kombinere nok tid til enkeltelever som hadde behov for individuell oppfølging, med tilgjengelighet ovenfor andre elever, noe også Moen (2019) rapporterte. De opplevde klager fra elevene som handlet om at de ikke var tilgjengelige. Dette relaterte de til mange elever per helsesykepleier, noe som kan tenkes å skape et behov for nye måter å nå ut til elevene på. Forskning viser at nye teknologibaserte metoder kan ha en positiv innvirkning på helsesykepleieres arbeid med ungdom. For eksempel bruk av photovoice som tillot ungdom å ha en mer aktiv rolle i det helsefremmende arbeidet og gav dem en ny måte å kommunisere om helse relaterte tema på (Laholt, Guillemin, et al., 2019). Bruk av digital kommunikasjon var forbudt med økt tilgjengelighet og fleksibilitet. Snapchat ble brukt for å nå ut til ungdom og dele helseinformasjon, i tråd med helsedirektoratets anbefalinger (Helsedirektoratet, 2019a). Det samsvarer også med målet om en bærekraftig utvikling av helsetjenestene (Dahl & Orvik, 2020) og forskning på bruk av sosiale media i

skolehelsetjenesten (Laholt, Guillemin, et al., 2019). Helseesykepleierne erfarte at de via Snapchat kunne synliggjøre sin funksjon og sitt kunnskapsgrunnlag ovenfor elevene. Å synliggjøre seg selv om sitt arbeid via Snapchat ble også rapportert i en annen undersøkelse (Helsedirektoratet, 2018).

Et paradoks var at selv om det digitale tilbudet var forbundet med økt tilgjengelighet og fleksibilitet, kunne det og være en tidstyv. Å drive med sosiale media var forbundet med visse krav og forventninger, noe som gjorde det tid- og ressurskrevende og jobbe med. Lignende funn kommer også frem i en annen undersøkelse, hvor også manglende kompetanse på digitale flater nevnes som en av utfordringene (Helsedirektoratet, 2018). Også deltagerne i min studie uttrykte skepsis til egne digitale ferdigheter, men var samtidig opptatt av at det var viktig å beherske digitale verktøy. Det var en felles enighet blant deltagerne om at det digitale var kommet for å bli. Paradokset med at digital kommunikasjon åpner for økt tilgjengelighet og fleksibilitet, men samtidig er en tidstyv kan forstås ut fra hvordan Kari Martinsen (2017) beskriver spenningsforholdet mellom teknologi og skjønn i profesjonsutøvelsen. Hun er kritisk til om bruk av teknologi resulterer i bedre tid til pleieoppgaver (Martinsen, 2017). Martinsen retter denne teksten til sykepleiere, men den kan tenkes å være overførbar til helseesykepleiere i skolehelsetjenesten. Med teknologi kan helseesykepleiere anvende nye metoder for å nå ut til ungdom. Fordi de nye metodene ikke kan erstatte, men snarere supplere de eksisterende metodene, kan det i stedet føre til en mer hektisk arbeidshverdag med flere oppgaver for helseesykepleierne. Dette samsvarer med forventningene om at skriftlig kommunikasjon med pasienter i form av e-konsultasjon ville bli mer tidkrevende enn ordinære konsultasjoner. Blant annet fordi det resulterte i mye skrivning frem og tilbake (Thorshov et al., 2021). Studiedeltagerne til Thorsov m.fl. fryktet at et nytt digitalt tilbud, ble enda en kanal å forholde seg til, på toppen av de vanlige arbeidsoppgavene. Det kom frem i intervjuene at bruk av sosiale media og annen digital kommunikasjon var et tillegg til den eksisterende tjenesten. En helseesykepleier opplevde det mer tidkrevende å kommunisere skriftlig enn muntlig. En annen mente skriftlig og digital kommunikasjon generelt kunne føre til flere misforståelser sammenliknet med kommunikasjon ansikt til ansikt, noe også Thorsov m. fl. rapporterte. At digital kommunikasjon forbindes med flere misforståelser, kan sees i sammenheng med at teknologi mangler skjønn og moralsk dømmekraft (Martinsen 2017). Som beskrevet i kapittel teori-kapittelset har skjønn med sansing å gjøre (Martinsen, 2000), og kan dermed sies å være mer utfordrende å få til digitalt på grunn av manglende tilgang til sanseintrykk.

På en annen side kan det diskuteres hvorvidt det er teknologien i seg selv som har skylden for at helsesykepleier pålegges mer ansvar og flere arbeidsoppgaver, en slik holdning vil kunne sies å være teknologideterministisk (Skjølvold, 2015). I stedet kan måten helsesykepleierne forholder seg til teknologi på, belyses ved hjelp av teori fra STS. Teknologi kan oppfattes som en sosial konstruksjon (Skjølvold, 2015). Fra dette perspektivet kan helsesykepleiere sies å være aktive aktører som kan være med på å forme hvilke bruksområder digitale løsninger skal ha i yrkesutøvelsen. På den måten vil helsesykepleieres holdninger til bruk av digitale plattformer i tjenesten, påvirke hvorvidt de skal tas i bruk og til hvilket formål. Martinsen (2017) problematiserer ikke teknologien i seg selv, men i hvilke kontekster og når den benyttes. Hun skriver om «å ha mot til å sette pasienten i sentrum, ikke teknologien eller robotene» (s. 31). Overført til en helsesykepleiekontekst, kan det bety at helsesykepleiere selv må ta ansvar for at ikke teknologien «tar over» i for stor grad.

Helsesykepleierne hadde nylig fått erfarte hvordan teknologi påvirkes av endringer i samfunnet. Domestisering – møtet mellom menneske og ny teknologi (Skjølvold, 2015), kan relateres til pandemiutbruddet som førte til nedstengning av samfunnet 12. mars 2020. I den forbindelse måtte helsesykepleierne ta i bruk ny teknologi, blant annet videokonsultasjoner for å opprettholde tjenesten. Ifølge Sjøvold (2015) skjer det en gjensidig endringsprosess mellom mennesker og teknologi i forbindelse med domestisering. Helsesykepleierne hadde ulike erfaringer med bruk av videokonsultasjoner vedrørende hvor mye de hadde brukt det, og hvordan de erfarte å ta det i bruk. Selv om videokonsultasjoner var anbefalt for helsesykepleiere under pandemien (Helsedirektoratet, 2021), valgte de å bruke også andre metoder for å opprettholde tjenesten. En helsesykepleier fortalte at hun hadde stort nok kontor til å møte ungdommene fysisk i tråd med regler om avstand. En annen fortalte om at hun møtte ungdommer ute og gikk en tur. Dessuten ser det ut til at helsesykepleiere i stor grad selv regulerer hvor mye av arbeidet som skal være digitalt, også utenom pandemien. Slike eksempler kan illustrere hvordan helsesykepleierne «temmer teknologien» som aktive deltagere ved at de ikke lar teknologien ha makten, men heller tilpasser seg for å opprettholde tjenesten i pandemi, også uten teknologi (Sjøvold 2015). Det var dessuten store forskjeller blant helsesykepleierne på hvor mye de benyttet sosiale medier og annen digital kommunikasjon generelt i arbeidet.

Dette er likevel ikke svarthvitt, da det er flere faktorer involvert. Selv om helsesykepleiere tar ansvar gjennom å opptre som aktive aktører, er det ikke de alene som bestemmer i hvor stor grad de skal anvende teknologi i yrkesutøvelsen. Som presentert innledningsvis spiller

politiske føringer en viktig rolle for den digitale utviklingen i tjenesten (Direktoratet for e-helse, 2020; Helsedirektoratet, 2022). En måte å se det på, er at ansvaret er tosidig, på den ene siden skal helsesykepleier innfri krav om nytte og effektivitet, på den andre siden har de også et ansvar ovenfor ungdommene (Henriksen & Vetlesen, 2006). I Laholt m. fl. sin studie var noen av deltagerne opptatt av viktigheten ved å reflektere kritisk når arbeidsmetoder skulle prøves ut, slik at disse ikke tok over (Laholt, Guillemin, et al., 2019). Det ble også tatt opp i denne studien, i forbindelse med at helsesykepleierne var opptatt av å ivareta sin profesjonalitet, også på digitale flater. Det ble påpekt behovet for en videreutvikling av det digitale tilbudet, slik at det ble tilpasset den eksisterende tjenesten. En forutsetning for det, var nok tid og ressurser til opplæring og kurs, samt engasjement fra ledelsen og kollega. Det kan stilles spørsmål til om det usynlige ved helsesykepleiefunksjonen (Clancy, 2020) skaper et misforhold mellom hvordan helsesykepleiere ser på sitt arbeid og behov for ressurser, og hvordan ledere og politikere ser på det. Foreløpig stilles det ikke krav til at helsesykepleiere skal tilby videokonsultasjoner eller bruke sosiale media i tjenesten, men flere kilder tyder på at digital kommunikasjon er en økende trend som en del av helsesykepleiers arbeid (Bjønnes, 2015; Dahl & Orvik, 2020; Helsedirektoratet, 2018, 2019c). Dette mener jeg argumenterer for viktigheten av å løfte frem helsesykepleiernes egne erfaringer med digital kommunikasjon.

Helsesykepleierne etterspør en bedre strukturering av det digitale tilbudet i fremtiden. Blant annet uttrykte de et ønske om en felles forståelse for hvordan helsesykepleier i VGS skal jobbe. I dag praktiserer helsesykepleiere sitt arbeid med digital kommunikasjon veldig ulikt med tanke på hvor mye tid og ressurser de setter av til det. Helsesykepleierne hadde også ulike syn på hvordan ungdommene ønsket å kommunisere med dem. Forstått ut fra Eide og Eide, kan det hende at helsesykepleierens holdning til digital kommunikasjon påvirker ungdommene (Eide et al., 2017). Altså hvis helsesykepleier erfarer at ungdommene helst vil kommunisere med henne digitalt, kan det skyldes at det er noe hun uttrykker ovenfor dem. Og motsatt, hvis helsesykepleier uttrykker at hun foretrekker kommunikasjon ansikt til ansikt, kan dette påvirke ungdommene. Helsesykepleierne var likevel samstemte om at den digitale delen av tjenesten var et supplement til den eksisterende tjenesten og ikke en erstatning. Det kan forstås som at fysiske møter gir noe annet digitale møter (Clancy, 2020, s. 164).

6.4 Oppsummering

Funnene i studien viser at helsesykepleierens erfaringer med digital kommunikasjon med ungdom hovedsakelig bestod av kommunikasjon via Snapchat og videokonsultasjoner, i

tillegg til bruk av telefon. Det var enighet blant deltagerne om at digital kommunikasjon var et supplement til den eksisterende skolehelsetjenesten, og at denne måten å kommunisere på aldri kunne erstatte det ordinære tilbudet med møter ansikt til ansikt. Helseesykepleierne selv understreket viktigheten av fysiske møter, og erfaringene deres tilsa at dette var viktig for mange ungdommer også. I de fysiske møtene med ungdom, observerte og tolket helseesykepleierne både det som kom til uttrykk verbalt og nonverbalt. Kroppsspråket til ungdommene kunne gi helseesykepleierne mye viktig informasjon som la grunnlaget for den videre dialogen og oppfølgingen. Teori om kommunikasjon, kroppsfenomenologi og skjønn har bidratt til å belyse dette.

Digitale plattformer åpnet opp for at helseesykepleierne kunne nå ut til mange, noe som var viktig for å opprettholde jevnlig kommunikasjon med en stor elevgruppe. Dessuten var det en mulighet for å komme i kontakt med ungdom som av ulike grunner ikke ønsket å bruke det ordinære tilbudet. Videokonsultasjoner tilførte en ny dimensjon i relasjonen, ved at helseesykepleierne fikk bedre innblikk i ungdommenes liv, med hjemmet som kontekst. Helseesykepleierne erfarte dermed at relasjonelt arbeid, en sentral og viktig del i deres arbeid med ungdom, også kunne ivaretas digitalt. Det kunne se ut som at det overordnede målet var det samme fysisk og digitalt: møte ungdommene der de er og tilby dem den støtten og tilstedeværelsen de trenger. Uavhengig av hvordan kommunikasjonen foregikk var det viktig å tone seg inn på samtalen, være åpen og lyttende og tilstrebe at ungdommene skulle føle seg sett og hørt. Det forstås ut fra teori om affektinntoning (Stern & Randers-Pehrson, 2003) og relasjonskompetanse (Aubert & Bakke, 2018).

Til tross for at digital kommunikasjon var forbundet med fleksibilitet og mange nye muligheter, krevde det også tid og ressurser, på lik linje med det øvrige arbeidet. Og fordi den digitale delen av tjenesten kom i tillegg til den eksisterende delen, ser det inntil videre ikke ut til å ha ført til en effektivisering der helseesykepleierne får mer tid til sitt arbeid med ungdommene. Når digital kommunikasjon gjorde det mulig for helseesykepleier å være tilgjengelig for ungdom også utenom arbeidstid, kunne det henge sammen med helseesykepleiers ansvarsfølelse ovenfor den andre. Ulike teoretiske perspektiver om skjønn, ansvar (Clancy, 2020; Martinsen, 2000) og teknologi (Skjølsvold, 2015) har vært med på å belyse dette.

6.5 Betydning for praksis

Til praksisfeltet, kan studien bidra med innsikt i helsesykepleieres erfaringer med bruk av digital kommunikasjon i skolehelsetjenesten, både kjente og en ny plattform(er). Ved å sammenlikne digital kommunikasjon med kommunikasjon i fysiske møter, belyser studien ulike utfordringer og muligheter knyttet til digital kommunikasjon.

Funnene i studien viser at digitale plattformer kan ha nytteverdi som en del av helsesykepleiers arbeid med ungdom. Snapchat kan benyttes til informasjonsdeling og som et utgangspunkt for å etablere kontakt med ungdom, samt vise hvem helsesykepleiere er og hva de jobber med. Videokonsultasjoner var et godt alternativ til fysiske møter i forbindelse med Covid-19 pandemien, og vil kunne være et supplement også til den nåværende og fremtidige tjenesten. Det kan imidlertid være behov for en klargjøring av når videokonsultasjoner bør benyttes, og hvem tilbudet skal gjelde for. Dessuten kan det også behøves en tydeliggjøring av helsesykepleiers ansvar i forbindelse med bruk av digital kommunikasjon generelt, og de mulighetene den digitale teknologien gir.

Funnene i studien kan bidra til å belyse hvordan ulike rammebetingelser påvirker hvordan helsesykepleier tolker, forstår og møter ungdom via digital kommunikasjon og i fysiske møter. Slik kan funnene være med på å bevisstgjøre hvordan ulike tema og alvorlighetsgraden av disse kan være utfordrende for helsesykepleiere å håndtere digitalt. En del av funksjonen og kunnskapen til helsesykepleiere kunne komme til uttrykk digitalt. Studiens funn kan tolkes som at relasjonskompetanse, trygghet og affektinntoning var eksempler på det. Når ungdom tok opp alvorlige tema, eller der helsesykepleier ante at det var noe bakenforliggende til det ungdommen tok opp, kunne det være utfordrende for helsesykepleiere å respondere slik de ønsket.

I tillegg kan funnene bidra til å rette et økt fokus mot digitalisering av skolehelsetjenesten, eventuelt helsesykepleietjenesten for øvrig.

6.6 Videre forskning

Helsesykepleieres bruk av digital kommunikasjon og teknologi i tjenesten er forholdsvis lite utforsket, noe som kan argumentere for at det er et behov for mer forskning på feltet. Etter hvert som videokonsultasjoner videreføres eller eventuelle andre kommunikasjonskanaler

innføres, bør det forskes mer på hvilke implikasjoner dette har for helsesykepleierne og skolehelsetjenesten. Det vil også vært nyttig med ungdommenes perspektiv på digital kommunikasjon med helsesykepleiere. Både med tanke på å ivareta brukermedvirkning og for å kartlegge eventuelle ulikheter mellom deres og helsesykepleieres perspektiv.

Etter hvert som sosiale medier er noe flere helsesykepleiere tar i bruk, er dette et tema som bør forskes mer på fra ulike innfallsvinkler. Det kan for eksempel utforskes nærmere hvordan og i hvor stor grad helsesykepleiere utøver sitt mandat gjennom sosiale medier, da det ser ut til å være store variasjoner fra helsesykepleier til helsesykepleier.

Referanser

- Ask, K. & Søråa, R. A. (2021). *Digitalisering : samfunnsendring, brukerperspektiv og kritisk tenkning*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Aubert, A.-M. & Bakke, I. M. (2018). *Utvikling av relasjonskompetanse : nøkler til forståelse og rom for læring* (2. utg. utg.). Oslo: Gyldendal.
- Bjønnes, I. (2015, 30. November). En "snap" fra helsesøster. Hentet fra <https://sykepleien.no/meninger/innspill/2015/11/en-snap-fra-helsesoster>
- Blå Kors. (u.å.). **Blå kors kompasset**. Hentet 21. April 2022 fra <https://www.blakors.no/kompasset/>
- Clancy, A. (2012). Dybden i et helsesøstermøte. I K. Martinsen (Red.), *Fortellinger om etikk* (s. 63-83). Bergen: Fagbokforlaget.
- Clancy, A. (2020). Fra helsesøster til helsesykepleier Kjernen i skjønnsutøvelsen IB. M. Dahl (Red.), *Helsesykepleie En grunnbok* (s. 155-168): Fagbokforlaget.
- Dahl, B. M. (2020a). Helsesykepleierens arbeid - utviklingstrekk i et folkehelseperspektiv. I B. M. Dahl (Red.), *Helsesykepleie En grunnbok* (s. 39-56): Fagbokforlaget.
- Dahl, B. M. (2020b). Introduksjon til helsesykepleierfaget. I B. M. Dahl (Red.), *Helsesykepleie En grunnbok* (s. 12-20): Fagbokforlaget.
- Dahl, B. M., Clancy, A. & Andrews, T. (2014). The meaning of ethically charged encounters and their possible influence on professional identity in Norwegian public health nursing: a phenomenological hermeneutic study. *Scand J Caring Sci*, 28(3), 600-608. 10.1111/scs.12089
- Dahl, B. M. & Orvik, A. (2020). Bærekraftig utvikling og helsesykepleietjenesten. I B. M. Dahl (Red.), *Helsesykepleie En grunnbok* (s. 229-241): Fagbokforlaget.
- De Nasjonale forskningsetiske, k. (2010). *Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag*.
- De Nasjonale forskningsetiske komiteene. (2009, 31. August). Helseforskningsloven. Hentet fra <https://www.forskningsetikk.no/ressurser/fbib/lover-retningslinjer/helseforskningsloven/>
- Det Norske Akademis ordbok. Erfaring Hentet 02. Mai 2022 fra <https://www.ordnett.no/search?language=no&phrase=erfaring>
- Direktoratet for e-helse. (2020, 17. Januar). DigiHelsestasjon. Hentet fra <https://www.ehelse.no/prosjekt/digihelsestasjon>
- Dirktoratet for e-helse. (u.å.). Nasjonal e-helseportefølje. Hentet 28. April 2022 fra <https://www.ehelse.no/prosjekt>
- Eide, H., Eide, T. & Eide, E. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner : personorientering, samhandling, etikk* (3. utg. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Ellingsen, S. & Drageset, S. (2009). Kvalitativ tilnærming i sykepleieforskning : en introduksjon og oversikt.
- Forskrift om nasjonal retningslinje for helsesykepleierutdanning. (2021). *Forskrift om nasjonal retningslinje for helsesykepleierutdanning* (FOR-2021-04-09-1146). Hentet fra <https://lovdata.no/forskrift/2021-04-09-1146>
- Gadamer, H.-G., Schaanning, E. & Holm-Hansen, L. (2012). *Sannhet og metode : grunntrekk i en filosofisk hermeneutikk* (Wahrheit und Methode Grundzüge einer philosophischen Hermeneutik). Oslo: Pax.
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)* (LOV-2011-06-24-30). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/2011-06-24-30>
- Helsedirektoratet. (2018). *Ungdomshelse i en digital verden DIGI-UNG Innsiktsarbeid (del 1)* (IS-2718): Helsedirektoratet. Hentet fra

[https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/ungdomshelse-i-en-digital-verden/Ungdomshelse%20i%20en%20digital%20verden%20\(DIGI-UNG%20del%201\).pdf/_attachment/inline/e3016f1c-fd0f-4990-80cf-f97ac8742968:0c16037004a34de79c595b1e2da16dc4ee85b632/Ungdomshelse%20i%20en%20digital%20verden%20\(DIGI-UNG%20del%201\).pdf](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/ungdomshelse-i-en-digital-verden/Ungdomshelse%20i%20en%20digital%20verden%20(DIGI-UNG%20del%201).pdf/_attachment/inline/e3016f1c-fd0f-4990-80cf-f97ac8742968:0c16037004a34de79c595b1e2da16dc4ee85b632/Ungdomshelse%20i%20en%20digital%20verden%20(DIGI-UNG%20del%201).pdf)

- Helsedirektoratet. (2019a, 11. November). Helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Fellesdel: Ledelse, styring og brukermedvirkning Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten/fellesdel-ledelse-styring-og-brukermedvirkning#lavterskeltilbud-barn-og-ungdom-skal-ha-et-lett-tilgjengelig-lavterskeltilbud-i-helsestasjon-skolehelsetjeneste-og-helsestasjon-for-ungdom-sammendrag>
- Helsedirektoratet. (2019b, 11. November). Lavterskeltilbud: Barn og ungdom skal ha et lett tilgjengelig lavterskeltilbud i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten/fellesdel-ledelse-styring-og-brukermedvirkning#lavterskeltilbud-barn-og-ungdom-skal-ha-et-lett-tilgjengelig-lavterskeltilbud-i-helsestasjon-skolehelsetjeneste-og-helsestasjon-for-ungdom-sammendrag>
- Helsedirektoratet. (2019c, 14. Mars). Sosiale medier i helsestasjons- og skolehelsetjenesten Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/sosiale-medier-i-helsestasjons-og-skolehelsetjenesten>
- Helsedirektoratet. (2020, 03. Desember). Tiltak for å nå gutter: Skolehelsetjenesten bør vurdere å iverksette tiltak for å nå gutter i større grad. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten/skolehelsetjenesten-520-ar/andre-overgripende-tiltak/tiltak-for-a-na-gutter-skolehelsetjenesten-bor-vurdere-a-iverksette-tiltak-for-a-na-gutter-i-storre-grad#1e625a51-00e1-4eb8-8775-40d35eb94842-praktisk>
- Helsedirektoratet. (2021, 14. Oktober). Helsepersonell bør tilby e-konsultasjon eller telefonkonsultasjon Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/koronavirus/personell-kompetanse-og-rekruttering/helsepersonell-bor-tilby-e-konsultasjon-eller-videokonsultasjon#null-begrunnelse>
- Helsedirektoratet. (2022, 31. Januar). DIGI-UNG. Hentet fra <https://www.ehelse.no/prosjekt/digi-ung>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m. v. (helsepersonelloven)* (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>
- Henriksen, J.-O. & Vetlesen, A. J. (2006). *Nærhet og distanse : grunnlag, verdier og etiske teorier i arbeid med mennesker* (3. utg. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Hilli, Y. & Pedersen, G. (2021). School nurses' engagement and care ethics in promoting adolescent health. *Nurs Ethics*, 28(6), 967-979. 10.1177/0969733020985145
- Irani, E. (2019). The Use of Videoconferencing for Qualitative Interviewing: Opportunities, Challenges, and Considerations. *Clin Nurs Res*, 28(1), 3-8. 10.1177/1054773818803170
- Jensen, P. (2009). *Ansikt til ansikt : kommunikasjons- og familieperspektivet i helse- og sosialarbeid* (2. utg. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Johannessen, L. E. F., Rafoss, T. W. & Rasmussen, E. B. (2018). *Hvordan bruke teori? : nyttige verktøy i kvalitativ analyse*. Oslo: Universitetsforl.
- Krogh, T. (2014). *Hermeneutikk : om å forstå og fortolke* (2. utg. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M. & Rygge, J. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg. utg. Interview[s] learning the craft of qualitative research interviewing). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kvarme, L. G. (2020). Helseøstertjenestens historiske utvikling. I B. M. Dahl (Red.), *Helsesykepleie En grunnbok* (s. 21-37): Fagbokforlaget.
- Laholt, H., Guillemin, M., McLeod, K., Beddari, E. & Lorem, G. (2019). How to use visual methods to promote health among adolescents: A qualitative study of school nursing. *J Clin Nurs*, 28(13-14), 2688-2695. 10.1111/jocn.14878
- Laholt, H., Guillemin, M., McLeod, K., Olsen, R. E. & Lorem, G. F. (2017). Visual methods in health dialogues: A qualitative study of public health nurse practice in schools. *J Adv Nurs*, 73(12), 3070-3078. 10.1111/jan.13371
- Laholt, H., McLeod, K., Guillemin, M., Beddari, E. & Lorem, G. (2019). Ethical challenges experienced by public health nurses related to adolescents' use of visual technologies. *Nurs Ethics*, 26(6), 1822-1833. 10.1177/0969733018779179
- Langaard, K. & Keeping, D. (2018). *Profesjonelle samtaler med ungdom : et utviklingsfremmende perspektiv*. Oslo: Gyldendal.
- Lassemo, E. & Melby, L. (2020). *Helsesykepleiere i helsestasjons- og skolehelsetjenesten* (8214064252,9788214064254): SINTEF.
- Lie, S. S. (2019). Digitalisering i helsevesenet skaper nye roller for sykepleier og pasient. *Sykepleien forskning (Oslo)*, (78902), e-78902. 10.4220/Sykepleiens.2019.78902
- Limoseth, A. M. S. (2021, 06. August). Når flere hundre ungdommer via Snapchat. Hentet fra <https://www.ringsaker.kommune.no/naar-flere-hundre-ungdommer-via-snapchat.6401850-196585.html>
- Lundvall, M., Lindberg, E., Hörberg, U., Palmér, L. & Carlsson, G. (2019). Healthcare professionals' lived experiences of conversations with young adults expressing existential concerns. *Scand J Caring Sci*, 33(1), 136-143. 10.1111/scs.12612
- Martinsen, K. (2000). *Øyet og kallet*. Bergen: Fagbokforl.
- Martinsen, K. (2017). Fra diakonisse til robot. *Klinisk sykepleie*, (1), 20-32. 10.18261/issn.1903-2285-2017-01-03
- Martinsson, E., Garmy, P. & Einberg, E.-L. (2021). School Nurses' Experience of Working in School Health Service during the COVID-19 Pandemic in Sweden. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(13), 6713. 10.3390/ijerph18136713
- Medietilsynet. (2020). *Barn og medier 2020 Om medier og skadelig innhold på nett Delrapport 1* (ISBN: 978-82-91977-85-0): Medietilsynet Hentet fra <https://www.medietilsynet.no/globalassets/publikasjoner/barn-og-medier-undersokelser/2020/200211-barn-og-medier-2020-delrapport-1-februar.pdf>
- Medisinsk ordbok. (u.å.). Persepsjon. Hentet 04. Februar fra <https://www.ordnett.no/search?language=no&phrase=persepsjon>
- Merleau-Ponty, M. (1994). *Kroppens fenomenologi* (Phénoménologie de la perception). Oslo: Pax.
- Moen, A. (2019). Dialogen med helsesykepleier gir unge mulighet til å påvirke egen helse. *Sykepleien forskning (Oslo)*, (77232), e-77232. 10.4220/Sykepleiens.2019.77232
- Nasjonal e-helsestrategi og mål 2017-2022 : E-helsestrategi for helse- og omsorgssektoren* (2019).
- Norsk Sykepleierforbund. (u.å.-a). Ethiske dilemmaer. Hentet 21. April 2022 fra <https://www.nsf.no/etikk-0/etiske-dilemmaer>
- Norsk Sykepleierforbund. (u.å.-b). Yrkesetiske retningslinjer. Hentet 21. April 2022 fra <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>

- NSD - Norsk senter for forskningsdata. (u.å.). NSD. Hentet 21. April 2022 fra <https://www.nsd.no/>
- Om helsesista. (u.å.). Hentet 21. April 2022 fra <https://helsesista.no/om-helsesista>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2020). *Nursing research : generating and assessing evidence for nursing practice* (Eleventh edition.; International edition. utg.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Sand, T. I. & Kvarme, L. G. (2018). Slik kan helsesøstre oppdage og forebygge psykiske plager hos ungdom. *Sykepleien forskning (Oslo)*, (70421), e-70421. 10.4220/Sykepleiens.2018.70421
- Skjølvold, T. M. (2015). *Vitenskap, teknologi og samfunn : en introduksjon til STS* (en introduksjon til science and technology studies). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Stern, D. N. & Randers-Pehrson, Ø. (2003). *Spedbarnets interpersonlige verden* (The interpersonal world of the infant). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Sykepleieforbund, N. (U.å.). Helsepsykeleiere og utdanning til helsepsykeleier. Hentet 21. April 2022 fra <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/helsepsykeleiere-og-utdanning-til-helsepsykeleier>
- Thollin, K. R. (2009). Samspillet mellom sykepleier og pasient. *Sykepleien*, 93(19), 64-65. 10.4220/sykepleiens.2005.0045
- Thornquist, E. (2018). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori : for helsefag* (2. utg. utg.). Bergen: Fagbokforl.
- Thorshov, T. C., Moen, A. & Børøsund, E. (2021). Helsepersonells forventninger til e-konsultasjon – en kvalitativ studie. *Sykepleien forskning (Oslo)*, (86348), e-86348. 10.4220/Sykepleienf.2021.86348
- Trondsen, M. V. & Manskow, U. S. (2021). Å være terapeut i en unntakstilstand: samtalerapi på nett under koronapandemien til unge som har foreldre med rusproblemer. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, (2), 125-137. 10.18261/issn.1504-3010-2021-02-03
- Universitetet i Tromsø. (2019, 05. April). Retningslinje for klassifisering av informasjon. Hentet fra <https://uit.no/Content/714606/cache=1610450302000/Retningslinjer+for+klassifisering+-+vedtatt+5-4-19.pdf>
- Wifstad, Å. (2018). *Vitenskapsteori for helsefagene*. Oslo: Universitetsforl.

Vedlegg 1

NSD NORSK SENTER FOR FORSKNINGSDATA

Vurdering

Referansenummer

960028

Prosjekttittel

Erfaringer med digital kommunikasjon fra helsesykepleieres perspektiv

Behandlingsansvarlig institusjon

UiT Norges Arktiske Universitet / Det helsevitenskapelige fakultet / Institutt for helse- og omsorgsfag

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Ellinor Beddari, Ellinor.beddari@uit.no, tlf: 90078293

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Katrinehermansen@live.no, khe053@post.uit.no, tlf: 92851848

Prosjektperiode

01.08.2021 - 15.06.2022

Vurdering (1)

11.06.2021 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet den 11.6.2021 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 15.6.2022.

LOVLIG GRUNNLAG

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

PERSONVERNPRINSIPPER

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

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

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

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

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

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

Vi minner også om at dersom personopplysninger rettes, slettes eller begrenses, har behandlingsansvarlig plikt til å underrette mottakere (dvs. andre som har tilgang til opplysningene, her: felles behandlingsansvarlig), jf. art. 19.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

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

Nettskjema er databehandler i prosjektet. NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29.

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

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde: <https://www.nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema>

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

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

Kontaktperson hos NSD: Håkon J. Tranvåg

Lykke til med prosjektet!

Vil du delta i forskningsprosjektet

Erfaringer med digital kommunikasjon med ungdom, fra helsesykepleieres perspektiv

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å belyse hvilke erfaringer helsesykepleiere har med å kommunisere digitalt med ungdom. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål.

Med en rask teknologisk utvikling i samfunnet vi lever i følger blant annet digitalisering av ulike yrker og tjenester. Formålet med prosjektet er å utforske digitalisering av helsesykepleietjenesten fra yrkesutøverne sitt perspektiv. Ved å belyse hvilke erfaringer helsesykepleiere har med digital kommunikasjon, ønsker jeg å rette oppmerksomheten mot yrkesutøvernes egne tanker om denne delen av den teknologiske utviklingen. Datainnsamlingen skjer ved individuelle intervju og gjøres digitalt via teams eller skype for buisness. Jeg tar sikte på å intervju 4-8 helsesykepleiere. Dette er et masterprosjekt da jeg går master i helsesykepleie.

Problemstillinger/forskningsspørsmål:

- Hvilke erfaringer har helsesykepleiere med digital kommunikasjon med ungdom?
- Hva er eventuelle utfordringer og fordeler med digital kommunikasjon?

Opplysningene skal ikke brukes til andre formål.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Institutt for helse-og omsorgsfag ved UiT er ansvarlig for prosjektet. Førstelektor ved institutt for helse- og omsorgsfag ved UiT Ellinor Beddari er masterveileder og prosjektansvarlig.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Utvalget består av helsesykepleiere som jobber med ungdom, og som har erfaring med digital kommunikasjon med ungdom. Følgende inklusjons- og eksklusjonskriterier har jeg satt for deltagerne (intervju-personene): de må være utdannet helsesykepleiere. De må ha brukt digitale plattformer i kommunikasjon med ungdom. Eksempel på digitale plattformer: sosiale media som snapchat, facebook og instagram. Eller andre plattformer som tekstmelding, telefonsamtale, videosamtale eller chat. Kommunikasjonen må ha vært en til en, det vil si at det ikke er tilstrekkelig å ha brukt sosiale media utelukkende for å dele råd eller informasjon på generelt grunnlag. Henvendelser sendes til kommuner med helsesykepleiere som tilbyr digitale tjenester til ungdom.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet innebærer det å delta på et digitalt intervju med meg. Intervjuet er semi-strukturert og det vil benyttes en intervjuguide. Det vil si noen åpne spørsmål som skal legges til rette for at intervjudeltager kan snakke fritt og bruke egne ord for å fortelle om sine erfaringer.

Intervjuene gjøres digitalt på Teams eller Skype for buisness. Jeg tar lydopptak og notater fra intervjuene som lagres elektronisk.

Det er frivillig å delta

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

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

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

- Jeg som masterstudent og min masterveileder ved UiT vil være de eneste med tilgang til opplysningene.
- Det gjøres lydopptak fra intervjuene ved hjelp av applikasjonen nettskjema diktafon. Opptakene sendes deretter til nettskjema.no for sikker lagring og oppbevaring.
- Deltagerne vil ikke kunne gjenkjennes i publikasjonen.
- Navnet og kontaktopplysningene dine vil jeg erstatte med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Opplysningene anonymiseres når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, noe som etter planen er juni 2022. Ved prosjektslutt slettes lydopptak og personopplysninger.

Dine rettigheter

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

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

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra institutt for helse- og omsorgsfag ved UiT har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Master i helsesykepleie ved UiT, student Katrine Hermansen: E-post: khe053@post.uit.no, telefon: 92851848

- Masterveileder/prosjektansvarlig: Førstelektor ved institutt for helse- og omsorgsfag Ellinor Beddari, e-post: Ellinor.beddari@uit.no, telefon: 90078293

Vårt personvernombud: Joakim Bakkevold, e-post: personvernombud@uit.no, telefon: 776 46 322 og 976 915 78

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

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

Med vennlig hilsen

Prosjektansvarlig
Ellinor Beddari

Masterstudent
Katrine Hermansen

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Erfaringer med digital kommunikasjon med ungdom, fra helsesykepleieres perspektiv», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju
- å delta i «Erfaringer med digital kommunikasjon fra helsesykepleieres perspektiv»
- at Katrine Hermansen kan gi opplysninger om meg til prosjektet

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 3 - Intervjuguide

Intervjuguide

- Kan du fortelle om noen erfaringer du har med digital kommunikasjon med ungdom?
 - En situasjon?
 - Hvordan opplevde du dette?
 - Hvordan skiller det seg fra et fysisk møte?
 - Hvilke plattformer? Hvordan foregikk kommunikasjonen
- Kan du si litt om hva du anser som fordeler og ulemper med digital kommunikasjon med ungdom?
 - Sammenliknet med et fysisk møte?
 - Merker du noen forskjell i tema som tas opp? Kan du fortelle litt om det?
 - Nye tema?
- Hvilke erfaringer har du med digital kommunikasjon under Covid-19-pandemien?
 - Økt under pandemien?
 - Erstatning? Eller midlertidig løsning?
- Digital kommunikasjon og relasjonsbygging
 - Har du noen tanker om hvordan relasjonen skapes og eller opprettholdes digitalt
 - Har du erfaring med et første møte digitalt? Kan du fortelle litt om det?
- Digital kommunikasjon fremover i tjenesten
 - Tanker og følelser rundt dette?
 - Hvordan passer det inn med dagens tjeneste?
 - Hva har det og si for deg som helsesykepleier?
 - Et tema med kollega? Evt. bekymring eller noe spennende?

