



”Du ser det er et eller annet”

En kvalitativ studie av helsesøstres erfaringer i arbeidet overfor unge med psykiske plager



Hanne Charlotte Fronth Nyhus

Mastergradsoppgave i Helsefag

Institutt for helse - og omsorgsfag

Det helsevitenskapelige fakultet

Universitetet i Tromsø

November 2010

Forord

Nå er min masteroppgave endelig ferdigskrevet, det har vært en lang, strevsom men en lærerik prosess.

Mitt valg av tema psykisk helse og unge er nok påvirket av det engasjementet mine foreldre hadde under oppveksten, jeg har så å si fått det inn med morsmelka. Ved å skrive denne oppgaven vil jeg også minne min avdøde far, Per og oppgaven dedikeres til min mor Kate. Takk for inspirasjonen.!

Jeg ønsker også å takke de fire helsesøstre som gav av sin tid og delte sine erfaringer med meg.

Videre ønsker jeg å takke min veileder, førsteamanuensis Nina Foss ved Avdeling for Helse - og omsorgsfag for gode og fyldige tilbakemeldinger. Hun har med stor innlevelse og tålmodighet geleidet meg gjennom oppgaven. Mine medstudenter i disse årene har også bidratt til mange spennende og utviklende diskusjoner.

Jeg retter også en takk til mine kollegaer ved Avdeling for Helse og Samfunn ved Høgskolen i Narvik som har bidratt med faglige diskusjoner og oppmuntring i stressede perioder. En takk går også til Ger Wackers som har hjulpet til med å oversette abstraktet til engelsk.

Sist men ikke minst vil jeg takke min mann Øystein for gode diskusjoner og som har støttet og hjulpet meg igjennom hele prosessen. Mine barn Nora og Eirik har vært storartede hele veien, på tross av at jeg har vært mye fraværende i perioder både mentalt og fysisk. Tusen takk til dere, nå skal vi ta igjen noe av det tapte.

Charlotte Fronth Nyhus

Innhold:	side
Sammendrag	V
Summary	VI
1. Tema, bakgrunn og problemstillinger	1
1.2 Problemstilling	3
1.3 Avgrensninger og utdyping av problemstillingen	3
1.4 Hensikten med studien	4
1.5 Oppbygging av oppgaven	4
2. Perspektiver på helsesøsterrollen før og i dag	5
2.1 Den kommunale helsesøstertjenesten, et tilbakeblikk	5
2.2 Helsesøstertjenesten og statlige satsningsområder innen psykisk helse	7
2.3 Nye krav til helsesøstere	8
3. Forskning på tematikken	9
3.1 Helsebegrepet og psykisk helse	9
3.2 En diagnostisk kultur?	10
3.3 Psykisk helse, forebyggende og helsefremmende arbeid	12
3.4 Tidlig intervensjon	13
3.5 Risiko og beskyttelsesfaktorer	13
3.6 Forebyggende og helsefremmende arbeid gjennom lavterskeltilbud	14
4. Teoretisk referanseramme	16
4.1 Relasjoner	16
4.1.1 Relasjonsbygging	16
4.1.2 Maktaspekter i relasjoner	17
4.1.3 Relasjon og kommunikasjon	18
4.1.4 Omsorgsferdigheter og relasjoner	20
4.1.5 Tillit og relasjoner	22
4.2 Organisatorisk - og samhandlingskompetanse	24
4.2.1 Betydning av kompetanse	24
4.2.2 Kompetanse knyttet til organisasjon og samhandling	25
5. Metodisk tilnærming	26
5.1 Hermeneutisk fenomenologisk tilnærming	26
5.2 Intervju som fremgangsmåte	27
5.3 Forforståelse	28
5.4 Forskningsetiske betraktninger og retningslinjer	30
5.5 Utvalg av helsesøstre	31
5.6 Gjennomføring av intervjuene	33
5.7 Analyse, tolkning og eksplorerende design	35
5.8 Studiens troverdighet og overførbarhet	38

6. Helsesøstres erfaringer med og håndtering av unge med psykiske plager – en empirigjennomgang	39
6.1 Helsesøstres erfaringer i møte med unge	39
6.1.1 Tilgjengelighet er viktig	39
6.1.2 Hvis vi voksne var mer å tilstede	41
6.1.3 Viktig å være synlig	42
6.1.4 Vi nås mye mer	43
6.1.5 Vi som sitter med tillitten	44
6.1.6 Ser her er det et eller annet	44
6.1.7 Hvordan ser normalitet ut?	46
6.1.8 Å finne ressurser	47
6.2 Drøfting av funn omkring helsesøstres møte med unge	49
6.3 Helsesøstres erfaringer omkring samhandling med andre yrkesgrupper	57
6.3.1 Hvem har ansvaret?	57
6.3.2 Her er jeg en av dem	59
6.3.3 Ikke alle anerkjenner oss	61
6.3.4 Er det større enn jeg makter så ringer jeg	62
6.3.5 Legge til rette for mer omsorg i hjemmene	63
6.4 Drøfting av helsesøstres erfaringer om å kunne samhandle med andre yrkesgrupper	64
6.5 Helsesøstres erfaringer om å ha kompetanse og muligheter til møte nye krav	69
6.5.1 Mer forskningsbaserte metoder	69
6.5.2 Trenger flere briller for å se en helhet	71
6.5.3 Mindre ressurser og tid	71
6.5.4 Pandemivaksinen, alt annet ble lagt bort	73
6.5.5 Snille piker	73
6.6 Drøfting av helsesøstrenes erfaring om å ha kompetanse og muligheter til å prioritere å møte nye utfordringer	74
7. Avslutning	78
Litteraturliste	a
Vedlegg	g
- Samtykkeerklæring	g
- Godkjenning fra NSD	h
- Intervjuguide	i

Sammendrag

Tema for denne masteroppgaven er helsesøstres arbeid med psykisk helse hos unge. De fleste unge har en god psykisk helse, men mange norske tenåringer sliter likevel med ulike former for psykiske plager som for eksempel nedstemthet, lettere former for angst, dårlig selvbilde, og aggresjon. Ulike fagmiljøer har vært opptatt av å finne faresignaler for når plager går over til å bli diagnoser. Helsesøstrene har vært sentrale i arbeidet overfor unge med psykiske plager, tydeliggjort gjennom den drøye ti år gamle Opptrappingsplanen for psykisk helse. Hensikten med mitt mastergradsarbeid er å løfte frem helsesøstres erfaringer i dette arbeidet. Et slikt fokus kan være et bidrag til større innsikt i helsesøstres praksis, tydeliggjøre dilemmaer i arbeidet og få frem helsesøstrenes refleksjoner omkring psykiske plager hos unge. Slike ambisjoner ligger til grunn for en spissing av tematikken til studiens problemstilling; hvordan helsesøstre erfarer og håndterer psykiske plager hos unge.

Kvalitativ tilnærming er valgt for å undersøke studiens problemstilling. Min empiri knytter seg til intervju av fire helsesøstre. En hermeneutisk-fenomenologisk tilnærming er valgt for å tolke og få frem helsesøstrenes erfaringer. Det har vært en eksplorerende design på studien. Perspektiver rundt psykisk helse, helsefremmede arbeid, relasjoner og kompetanse har vært teoretisk referanseramme for å belyse studiens problemstilling.

Funn i studien er knyttet til helsesøstrenes erfaringer om at relasjons- og tillitsbygging gjennom tilgjengelighet, ressurs og mestringsfokus er gode strategier i møte med unge som kan ha psykiske plager. Helsesøstrene stimulerer unge til medvirkning gjennom anerkjennelse av dem som kompetente samtalepartnere og er bevisst i bruk av SMS og e-post for kontakten med unge. Sanserintrykk og dialogstrategier benyttes for å fange opp unges plager. De opplever dilemma i vurderingene omkring normale ungdomsplager eller om det er grunnlag for større bekymringer. Utydeligheter mellom helsefremmende – og forebyggende strategier kan også skape uklarheter om ungdom krever oppfølging eller ikke.

Helsesøstrene erfarer at samarbeidsrelasjoner med andre fagfolk er grunnet i hvilke problemomfang de vurderer at ungdom har. Personkjemien er viktig for hvem de kontakter i andre fagmiljø. Skolen som arena og lærerne peker seg ut som gode samhandlingspartnere i arbeidet med tidlig å gripe fatt i unge som sliter med psykiske plager. Helsesøstrene opplever å ha tilstrekkelig kompetanse til å møte unge med psykiske plager, men usikkerhet oppstår i møte om krav om mer forskningsbasert praksis. Helsesøstrene gir seg tid til helsefaglige refleksjoner, de oppfatter at de er fleksible i sin tilnærming til endringer i rammebetingelsene. Samtidig opplever de å dras i en ”spagat” mellom arbeidet overfor unge med psykiske plager og andre økende arbeidsoppgaver.

Nøkkelord: Psykisk helse, ungdom, helsesøstre, helsefremmede arbeid, relasjoner, kompetanse.

Summary

The subject of this master's thesis is public health nurses work with psychological health in youth. Most youth have good psychological health, yet, many Norwegian teenagers suffer from various psychological complaints, like for example light depression, mild forms of anxiety, low self-esteem or aggression. Various professional communities have been engaged in the identification of signals of danger indicating when complaints become diagnoses. Public health nurses have been central in the work with children with psychological complaints, as evidenced by the about ten years old 'escalation plan' (Opptappingsplan) for psychological health. The aim with this study is to put public health nurses experiences in this work into focus. Such a focus can be a contribution to a better understanding of public health nurses' practice, emphasize dilemmas in the work and present public health nurses' reflections on psychological complaints in youth. These are the ambitions that inform a focusing of the subject matter into the studies research question: how do public health nurses experience and handle youth with psychological complaints.

A qualitative approach has been chosen to investigate the study's research question. My empirical data were gathered in interviews with four public health nurses. A hermeneutical-phenomenological approach has been chosen for the interpretation and articulation of public health nurses' experiences. Perspectives on psychological health, health enhancing work, relations and competence have served as theoretical frames of reference shedding light on the study's research question.

The findings in the study relate to public health nurses' experiences that the building of relation and trust through availability and a focus on resources and coping are good strategies in encountering children that may have psychological complaints. Public health nurses enlist youth' cooperation through the recognition of them as competent partners in conversation and are consciously using SMS and e-mail in communications with children. Perceptions and strategies of dialogue are used to capture youth's complaints. They experience a dilemma distinguishing between normal adolescent complaints and complaints that give reason for more serious concern. The ambiguity between health enhancing strategies and prevention strategies can also create ambiguity as to whether youth require follow up or not. Public health nurses experience that relations of cooperation with other professionals is based on a judgement of the extent of the youth's' problems. Personal chemistry is important for the selection of whom to contact in the other professional community. The school as an arena and teachers distinguish themselves as good cooperative partners in early intervention work with regard to children that suffer from psychological complaints. Public health nurses experience that they have sufficient competence to meet youth with psychological complaints, but uncertainty arises with regard to requirements for more research based practice. Public health nurses take time for professional reflections and they perceives themselves as being flexible in the approach to changes in structural conditions for their work. Simultaneously they experience being drawn into a split between work with youth with psychological complaints and other increasing tasks.

Key words: psychological health, youth, public health nurses, health enhancing work, relation, competence.

1. Tema, bakgrunn og problemstilling

Tema for denne masteroppgaven er helsesøsters arbeid med psykisk helse hos unge.

Tematikken psykiske helse hos unge har de siste årene vært å finne igjen i oppslag i media med overskrifter som viser til at mange norske tenåringer sliter med ulike former for psykiske plager. I oppslagene som preget mange førstesider i 2009 fremkommer det at om lag 200 000 unge sliter med ulike former for psykiske vansker (VG, 2009). I artiklene beskrives depresjon, angst, dårlig selvbilde, identitetsproblemer, traumer og aggresjon som psykiske plager som ungdom sliter med (Torgrimsen, 2009). Slike oppslag i media ligger nært opp til nyere undersøkelser av ungdommer psykiske helse, som påpeker at de fleste unge riktignok har en god psykisk helse, men at mange unge likevel strever med livene sine og noen vil oppleve at deres psykiske helse svikter en eller flere ganger i livet. En dårlig psykisk helse vil kunne få omfattende konsekvenser på lengre sikt. Ikke bare i form av økte belastninger for den enkelte ungdom, men også i form av store økonomiske kostnader for samfunnet.

Folkehelseinstituttet anslår at 15-20 % av barn og unge i Norge har ulike former for psykiske problemer (Mykletun, Knudsen og Mathiesen 2009), noe helsedirektøren har beskrevet som et stort folkehelseproblem (Helsedirektoratet, 2009).

I faglitteratur har en benyttet en rekke begreper med ulikt innhold og nyanser som beskriver ungdommers psykiske helse (NOU 1998, Folkehelseinstituttet 2003, Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke 2010). En mye brukt inndeling har vært å skille mellom psykiske plager (eller vansker) og psykiske lidelser (Folkehelseinstituttet 2003, Nærde og Neumer 2003). Ved en slik todeling beskrives *psykiske lidelser* når symptomene er så omfattende at det kan stilles en diagnose som for eksempel alvorlig depresjon, schizofreni alvorlige spiseforstyrrelser og manisk-depressiv lidelse. *Psykiske plager, problemer og psykiske vansker* brukes om hverandre. I denne studien har jeg valgt å benytte psykiske plager, som blant annet er blitt beskrevet som nedstemthet, redsler og lettere former for angst, samt problemer med mestring og selvtillitt (ibid). Slike delvis vage plager, kan føre til ulike symptomer, men ikke så omfattende at de karakteriseres som en diagnose. Selv om psykiske plager ikke har vært knyttet til det å gi sykdomsdiagnoser, har ulike faggrupper likevel vært opptatt av om disse til dels vage plagene kunne være kimen på en utvikling av mer alvorlige psykisk lidelser (Østfoldhelsa 2008; Nærde og Neumer, 2003).

Skuer vi tilbake drøye ti år ble en landsomfattende statlig satsning på psykiske helse overfor

unge igangsatt gjennom Opptappingsplanen for psykisk helse, heretter omtalt som Opptappingsplanen (Regjeringen, St.prp. nr.63, 1997 – 1998). I denne planen ble det satt av øremerkede midler for å styrke forebyggende og helsefremmende arbeid rettet mot ulike psykiske plager hos barn og unge (Sosial og helsedirektoratet, 2006a). Et konkret resultat av ressursøkningen var en økning av antall helsesøsterstillinger. I 1994 var det 1430 helsesøstre i norske kommuner, mens det i 2008 var antallet økt til 2035 årsverk (SSB, 2009).

Særlig helsesøstrenes arbeid i skolehelsetjenesten og ved helsestasjonen for ungdom med tanke på å avdekke ulike former for psykiske plager ble styrket gjennom disse økte statlige midlene (Neumann, 2007). Dette var med bakgrunn i at mange barn og unge som er i kontakt med helsesøster gjennom helsestasjonen og skolehelsetjenesten, har hatt ulike former for psykiske plager (Nærde og Neumer, 2003). Opptappingsplanen ble avsluttet ved utløpet av 2008. Selv om Opptappingsplanen avsluttes fremhever regjeringen i påfølgende stortingsproposisjon at den vil holde et tydelig fokus på arbeidet med psykisk helse også etter 2008 (Helse og omsorgsdepartementet, 2007-2008), noe som fremkommer av følgende sitat:

De overordnede mål og verdigrunnlag fra Opptappingsplanen vil fortsatt ligge til grunn for regjeringens politikk, tilretteleggelse for selvstendighet og mestring av eget liv, et tydelig brukerperspektiv, desentralisering, nærhet til tjenestene, arbeidsrettede tiltak og forebyggende arbeid vil derfor fortsatt stå som sentrale elementer i den videre utviklingen av tilbudet. (Helse og omsorgsdepartementet, 2007-2008 s. 3)

I det senere statsbudsjettet fra 2009 gjentas målet om at det skal satses på tidlig hjelp og behandling for å møte psykiske plager. Videre fremheves det at helsestasjons- og skolehelsetjenesten fortsatt skal være en sentral aktør i dette arbeidet for å nå barn og unge med psykiske plager (Helsedirektoratet, 2009). Opptappingsplanen fokuserte også på bedre samhandling om psykisk helse både internt i kommunene, men også mellom kommune og spesialist helsetjenesten. Helsesøstrene var også her tiltenkt en koordinerende rolle (Andersson og Steihaug, 2008).

Også i min egen yrkeserfaring som sykepleier dukket det tidlig opp tanker rundt det å ”være i forkant av en mulig problemutvikling” knyttet til mine møter med pasienter med psykiske lidelser. Refleksjoner jeg gjorde meg når jeg fikk innblikk i disse pasienthistorier var hvorfor grep ingen inn tidligere mens disse var unge? Mange pasienter hadde livshistorier som i ettertid må ha utrykt bekymring hos noen.

Videre erfarte jeg gjennom mitt arbeid som helseansvarlig på et asylmottak at gruppen helsesøstre var den yrkesgruppen i helsevesenet som hadde mye kontakt med barn, ungdom og deres familier gjennom store deler av oppveksten. En del helsesøstre jeg var i kontakt med, uttrykte bekymring for hvordan de skulle møte og følge opp unge som de mente sto i fare for utvikle psykiske lidelser. Spørsmål som helsesøstrene da reflekterte rundt var blant annet hvordan håndtere udefinerte og vage bekymringer og plager hos ungdom, og hvor går grensen mellom det som er normale ungdomsproblemer og hvilke typer plager bør en rette ekstra oppmerksomhet mot? Samtidig opplevde jeg at helsesøstrene hadde ulike interessante erfaringer med hvordan de håndterte møtene med disse unge og hvordan de samarbeidet med andre yrkesgrupper. Dette, sett i sammenheng med egen oppvekst med en far som var barne- og ungdomspsykiater og en mor som er psykiatrisk sykepleier er noe av bakgrunnen for at jeg har valgt helsesøstres erfaringer omkring unges psykiske helse som tema for studien.

1.2 Problemstilling

Med bakgrunn i refleksjoner fra egen yrkeserfaring og kunnskap jeg har tilegnet meg gjennom fordypning av litteratur på området har jeg skissert følgende problemstilling:

Hvordan erfarer og håndterer helsesøstere psykiske plager hos unge?

Denne problemstillingen belyses gjennom tre retningsgivende spørsmål for å belyse problemstillingen:

1. Hvordan erfarer helsesøstere *å møte unge* med psykiske plager?
2. Hvordan erfarer helsesøstere *samhandlingen med andre yrkesgrupper* i arbeidet med psykiske plager hos unge?
3. Hvordan erfarer helsesøstere *å ha kompetanse og muligheter til å møte nye krav* i arbeidet med psykiske plager hos unge?

1.3 Avgrensninger og utdyping av problemstillingen

På bakgrunn av min valgte problemstilling ønsker jeg å komme med følgende avgrensninger og utdypninger; I studien er det helsesøstrenes arbeid knyttet til skolehelsetjenesten som har fokus, blant annet fordi helsesøstres arbeid ved skolene gir en arena for å møte unge. Unge i denne sammenheng er ungdom i alderspennet fra 12 til ca. 20 år. I all hovedsak er dette

ungdom som er tilknyttet ungdoms-og videregående skole. Yngre, som barn under 12 år, har ikke fokus da dette både ville ha blitt for omfattende for mitt mastergradsarbeid med tanke på blant annet større involvering av foreldregruppen.

Helsesøstre møter et tverrsnitt av all ungdom med ulike behov og utfordringer, der også ungdoms psykiske helse inngår. Ut fra min valgte tematikk og problemstilling har jeg ønsket å ha et hovedfokus på unge med *psykiske plager*. I denne studien forstås psykiske plager som et vidt begrep som innbefatter spennet mellom ulike vansker og vage psykiske plager som ungdom naturlig kan slite med i perioder, til også å omfatte plager som vekker bekymring med henblikk på en utvikling av mer alvorlige psykiske lidelser.

Jeg har også valgt tre retningsgivende spørsmål for å belyse min problemstilling. Et utgangspunkt for dette valget har vært ønsket om et breddeperspektiv i forståelsen av helsesøstrenes arbeid på dette området. Videre er valget begrunnet i ønsket om å få en mer inngående kjennskap til selve møtene mellom helsesøstre og unge med psykiske plager. I tillegg ønsker jeg også ved hjelp av spørsmålene å få frem samhandlingsutfordringer og ulike kompetanse- og rammebetingelser i helsesøstrene arbeid over for unge med psykiske plager.

1.4 Hensikten med studien

Selve hensikten med mitt mastergradsarbeid er å få tydeliggjort helsesøstres erfaringer med arbeidet overfor unge med psykiske plager. Et slikt fokus på helsesøstres arbeid kan være et bidrag til å få en større innsikt i deres praksis, få tydeliggjort ulike dilemmaer og få frem helsesøstrenes refleksjoner i arbeidet overfor unge med psykiske plager. En annen ambisjon er også at denne studien kan være et bidrag til fortsatt å ha et fokus på psykisk helsearbeid over for unge.

1.5 Oppbygging av oppgaven

Ut i fra problemstillingens art har jeg funnet det formålstjenlig å videre bygge opp masteroppgaven på følgende måte

Kapittel 2 omhandler ulike perspektiver på helsesøster rollen før og i dag. Den gir et historisk tilbakeblikk og viser hvordan statlige føringer og satsninger påvirker helsesøstrenes arbeid. Denne delen er med for å gi leseren en oversikt over helsesøsterrollen, og vil bli trukket inn

som referansebakgrunn i analysedelen.

Både kapittel 3 og 4 omhandler forskning og ulike teoretiske perspektiver som skal belyse min problemstilling og spørsmål. Kapittel 3 omhandler forskning og teoretiske perspektiver på helse og psykisk helse, helsefremmende – og forebyggende arbeid, samt tiltak knyttet til å møte problemutvikling hos unge. Kapittel 4 omhandler ulike perspektiver på relasjonsbygging mellom fagfolk og brukere/pasienter, og fagfolk i mellom. Denne delen vil også omhandle brukermedvirkning og maktaspekter ved slike nevnte relasjoner. Siste del av dette kapitlet gir et nærmere innblikk i perspektiver på organisasjons- og samhandlingskompetanse.

I kapittel 5 vil jeg presentere mine metodiske tilnærminger og beskrive gjennomføringene av datainnsamlingen, forskningsetiske overveielser og bearbeiding av datamaterialet. Dette gjøres med utgangspunkt i en hermeneutisk fenomenologisk tilnærming.

I kapittel 6 presenteres en empirigjennomgang av helsesøstrenes ulike erfaringer knyttet til deres møte med psykiske plager hos unge, samhandling med andre yrkesgrupper, samt hvordan de erfarer egen kompetanse og hvordan nye krav påvirker arbeidet. Kapitlet er delt i tre deler der empirien presenteres med undertema. Hver av de tre empiridelene har en påfølgende oppsummering og analysedel. Avslutning og refleksjoner omkring funn og problemstilling vil være å finne i studiens avsluttende del, kapittel 7.

2. Perspektiver på helsesøsterrollen før og i dag

Helsesøstres arbeidsoppgaver over for barn og unge har vært i store endringer de siste 50,60 årene. Både statlige krav, metoder og krav til både arbeidsoppgaver og kompetanse har vært ulik gjennom denne perioden. I dette kapitlet vil jeg utdype helsesøsterrollen og beskrive noen av de endringer som har skjedd frem til i dag.

2.1 Den kommunale helsesøstertjenesten, et historisk tilbakeblikk

Forebyggende og helsefremmende arbeid kan sies å ha en lang historie, med røtter tilbake i antikken. For eksempel var den kvinnelige guden Hygiea sunnhetens gudinne og sto for velvære og et fornuftig liv. Hun hadde ingenting med behandling av syke å gjøre. Det var Asklepios oppgave. Han ble i antikken ansett som legeguden og tilegnet kunnskaper som

blant det å føre kirurgkniven. Sunnhet og sykdom var dermed gjennom gudene i gresk mytologi atskilt (Fosse, 1999).

Beveger vi oss frem til nyere tid finner vi at det er mye forebyggende og helsefremmende arbeid knyttet til mange institusjoner og profesjoner. Både pedagoger, sosialarbeidere, kulturarbeidere og andre vil ta del i fagfeltet helsefremmende - og forebyggende arbeid (Schancke, 2005 s.45). Det er med andre ord mange profesjoner som i dag kan sies å arbeide forebyggende. Imidlertid har de kommunale helsestasjonene og helsesøstertjenesten en lang historikk innenfor forebyggende og helsefremmende arbeid, og oppgaver har blitt endret i takt med endringer i samfunnet. De første forebyggende tiltakene kom allerede i 1890-årene i forbindelse med datidens høye spedbarnsdødelighet. Senere kom barnepleiestasjoner og kontrollstasjoner for vanskeligstilte barn og kvinner. De var drevet på privat basis av Norske kvinners Sanitetsforening (Statens helsetilsyn, 1998).

Etableringen av en egen utdanning for helsesøstre ble opprettet i 1947. Helsesøstrene ble da utdannet til å være helserådsinspektører og til å være helsekontrollører i helsestasjoner og skolehelsetjenesten, hvor fokuset var på vaksinasjon, screening og standardisering av helsekontroller. Først i 1972 ble offentlig ansvar for helsestasjonsvirksomheten lovfestet, det var nå ikke lenger et privat anliggende (ibid).

I dag er helsesøstertjenesten en del av kommunens lovbestemte oppgaver som dekker behovet for sykepleietjenester innen det helsefremmende og forebyggende arbeidet. Om helsetjenestens formål står det i kommunehelseloven § 1-2.:

Kommunen skal ved sin helsetjeneste fremme folkehelse og trivsel og gode sosiale og miljømessige forhold, og søke å forebygge og behandle sykdom, skade eller lyte. Den skal spre opplysning om og øke interessen for hva den enkelte selv og allmennheten kan gjøre for å fremme sin egen trivsel og sunnhet og folkehelsen.

(Lovdata.no utdat.)

Som vi ser av sitatet over har helsetjenesten, som helsesøstrene er en del av, fått et endret fokus. Helsesøstrene har fra å være helsekontrollører, nå fått et bredere spekter av oppgaver. Kommunehelsetjenesten skal både forebygge og behandle sykdom, og samtidig legge til rette for at folk selv tar ansvaret for å fremme egen helse. Helsesøstrenes oppgaver er i vesentlig grad knyttet opp mot helsestasjonen for barn, skolehelsetjenesten i grunnskolen og i den videregående skolen, samt helsestasjonen for ungdom. Det er et omfattende arbeid som

innebefatter alt fra instrumentelle handlinger som vaksinasjoner, veiling og målinger til åpen helsestasjon for ungdom der fokuset er rettet mot forhold som dreier seg om prevensjon, rus og psykisk helse. Vi ser dermed at helsesøsters arbeidsområder endres i takt med samfunnsforhold, lovgivning og de til enhver tid gjeldende helseproblemer (Sollenes og Tønjum, 2008).

2.2 Helsesøstertjenesten og statlige satsningsområder innen psykisk helse.

Helsesøstertjenesten har som nevnt et bredt tilfang av arbeidsområder. Flere av disse oppgavene kan betegnes som faste driftsoppgaver, mens andre oppgaver kommer til gjennom statlige satsninger der både oppgaver og ressurser for en periode blir kanalisert til den kommunale helsesøstertjenesten. Regjeringens strategiplan fra 2003 *sammen om psykiske helse*, er eksempel på dette. Det overordnede målet med denne strategien var å bidra til å forebygge psykiske problemer hos unge. I denne planen ble det satt fokus på det kommunale ansvaret rundt styrking av ungdommens egne ressurser, samt å hindre sykeliggjøring. En ønsket også å bidra til økt kunnskap og informasjon rundt psykisk helse. Det ble satt i gang et landsomfattende prosjekt kalt "psykisk helse i skolen" som omfattet ulike undervisningsprogrammer hvor helsesøstre og lærere ble involvert. Tanken med dette var å bidra til større åpenhet og trygghet, slik at unge lettere skulle åpne seg omkring egen psykisk helse generelt og eventuelle psykiske plager (Regjeringen, 2003). Parallelt med denne strategiplanen pågikk arbeidet med den allerede nevnte Opptappingsplanen for psykisk helse som hadde sitt utgangspunkt i Stortingsmelding nummer 25 (Regjeringen, 1996-1997). Opptappingsplanen var en bred satsning fra statlig hold for å bedre tjenestetilbudene på mange nivå for mennesker med psykiske plager og lidelser. Erkjennelsen i denne statlige storsatsningen var at særlig innefor forebyggingen av psykiske plager og lidelser måtte man få til et løft. I dette planverket ble det også påpekt at alle sektorer og tjenesteytere skulle etablere behandlingstiltak på tvers av sektorgrenser og forvaltningsnivåer. I forlengelsen av Opptappingsplanen sendte daværende Sosial og helsedirektoratet (nå Helsedirektoratet) ut en veileder for psykisk helsearbeid overfor barn og unge til landets kommuner. I veilederen fremkommer det at en av kommunens overordnede oppgaver i det psykiske helsearbeidet for barn og unge er og "å gi hjelp og behandling for dem som trenger det på lavest effektive omsorgsnivå", også benevnt som LEON prinsippet (Sosial- og helsedirektoratet, 2007, s.12). Enkelte områder skulle gis spesiell prioritet og det skulle utarbeides en særskilt strategi for satsing på barn og unge, blant annet gjennom økt brukerperspektiv og økt tilgjengelighet til

tjenesten. Her får også helsesøstertjenesten og skolehelsetjenesten en tydeligere rolle. Det fremheves i veilederen at det forebyggende arbeidet skal ha en særlig oppmerksomhet rettet mot barn og unge, som er i risiko for å utvikle psykiske vansker eller lidelser. Videre står det at behovene må avdekkes så tidlig som mulig slik at problemer ikke får utviklet seg. Det pekes også på at primærhelsetjenesten må vurdere om oppfølgingen av den unge skal ivaretas av kommunen eller henvises til spesialisthelsetjenesten (ibid s.13).

2.3 Kompetansekrav til helsesøstere

Det breddetilfang av oppgaver som fulgte i kjølvannet av statlige satsninger som for eksempel Opptrappingsplanen, har også stilt større krav til helsesøstrenes kompetanse. Blant annet ble kunnskap om blant annet mestring, brukerperspektiv, samt helsefremmende og forebyggende arbeid fremhevet som viktig å fokusere på fremover for å møte ungdom med ulike psykiske plager (Sosial- og helsedirektoratet, 2004). Mens helsesøstere tidligere hadde en selvstendig og tydelig rolle, ser vi nå at det stilles andre krav til helsesøstere, og innholdet i deres helsefremmende arbeid har endret seg over tid (Sollnes og Tønjum, 2008). Helsesøsterfaget slik det fremstår i dag har av noen blitt betegnet som en profesjon som ivaretar breddekunnskap og kunnskap om sammenhenger (Drageseth, 2003). Et ønske om å tilegne seg en bredere kunnskap i å møte unge med psykiske plager har også fremkommet i en studie av helsesøstres kompetansebehov. Der det fremkommer at helsesøstre i tillegg til ønsket om mer kunnskap om den ”gode kommunikasjonen”, men ser også behovet for økt kunnskap i bruk av for eksempel screening instrumenter, og metodestandarder i møte med unge med psykiske problemer (Wessel Andersson, Osborg Ose og Norvoll, 2006).

Det siste tiåret har det både fra forsker – og statlig hold blitt stilt krav til at en benytter kunnskapsbaserte metoder og tilnærminger i forebyggende og helsefremmende arbeid (Sollesnes og Tønjum, 2008). En slikt økt fokus på mer kunnskapsbaserte tilnærminger til forebyggende arbeid sammenfaller også med det Schancke (2005) skriver om at tidligere var helsefremmende og forebyggende arbeid i større grad basert på intuisjon og gode intensjoner. I dag stilles det helt andre krav til praksisfeltet om bruk av forskningsbaserte metoder og strategier (ibid). For eksempel har kompetanse innen utviklingspsykologisk og familieøkologisk teori blitt pekt på av noen som rammeverk for studie av barn og unges med ulike former for psykososiale problemer (Ferrer-Wreder et.al 2005).

Norges forskningsråd la sommeren 2009 frem en evaluering av Opptrappingsplanen for psykisk helse der også mer og bedre kompetanse rundt psykisk helse hos unge belyses (Brofoss og Larsen, 2009). Blant annet trekkes det frem at samhandlingen om psykisk problematikk mellom ulike faginstanser fortsatt er for dårlig. Videre påpekes det at man fortsatt vet lite om innhold og kvalitet i det psykiske helsearbeidet. Særlig fremheves det at det fortsatt er en mangelfull kunnskap om hvordan brukervedvirkningen foregår og tilbudet til de med lettere psykiske lidelser. I rapporten fra Forskningsrådet foreslås det avslutningsvis at den kommunale helsetjenesten fortsatt må ha en viktig rolle i arbeidet for å bedre psykisk helse hos unge fremover, men at det også er behov for økt kompetanse om blant annet det å registrere psykiske plager (ibid).

3. Forskning på tematikken

I dette kapitlet vil jeg presentere ulike perspektiver og forskning som berører min problemstilling. I den første delen løfter jeg frem ulike perspektiver omkring psykisk helse, og knytter dette opp mot helsefremmende og forebyggende strategier. Videre vil jeg utdype perspektiver rundt tidlig intervensjon og risiko - og beskyttelsesfaktorer, mens jeg i siste del av kapitlet vil konsentrere meg om studier av ulike lavterskeltilbud som er tilrettelagt for denne gruppen.

3.1 Helsebegrepet og psykisk helse

Et utgangspunkt for å nærme seg begrepet psykisk helse kan være WHO's definisjon om selve helsebegrepet som defineres som, ” *en tilstand av fullkommen kroppslig, mentalt og sosialt velvære.* ” (Mæland, 1999, s.25). Denne forståelsen ligger nært opp til det mer medisinske utgangspunktet der helse har vært definert som fravær av sykdom (Seljelid, 2005). Setter vi slike definisjoner i sammenheng med psykisk helse finner en at det kan være vanskelig å lage et skille mellom syk – frisk. Dette fordi, som tidligere nevnt, er det glidende overganger mellom psykiske plager, som et hvert menneske kan oppleve å ha og psykiske lidelser (Nærde og Neumer, 2003). I regjeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse fra 2003 skrives det:

En god psykisk helse er grunnleggende for ethvert menneske. En god psykisk helse er viktig redskap for å kunne være i et harmonisk samspill både med seg selv, sine omgivelser(...). En god psykisk helse er en viktig garanti for å møte livets

mangfoldige situasjoner og for å bære motgang og kriser som de fleste av oss møter i løpet av livet (Regjeringen, 2003, forord)

Andre igjen, som Gilbert forklarer god psykisk helse som: ” *evnen til å fordøye livets påkjenninger*”(Berg, 2005). Når en legger slikt innhold i psykisk helse ligger det også nært opp til helse forstått som enkeltpersoners opplevelse av trivsel (Seljelid, 2005).

Disse forklaringene sier både noe om at psykisk helse er et mangfoldig begrep og videre at god psykisk helse knyttes til det å mestre sitt eget liv. Et slikt bredt fokus på ungdommers psykiske helse, der den påvirkes av både levekår, sosiale kvaliteter i samfunnet og nærmiljøforhold var et sentralt poeng i NOU rapporten ” fra 1998 (NOU: 1998 s.18). Denne rapporten, også kalt ”Det er bruk for alle – rapporten ”, beredte grunnen for den tidligere nevnte statlige initierte Opptrappingsplanen. I en slik breddetilnærming fokuseres det på mange ulike årsakssammenhenger som påvirker den psykiske helsen, som for eksempel genetiske, biokjemiske årsaker, i tillegg til psykologiske og sosiale faktorer. Et poeng er at disse ulike årsakene kan virke sammen. Hvilken betydning disse ulike faktorene har er forskjellig for ulike typer av psykiske problemer (NOU:1998).

3.2 En diagnostisk kultur?

Hvis vi inntar et mer overordnet perspektiv har det vært påpekt at det ikke er tilstrekkelig å forstå økningen av ulike psykiske problemer blant ungdom som utslag av sårbare individers møte med et samfunn preget av høyt tempo og krav til omstilling. Noe av årsakene kan også være å finne i at selve samfunnet har blitt «medikalisert» (Langaard, 2006). Hun hevder at nå er det på tide å fokusere på hvordan den offentlige samtalen bidrar til å forvandle uønskede følelser til sykdom. For alle mennesker, og kanskje særlig for ungdom, er det normalt å føle seg nedstemt, ha lite energi, ha mest lyst til å bli under dyna i perioder. Hvis det skapes et bilde av at slike reaksjoner i sin alminnelighet er sykdom, kan dette føre til en holdning om at den enkelte kan bidra lite for å forandre på sin egen situasjon (ibid). Også blant helsesøstre har krav om blant annet mer bruk av diagnostiske verktøy skapt bekymring med den begrunnelse at et for stort individfokus som slike metoder representerer kan svekke helsestasjons- og skolehelsetjenestens folkehelseperspektiv (Ersvik, 2009). Det har i denne sammenheng vært fremhevet at:

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten har sin styrke i at den er et kompetent lavterskeltilbud som retter seg mot alle barn, unge og foreldre, med fokus på det

enkelte barn og ungdoms styrke, mestringsevne og normalitet fremfor diagnoser og problemtenkning. Det er et vesentlig perspektiv i en tid hvor det påstås at stadig flere barn og unge har en eller annen form for sykdom eller lidelse (ibid¹).

Slike perspektiver rundt en medikalisering av samfunnet har paralleller til betraktninger rundt den ”diagnostiske kultur”. Allerede på 1960-tallet problematiserte Yngvar Løchen i sin bok, *Idealer og realiteter i et psykiatrisk sykehus*, en slik ”diagnostisk kultur” i tilknytning til sin studie av behandlingen av psykiatriske pasienter på Dikemark sykehus (Løchen, 1984). I en slik diagnose kultur, mente Løchen, er fagfolk opptatt av å plassere personers ytringer og handlinger i et diagnostisk skjema, der dagligdagse forklaringer på kriser og vanskeligheter ikke vektlegges. Tross gode hensikter fra fagfolk mente Løchen at noe av problemet med en slik diagnostisk kultur var at den bidro til en sosial kontroll av pasienter. Gjennom å få en diagnose ble det vanskelig for pasienten å forsvare seg, fordi behandlingen som ble gitt, med utgangspunkt i diagnosen, var til pasientens eget beste – og det var vanskelig å opponere mot (ibid).

Det debatteres fortsatt i fagmiljøene rundt forståelser av psykiske plager og lidelser. Det hevdes bl.a. at det å lide psykisk kan være et sunnhetstegn da en som menneske kan lære av motgang i livet (Skårderud et. al, 2010). Forskere viser i denne sammenheng til voksne som ser tilbake på sin ungdomstid som var preget av ulike plager, fortvilelse tap og skuffelser, men som voksne allikevel opplever å leve et godt og velfungerende liv. Dette fordi de har lært seg ulike mestringstrategier i møte med motgang i livet. Motgang og plager disse voksne erfarte gjennom livet ble også ansett for å være nyttige for å bli velfungerende mennesker (ibid).

3.3 Psykisk helse og forebyggende - og helsefremmende arbeid.

Arbeid med ungdoms psykisk helse har vært knyttet til tidlig inngripen i en mulig problemutvikling og forebyggende tiltak (Psykisk, 2009). Forebyggende tiltak og selve forebyggingsbegrepet har i faglitteraturen vært definert ulikt. En ikke uvanlig tilnærming har vært å benytte Caplans inndeling fra 1964 med primær, sekundær og tertiær forebygging. Denne tredelingen er ment å definere hvilken fase i en problemutviklingsprosess innsatsen settes inn og i hvilken grad det er mulig å identifisere målgrupper og problem (Mikkelsen, 2005). En annen mye brukt inndeling i dag er inndelingene som retter seg mot *hvem* de

¹ Netteferanse

forebyggende tiltakene er ment å rette seg til, for eksempel alle ungdommer - universelle tiltak, utvalgte grupper – selektive tiltak, eller et få tall av ungdommen - indikative tiltak (Nordahl, Gravrok, Knudsmoen, Larsen og Rørnes, 2006).

Andre igjen har knyttet forebyggingsbegrepet til tenkning og tiltak som spenner vidt fra forsøk på å eliminere eller begrense en uønsket utvikling, til tiltak som fremmer livskvalitet og mestring (Schancke, 2005). Mæland på sin side, trekker frem at det er ulike tradisjoner og ulikt vitenskapssyn i det å arbeide forebyggende og det å jobbe helsefremmende. Det helsefremmende og forebyggende arbeid beskrives av han som to ulike, men komplementære tilnærminger, som bygger på ulike tradisjoner og ulikt vitenskapelig grunnlag (Mæland, 1999). Følger man en slik tilnærming omhandler forebyggingsbegrepet både sykdomsforebyggende og helsefremmende arbeid. Tradisjonelt har den sykdomsforebyggende tilnærmingen blitt kjennetegnet ved "top-down" (ovenfra og ned) – strategier, der fagfolk har vært sentrale aktører i forbindelse med for eksempel helseopplysning (Mikkelsen, 2005). På bakgrunn av erkjennelser om et utvidet forebyggingsyn tok Verdens Helseorganisasjon (WHO) initiativet til "Helse for alle innen år 2000". I kjølvannet av denne ble det lansert utvidede strategier for forebyggende arbeid. Utgangspunktet for dette som ble betegnet helsefremmende arbeid, var her at befolkningen selv skulle aktiviseres i langt sterkere grad i forbedringen av helsen. Målet med helsefremmende arbeid som WHO satte fokus på var at det skulle være en "bottom-up" (nedenfra opp)- strategi for privat, uformell organisering, med vekt på folks egenkontroll og mestring (ibid).

3.4 Tidlig intervensjon

I de senere år har begrepet "tidlig intervensjon" blitt knyttet til helsefremmende – og forebyggende arbeid. Tidlig intervensjon handler om å komme i forkant av et helseproblem, på et så tidlig tidspunkt at problemet forsvinner eller blir minimalisert med en svært liten innsats (Ferrer-Wreder et. al, 2005). I en kunnskapsoppsummering fra IRIS² gis følgende definisjon av tidlig intervensjon:

I forhold til enhver problemutvikling vil det alltid være et mål å gripe inn så tidlig som mulig, og helst før problemene i det hele tatt har begynt å vise seg (forebyggende

² International Research Institute off Stavanger

arbeid). Ja, helst før de prosesser starter som kan lede til at problemer kan komme til å utvikle seg (helsefremmende arbeid). I så måte vil begrepet tidlig intervensjon gi mest mening om vi brukte det om tiltak som settes i verk for å styrke de prosesser som beskytter mot at problemer kan komme til å oppstå(...) (Nesvåg et. al. 2007, s.7).

Likevel hevdes det, at det ikke er slik som det refereres til i sitat over, at begrepet tidlig intervensjon bare beskriver tiltak der man er i forkant av en problem utvikling. I så fall ville en kunne definere tidlig intervensjons innsatser som universelle tiltak som retter som mot hele eller store deler av befolkningen uten noe kjent forhøyet risiko. Imidlertid blir tidlig intervensjons begrepet brukt i ulike fagmiljø om tiltak som settes inn i en tidlig definert problemutviklingsprosess (ibid). Ferrer-Wreder et. al. (2005) trekker skillet mellom tidlig intervensjon og behandling ved det punkt i en problemutvikling der kriteriene for å sette en diagnose er oppfylt. Når det kan settes en diagnose er tiltakene ikke lenger å betrakte som tidlig intervensjon, men som behandling. Det har også vært påpekt at i praksis vil det være glidende overganger mellom tidlig intervensjonstiltak og det som kan betegnes behandling (ibid).

3.5 Risiko- og beskyttelsesfaktorer

I tidlig intervensjonsarbeid har risiko- og beskyttelsesfaktorer hatt fokus hos flere.

Risikofaktorer har blitt definert som: ” *En hvilken som helst faktor hos individet eller i oppvekstmiljøet som kan assosieres med økt sannsynlighet for negativ psykososial utvikling i fremtiden.* ”(Nordahl et.al, 2006, s.81). Risikofaktorer har blitt sett på som fellesbetegnelse på forhold som øker faren for utvikling av vansker, mens beskyttelsesfaktorer betegner forhold som demper risikoen for utvikling av problemer i nærvær av risikofaktorer (Kvello 2007 i Johnsen og Schancke 2010). I en slik tenkning er poenget at jo flere risikofaktorer barn og ungdom utsettes for, jo større sannsynlighet er det for utvikling av ulike problemer. Det påpekes at det ikke er noe automatikk i en slik utvikling, blant annet fordi risikofaktorer også må veies opp mot de beskyttelsesfaktorer, også omtalt som de dempende faktorer, som kan være tilstede rundt ungdommen (ibid). I arbeid med tidlig intervensjon er det et hovedmål å styrke beskyttelsesfaktorene (Helsedirektoratet 2009). Beskyttelses – og risikofaktorer kan for eksempel være gode/dårlige familie - og omsorgsforhold eller god/dårlig robusthet hos unge (ibid s. 17).

I tilknytning til diskusjoner om risiko- og beskyttelsesfaktorer har et sentralt spørsmål vært hvem er det som skal oppdage og identifisere disse forholdene hos barn og unge? Her har det

vært foreslått at alle som er i kontakt med barn og unge og som er bekymret for deres utvikling er slike ”oppdagere” (Johnsen og Schancke 2010). I en nærmere konkretisering hvem slike voksenpersoner kan være, nevnes foruten foreldre og lærere, sosialtjenesten og helsesøstre.

3.6 Forebyggende og helsefremmende arbeid gjennom lavterskeltilbud

Helsesøstres arbeid gjennom skolehelsetjenesten kan ses på som forebyggende og helsefremmende arbeid overfor unge (Fosse, 1999). I kjølvannet av Opptrappingsplanen har ulike lavterskeltilbud for ungdom med ulike psykiske plager vært prøvd ut i skolehelsetjenesten.

Et utviklingsprosjekt gjennomført ved to videregående skoler i Oslo viser erfaringer fra slike lavterskeltilbud. Her hadde man blant annet som mål å styrke samtaletilbudet overfor ungdom rundt deres psykiske helse for å få frem mulige behov for hjelp og støtte, samt bedre samhandlingen fagfolk i mellom (Olaisen 2007).

Noe av bakgrunnen for prosjektet var at helsesøstrene opplevde det som vanskelig å få hjelp fra spesialisthelsetjenesten når de trengte det. Det var lange ventelister til denne tjenesten, noe som førte til at helsesøstrene ble sittende igjen med ungdom som hadde problemer og ikke fikk nødvendig helsehjelp. Fagpersoner fra BUP (Barne og ungdomspsykiatrisk poliklinikk) flyttet over til skolen to dager i uken og arbeidet sammen med helsesøstrene. Parallelt med dette fikk helsesøstrene utvidet sin arbeidstid ved skolen. Hensikten med å utvikle et slikt tilbud var å kunne bruke erfaringer og kunnskap fra begge fagområdene i møte med ungdommen. Det var sentralt at ungdommen selv tok initiativ til å delta i eget endringsarbeid. Noe av fundamentet i arbeidet var brukermedvirkning eller om en vil, elevmedvirkning.

Viktige prinsipper som helsesøstrene i dette lavterskeltilbudet la til grunn var (ibid):

- tilstedeværelse i ungdommens miljø
- lett tilgjengelighet overfor de unge
- kontinuitet i arbeidet over de unge
- gi ungdommen tid
- være nøye med taushetsplikten,

- vise respekt over for ungdommene

Med utgangspunkt i disse prinsippene, tok prosjektet i bruk utviklings- og mestringsfremmede metoder. Tankene bak metodene er å bidra til at ungdommen tilegner seg nye måter å møte vanskelige situasjoner på. Erfaringene fra prosjektet viste at det var nyttig at fagfolk var tilgjengelig og tilstede i ungdommens miljø. Det var lettere å oppsøke hjelp alene eller med støtte av folk de hadde tillit til som for eksempel venner, lærere, rådgivere og foreldre. I studien framkom det også at både ungdom, helsesøstre og skolerådgivere vurderer at forhold som omsorg, nøytralitet, konfidensialitet og selvbestemmelse var viktig å ha fokus på i møte med ungdom i vanskelige situasjoner (Olaisen, 2007).

En senere utgitt rapport som evaluerte det kommunale tjenestetilbudet for barn og unge med ulike psykiske plager, fremkommer det at flere barn og unge oppsøker helsesøster når de opplever psykiske problemer. I brukerundersøkelser fra denne studien kommer det frem at å bli møtt på en positiv og ivaretagende måte, og videre bli hørt og tatt på alvor er viktig for ungdom. Med andre ord var det her av betydning at personer med psykiske plager følte at tjenesteyterne, som helsesøstre, viste omtanke og forståelse for deres situasjon. For å skape allianser mellom helsesøstre og ungdom påpeker helsesøstrene selv i samme studie at viktige mål for dem i arbeidet er å få frem en mestringsopplevelse og identitetsdannelse hos ungdommen. Et annet sentralt poeng var å legge opp til og bygge gode relasjoner for å nå de unge (Brofoss og Larsen, 2009).

I det ovennevnte prosjektet i de to videregående skoler i Oslo høstet man også gode erfaringer rundt betydningen av samhandling mellom ulike tjenester der skolehelsetjenesten, skolen ved lærerne og BUP kunne fungere bedre sammen i møte med ungdom med psykiske plager. Det å bli kjent med hverandre og de ulike fagfolks arbeidsformer fremheves som viktige faktorer for et godt samarbeid. Videre påpekes det at dette sannsynligvis også vil gjøre det lettere å søke råd og veiledning hos hverandre (Olaisen 2007).

4. Teoretisk referanseramme

I dette kapitlet vil jeg presenterer ulike teoretiske perspektiver rundt *relasjoner* og *kompetanse*. Dette er begreper som også inngår i hverandre, men på grunn av problemstillingens art finner jeg det hensiktmessig å belyse dem adskilt.

4. 1 Relasjoner

Relasjoner oppstår mellom mennesker i mange sammenhenger. Relasjoner kan omfatte alle slags forbindelse vi har til andre mennesker, og hvordan vi forholder oss til dem. En benytter gjerne beskrivelser som gode og mindre gode relasjoner (Helsedirektoratet 2009 s, 53). Det har vært påpekt at kjernen i en god relasjon handler om å være menneske, og kunne kommunisere og samhandle med andre (Nordahl et.al.2005, s.211). Jeg vil i den videre presentasjonen utdype slike og andre perspektiver omkring relasjon.

4.1.1 Relasjonsbygging

Relasjonsbygging er i følge Aubert og Bakke en måte å se sammenhengene mellom de menneskene man omgir seg med og det livet de lever. De anvender begrepet profesjonell relasjonskompetanse, og sier at yrkesutøveren må kunne kommunisere på en slik måte at det gir mening, samtidig som samhandlingen mellom personene blir ivaretatt og at ingen føler seg krenket (Aubert og Bakke 2008, s. 22-23).

Profesjonell relasjonskompetanse handler om å kunne skape et godt samspill mellom en fagperson og en hjelpetrequende, der relasjonen mellom dem bygger på at fagpersonen anerkjenner og ivaretar den hjelpetrequendes uttrykk, og videre at hun som fagperson forstår hva som uttrykkes og hva som må gjøres (Halvorsen, 2008). Skau fremhever at det er tilstedeværelsen i relasjonen som utgjør kvaliteten i spillet mellom fagperson og den hjelpetrequende. Det at yrkesutøveren er i stand til å være personlig i sitt møte med den andre, ser hun på som en forutsetning. Ved å la seg berøre som personer må vi tørre å være medmenneskelige, slik at vi kan berøre den andre. Dette ser hun på som viktig del av relasjonsbyggingen i møte med mennesker som søker hjelp. Hun påpeker at alle møter med mennesker baseres på gjensidighet. Allikevel er det en forskjell på private og profesjonelle relasjoner. Som profesjonell yrkesutøver er våre handlinger mer rettet mot det å gi og å rette oppmerksomheten mot den andre. I de private relasjonene forventes det en større grad av gjensidighet, hvor begge parter gir og tar (Skau, 2005, s.42-43).

4.1.2 Maktaspektet i relasjoner.

Tar vi for oss relasjonen mellom en helsesøster og ungdom vil de i utgangspunktet ikke være likverdige partnere. Det vil være en asymmetri i relasjonen på den måten at fagpersonen helsesøster innehar en maktposisjon i kraft av sin posisjon og sine kunnskaper. Men også det at hun tilhører en del av hjelpeapparatet. Denne asymmetrien handler om ujevn maktfordeling i relasjonen, noe som eksisterer i alle relasjoner der en annen oppsøker hjelp eller støtte. Slike maktaspekt har vært belyst av flere (Skau 2003). Skau henviser til Webers definisjon av makt hvor han sier at det er: ”*sjansen til å få gjennomført sin vilje i en sosial relasjon, også ved motstand, uavhengig hva denne sjansen er basert på*” (Skau 2003, s. 44). Makt er derfor relevant i enhver menneskelig relasjon. En trenger heller ikke og direkte utøve makt for at den skal eksistere. Den kan også være tilstede gjennom at man har *mulighet* til å utøve makt, og da likevel kunne få igjennom sin vilje. Felles for den som hjelper og den som trenger hjelp er at de samhandler innefor rammer av makt og kontroll. Å inneha makt er nødvendigvis ikke negativt, spørsmålet handler mer om man benytter makten på en etisk eller uetisk måte. Makt kan brukes for å hjelpe og den kan brukes for å skade, også uten at det er ment å skade (ibid).

Skau er også opptatt at den som trenger hjelp og hjelperen har ulikt ståsted, og at det er viktig at hjelperen forstår maktaspektet i sin egen yrkesrolle og hvordan dette kan påvirke relasjonene. Har man ikke et avklart forhold til maktaspektet i sin yrkesrolle, er det derfor fare for at man ikke forstår hvorfor folk handler som de gjør (ibid). Med et slikt utgangspunkt, overført til studiens tematikk, kan en se for seg en ungdom som kommer til helsesøster med ulike plager. Helsesøstre ønsker å hjelpe han, men i sin iver etter å gjøre det, kan det hende at hun vel raskt konkluderer med hva som er best for han i det videre forløpet. Ungdommen kan reagere negativt på hennes konklusjoner fordi det ikke harmonerer med hva den unge mener er det beste for han. Han kan føle seg lite delaktig og overkjørt i prosessen og derfor fremstå som lite samarbeidsvillig, sett fra helsesøsters ståsted. Et slikt tenk eksempel, slik jeg ser det, kan være en tilslørt maktutøvelse fra helsesøster. Eksempelet kan også vitne om at helsesøster ikke har forstått den unges situasjon godt nok. Skuer vi igjen til Skau (2003) viser hun til lignende eksempler gjennom studier av sykepleiere som i noen omsorgsammenhenger ikke evner å tilpasse seg ulike kontekster og ulike virkelighetsoppfatninger som ulike pasienter og lidelser vil kunne innebære. Resultatet kan da bli at de i sin praksisutøvelse tilkjennegir fordømmende handlinger eller ”styrer pasienten” dit de selv vil (ibid).

En tenkning for å nøytralisere asymmetrien mellom fagfolk og hjelpetrequende knytter seg til ”empowerment-tankegangen” som bærende idé. Det dreier seg om å gjenreise de avmektiges status som likeverdige, kompetente og meningsberettigede borgere i samfunnet (Askheim og Starrin, 2007, s.103-104). Dette innebærer en bevissthet om å få frem brukernes egne perspektiver i relasjonen mellom fagfolk og den hjelpetrequende (brukeren). Et slikt brukerperspektiv har fokus på og ”løfte den svake part” og få frem potensialet for mestring hos den hjelpetrequende (Skår, 2007). Nøklene til å få frem et slikt mestringspotensial, og da større brukermedvirkning, har gjerne vært knyttet til bruken av ulike kommunikasjonsformer og hvilket dialogklima en klarer å få til (Fjetland, 2000).

Kari Martinsen fokuserer også på den svakes ståsted gjennom å få frem at omsorgsrelasjonen dypest sett handler om solidariteten for de svake. Martinsens kollektivistiske menneskesyn innebærer at vi mennesker ikke eksisterer alene, men i relasjon med andre. Hun sier at ansvaret for de svake tar utgangspunkt i et menneskesyn der det grunnleggende er vår avhengighet av andre. Denne avhengigheten er en grunnstruktur i mennesket som vi ikke kan velge bort, og er en forutsetning for å kunne utvikle oss til å bli selvstendige individer (Martinsen i Kristoffersen, 2005).

4.1.3 Relasjon og kommunikasjon

Et annet aspekt omkring relasjon er hvordan dialogen og kommunikasjonen mellom partnerne er. Idealet slik jeg oppfatter det, i relasjonen mellom for eksempel en fagperson og ungdom, er å legge til rette for en anerkjennende kommunikasjon. Denne kan sies å bygge på dialektisk relasjonsteori (Aubert og Bakke, 2008). Utgangspunktet i en slik tilnærming er at det ikke blir noen anerkjennelse uten erkjennelse. Det å bli anerkjent av andre bidrar til en utvikling av selvtilliten og selvaktelsen, noe som er avgjørende for å oppleves som verdifull i samfunnet. Det og ikke å bli anerkjent vil kunne føre til krenkelse, noe som igjen kan føre til manglende selvtillit. I det ligger at vi blir bevisst oss selv som selvstendige individ kun gjennom å bli anerkjent av andre (ibid s.28). Et ideal i anerkjennende kommunikasjon er at den bygger på likeverdig forhold mellom for eksempel voksne og unge. Relasjonen vil da ideelt være preget av et subjekt-subjekt forhold (ibid) noe som igjen innebærer at helsesøstre kommuniserer til unge og at det er *de selv* som er autoriteter i forhold til egne opplevelser.

Et slikt subjekt-subjekt perspektiv i dialogen ligger, slik jeg tolker det, nært opp til det Skjervheim betegner som en treleddet relasjon. En slik relasjon består av meg, den andre og saksforholdet, eller spørsmålene og problemene vi snakker sammen om. Han er opptatt av hvordan vi møter hverandre i samtalen og at en inntar ulike innstillinger til den andre. Deler vi dette saksforholdet med hverandre, der vi tar det den andre sier alvorlig, lar oss engasjere, kommer med vurderinger og tar det den andre formidler opp til ettertanke, er vi deltakere. Først når vi deler saken oppstår en treleddet relasjon, slik jeg tolker Skjervheim, der to subjekter deler saksforholdet (eller objektet) (Skjervheim, 1996, s.71). Vi blir da deltakere som tar ansvar, og ser på oss selv som personer som ser muligheter og har innflytelse i forhold til andre, men også til å ta egne valg. En annen måte å forholde seg til omverden på er å innta en tilskuerholdning. Her deler en ikke saksforholdet, men gjør det den andre sier og gjør, om til saksforholdet.

Følgende erfarte eksempel fra egen praksis i psykiatrien mener jeg kan tydeliggjøre Skjervheims poeng; Det at en person forteller at han blir avlyttet gjennom luftkanalen, tas gjerne ikke alvorlig. Dette kategoriseres gjerne som paranoide tanker, en objektiviserer den andre og gir det en diagnose. Da deler ikke behandler og i dette tilfellet pasienten saken. Vi hører hva den andre sier, men innordner det i en diagnostisk sammenheng og gjør den andre om til et kasus i psykiatrisk forstand. Her forholder vi oss til det den andre sier og gjør som et faktum. Vi blir i hver vår verden, det skjer en objektivisering av den andre og vi får et subjekt-objekt forhold. Ved og objektivisere den andre er det ikke like lett og ta det den andre sier alvorlig. En slik relasjon der vi ikke deler saken, kaller Skjervheim for toleddet. Vi blir tilskuere til eget og andres liv, og det vanskeliggjør en samtale. Skjervheim påpeker at vi ofte både er deltakere og tilskuere på samme tid. Men at det i noen relasjoner er den ene part som i større grad er tilskuer enn den andre. Det er ikke noe enten eller, og dette kan gjøre relasjonene tvetydige. Han trekker inn maktaspektet i relasjonene, der han sier at ved og objektivisere den andre så er det et angrep på den andres frihet, ved at en gjør den andre til en ting i sin verden, slik kan en skaffe seg herredømme over den andre (ibid, s. 75).

Slik jeg forstår det Skjervheim og det han mener ved å innta et deltaker perspektiv, så ligger dette nært opp til idealene i "bottom-up"- strategien hvor en vektlegger egenkontroll og mestring, og vil også inngå i den tidligere presenterte "empowerment" – tankegangen om å legge til rette for å løfte den "svake part" i relasjonen mellom fagfolk og den hjelpetrequende.

4.1. 4 Omsorgsferdigheter i relasjoner

Martinsen sammenfatter omsorgen gjennom 3 kvaliteter. Omsorgen som en sosial relasjon, den praktiske og moralske dimensjonen. Den *sosiale* relasjonen omhandler solidaritet og felleskap med andre og er fundamental i omsorgsarbeidet i følge Martinsen (1991). Hun sier at for å kunne gi omsorg for en som er i en vanskelig situasjon, kreves det at en har en *forståelse* for den andre, noe som en tilegner seg ved å gjøre noe sammen med og for den andre. En må også være i stand til å *anerkjenne* den andre ut ifra hans situasjon og ståsted (Martinsen, 1991 s.71). Omsorgen er først og fremst et relasjonelt begrep, der det overordnede er å vise solidaritet og ta hånd om de svake. Med svake tolker jeg Martinsen dit hen at det er alle som trenger hjelp og støtte. Utgangspunktet for dette, er et menneskesyn der det grunnleggende er vår avhengighet av andre (ibid).

For Martinsen er omsorg det mest grunnleggende og naturlige for menneskets eksistens. En må derfor legge vekt på å skape en relasjon med den som trenger hjelp, hvis ikke går en glipp av viktig kunnskap. Idealet for denne omsorgsrelasjonen er et nært, tillitsfullt og åpent forhold mellom to mennesker (Martinsen, 2005, s.137). Martinsen fremhever den relasjonelle dimensjonen i hvordan omsorg utøves i praksis. Dette kan forstås dit hen at den personlige kompetansen omsorgiveren har er avgjørende. I en yrkessammenheng som helsesøster befinner seg i, innebærer kompetansebegrepet flere aspekter. Foruten den personlige kompetansen må helsesøster også inneha teoretisk og yrkesspesifikk kunnskap for å utøve omsorgen (Skau 2005, s.63). En må inneha observasjonsferdigheter, dialogferdigheter og kunnskap om pasientens fortelling samt en forståelse av omsorgens moral og etikk. En observerer via sine sanseinntrykk. Som det å se, føle, lukte, berøre og ved å snakke med pasienten. Et poeng her er også at en må først observere noe før en definerer hvordan omsorgen skal utføres (Kristoffersen et. al, 2005). Det å skape en god relasjon, ved å vise forståelse og anerkjennelse vil sammen med annen type kompetanse, som nevnt over virke inn på hvordan omsorgen utøves på.

Dialogen

Hvordan dialogen arter seg er viktig for at den som skal hjelpe ”forstår” hele pasienten. Det å spørre for å få et svar, inneholder kimen til et nytt spørsmål, slik kan en danne seg en ny

forståelseshorisont om pasienten (Martinsen, 2005). Hun viser til Kirkegaard når hun sier at hemmeligheten i all hjelpekunst er å finne mennesket, der mennesket er. Noe følgende sitat tydeliggjør:

For i sandhet at kunne hjelpe en Anden, maa jeg forstaae mer end han - men dog vel først og fremmest forstaae det han forstaaer. Naar jeg ikke gjør det, så hjelper min Merforstaaende ham slet ikke (Kirkegaard gjengitt i Martinsen, 2005 s. 40).

Selve forutsetningen for at fagpersonen skal kunne bidra med sine kunnskaper, er at hun erkjenner en gjensidighet i forholdet. Det er nettopp i dialogen en kan møte den andre på en anerkjennende måte slik at dennes erfaringer og meninger får tre frem. Målet er derfor, i følge Martinsen, at en gjennom dialog skal kunne øke den helhetlige forståelse av den andre ved stadig å forstå delene i et nytt lys. Hvilken dialog man fører, behandler og møter andre mennesker sier også noe om hvilket menneskesyn man har. Derfor er det et poeng at man i sin fagutøvelse har et bevisst forhold til eget menneskesyn (ibid). Martinsen peker på at en i all form for kommunikasjon og dialog handler det om å våge seg frem mot den andre. Dette vil alltid innebære en viss risiko. En kan bli imøtekommet, men det motsatte kan også skje at en blir avvist og såret (Martinsen, 2005 s.37). Vi tar altså en sjanse ved å inngå i relasjoner og dialog med andre da vi kan risikere å bli avvist.

Det å være en *lyttende* fagperson har i denne dialogen vært pekt på som sentralt. Lytte er her noe mer enn å oppfatte ordene som motparten kommuniserer. Lytting er å oppfatte hele budskapet både det som blir sagt, men også det som ikke blir sagt (Skau, 2005, s. 87). En slik *lytting* vil da for helsesøstre kunne innebære at de forsøker å få tak i meningen eller intensjonen ut fra den enkeltes ungdoms perspektiv, noe som nettopp forutsetter en bevisst lytting.

I videre forstand handler dialog om å få frem en menneskets fortelling, noe som også er en kilde til kunnskap om pasienten (Bech-Karlsen 1998). For å kunne yte god omsorg er det viktig å sitte inne med den kunnskapen pasientens fortelling forteller oss. I tillegg til faktakunnskapen vi får fra for eksempel en pasientjournal og den teoretiske kunnskapen en forhåpentligvis tilegner seg via utdanningen. Dette kan gi oss et mer helhetlig bilde av pasientens, eller om en vil, ungdommens situasjon. For å få et slikt helhetlig bilde av ungdommens situasjon kan det være interessant å skue til gode eller om en vil ”gylne øyeblikk” i relasjoner. Dette er et begrep som har vært benyttet i relasjoner mellom behandler

og klient for å få frem at noen samhandlingssituasjoner kan fortone seg som viktigere enn andre (Skatvedt, 2008, s.41). Hva slike gygne øyeblikk kan være er kontekstsvhengig, men slik jeg forstår Skatvedt kan ordinære hverdagslig situasjoner som for eksempel en røykepause være eksempler der slike ”gygne øyeblikk” i relasjoner kan oppstå (ibid). Skuer vi i denne sammenheng til Løgstrup (1991) så påpekes det her at ”uansett hvor mange måter kommunikasjonen mellom oss kan arte seg på, så består den alltid i å driste seg frampå for å bli imøtekommet. Det er nerven i den menneskelige kommunikasjonen, og det er det etiske livs grunnfenomen” (Løgstrup 1991 s.39).

Thollin operasjonaliserer, slik jeg forstår det, Kari Martinsens i sine begreper om omsorgsferdigheter og peker i sine studier på to sentrale forhold som praktiske verktøy i møtet mellom fagperson og hjelpetrengende Dette er evnen til *å se*; Det vil si at en god omsorgsiver må se og være åpen og konsentrert om pasienten, samt være opptatt av vedkommendes situasjon. Videre er dette evnen til, *å sanse og tone inn*. Noe som innebærer at en omsorgsarbeid må kunne være åpen for å bruke hele sanseregistret ved å fange inn en stemning, en følelse eller inntrykk hos pasienten (Thollin, 2005).

4.1.5 Tillit og relasjoner

Selv om helsesøster og den unge har ulike perspektiv vil helsesøsters evne til å skape gode omsorgsrelasjoner være viktig. Et utgangspunkt for å bygge gode relasjoner er som nevnt å lytte til og å anerkjenne den andres erfaringer og opplevelser. Dette kan danne et godt grunnlag for å bygge tillitt. Gjensidig tillitt mellom unge og helsepersonell, med fokus på dialog og respekt for hverandre, har da også vært fremhevet som sentrale verktøy for gode relasjoner og brukarmedvirkning (Alm Andreassen 2005, Sosial- og helsedirektoratet, 2006).

Nettopp tillitt fremheves av flere i faglitteraturen som en sentral komponent i relasjoner (Fossestøl 2004; Spurkeland 2005, s.23). For å oppnå tillitt mellom fagfolk og for eksempel en ungdom har evnen til å vise respekt, til å lytte og være ærlighet overfor ungdommen vært påpekt. En slik respekt kan oppnås ved at fagpersonen klarer å sette seg inn i og forstå ungdommens situasjon (Adolfson, 2007). En slik beskrivelse ligger, slik jeg ser det, nært opp til Skjervheims tillitsdefinisjon; ” *tillit er noe du får og ikke kan kreve*” (Skjervheim i Nordahl mfl. 2005, s. 212-213). Med andre ord hvordan vi som fagfolk fremstår, over for eksempel ungdom med problemer, påvirker om relasjonen blir god eller dårlig.

Martinsen påpeker at tilliten er grunnleggende i alle menneskers liv, det handler om å være den andre sin tillit verdig. Tillit kan ikke skapes, det vi kan gjøre er å gjøre oss tilliten fortjent. Det handler om å ta vare på hverandre, anerkjenne og respektere hverandre: ”*vi settes inn i relasjoner og sosiale sammenhenger der erfaringer kan deles. Vi beveges ved å ta del i hverandres erfaringer*” (Martinsen 2005, s. 13). Hun støtter da opp om Løgstrup sitt utgangspunkt som mener er at vi som mennesker møter hverandre med en naturlig tillit (Løgstrup, 1991). Tillit er for Løgstrup en suveren livsytring sammen med bl.a barmhjertighet og medfølelse (ibid). Han sier at: ”*Tilliten er ikke opp til oss. Den er oss gitt*”(Løgstrup, 1991, s.39). En trenger ikke og forklare tilliten sier han, det er mistilliten som trenger en forklaring, det er denne som er lært. Tilliten kan også slå over i mistro, hvis den blir møtt med en hvilken som helst annen holdning enn mottagelse, skriver han. Denne mistroen kan oppstå ved at en blir møtt med likegyldighet eller avvisning i møtet med den annen. Han kommer inn på barn som ikke har lært å reservere seg og viser tillit uten forbehold. Møter de mistillit av omgivelsene, vil dette kunne føre til utrygghet og som han sier vil det kunne få ”skjebnesvangre” konsekvenser for barnet (ibid s.36-41). Martinsen går videre å sier om tillitt og samtale:

Å vise tillit betyr å utlevere seg, våge seg fram for å bli imøtekommet. Tillit er elementært i enhver samtale og i vår holdning til den andre. I samtalen utleverer man seg. Det er en bestemt tone som den som samtaler viser, i forhold til den andre (Martinsen, 2005 s, 143).

Når hun i sitatet fokuserer på en bestemt tone, handler dette ikke bare om innholdet. Men også om *hvordan* man uttrykker seg. Hvordan en opplever å bli møtt og sett, kan få konsekvenser for hvordan relasjonen utvikler seg. Hun bygger mye av sin teori på Løgstrup som fremhever at det ligger en *etisk fordring* i å ta vare på hverandre, vi mennesker er sårbare og forviklet med hverandre. Vi er derfor avhengig av tillit for å kunne leve et godt liv sammen. Han uttrykker seg slik:

Den enkelte har aldri med et annet menneske å gjøre uten å holde noe av dette menneskets liv i sine hender. Det kan være svært lite, en forbigående stemning, en oppstemthet en vekker eller får til å visne, en tristhet som forsterker eller letter. Men det kan også være skremmende mye, slik at det simpelthen er opp til den enkelte om den andre lykkes med sitt liv eller ikke (Løgstrup, 1991, s. 37)

Fordringen hos helsepersonell, slik jeg tolker Løgstrup, er at vi må vise at vi er verdige til å

motta pasientens tillit. Vi stiller med to muligheter, enten tar vi vare på den andre eller så bryter vi tillitsforholdet ved og ikke komme den andre i møte. Da vil mistillit oppstå og grunnlaget for en relasjon opphøre. Dette dreier seg også om i vid forstand hvilken kompetanse den enkelte fagutøver innehar.

4.2 Organisatorisk - og samhandlingskompetanse

Flere perspektiver omkring kompetanse har allerede blitt løftet frem i tilknytning til presentasjonen omkring relasjoner. Jeg vil imidlertid i denne siste delen av kapitlet, på bakgrunn av spørsmål tilknyttet min problemstilling, særlig belyse sider ved organisatorisk - og samhandlingskompetanse.

4.2.1 Betydningen kompetanse

Selve kompetansebegrepet er mangslungent og har vært studert av en rekke forskere (Skau, 2005, s.50, Lai, 2004). En innarbeidet definisjon er, ”Kompetanse er de samlede kunnskaper, ferdigheter, evner og holdninger som gjør det mulig å utføre aktuelle funksjoner og oppgaver i tråd med definerte krav og mål”(Lai 2004 s, 48). Kompetanse i en slik definisjon innebærer at den oppfattes relativt ved at kompetansen til å fylle funksjoner og oppgaver må ses i sammenheng med hvilke krav som stilles til funksjonene og oppgavene som skal løses (ibid). Kompetanse kan derfor oppfattes som et kontekstuel begrep som gir mening ut fra den sammenhengen det står i (Skau, 2005).

Kompetansebegrepet har også blitt delt i *formell kompetanse*, det vil si dokumentert kompetanse, og *realkompetanse* som i denne sammenheng omhandler kunnskap, ferdigheter, evner og holdninger som ikke er dokumentert gjennom utdanningssystem eller sertifisert på annen måte (SNF, 2008). Realkompetanse har vært mer problematisk å definere fordi den ikke kan beskrives i form av klart definerte utdanninger, fag og grader. Dens hensiktsmessighet har gjerne blitt definert i en bestemt lokal kontekst (ibid). Innefor sykepleiefaget har det vært vanlig å skille mellom teori- og praksiskompetanse (Skau, 2005). Disse ulike kompetanseformer som kan betraktes i tre deler bestående av *teoretisk kunnskap*, *yrkesspesifikke ferdigheter* og *personlig kompetanse* (ibid, s.62). Teoretisk kunnskap vil gjerne være fakta- og forskningsbasert kunnskap. Yrkesspesifikke ferdigheter er knyttet til de praktiske ferdighetene gjennom de teknikkene og metodene som hver profesjon har og bruker.

Den personlig kompetanse, som nødvendigvis ikke alle innehar, knyttes til empati, omsorg og ansvar for andre mennesker (ibid).

4.2.2 Kompetanse knyttet til organisasjon og samhandling

Kompetanse begrepet blir gjerne knyttet til enkeltpersoner, som for eksempel helsesøsters kunnskaper og ferdigheter, noe som kan sies å være en individuell forståelse av begrepet (Orvik, 2004). Orvik er imidlertid også opptatt av organisatorisk kompetanse hos sykepleiere. Kompetansebegrepet blir da forstått som noe kollektivt som binder flere fagfolk sammen, som for eksempel helsesøstre, i et arbeidsfelleskap. Dette er en kompetanseforståelse hvor det relasjonelle binder fagpersoner, fagmiljø, avdeling og organisasjon sammen (ibid). Orvik beskriver videre to former for organisatorisk kompetanse, organisasjonskompetanse og organiseringskompetanse. Organisatorisk kompetanse er en refleksiv kompetanse der fokus er å forstå sykepleiens og sykepleierens plass i en organisasjon mens organiseringskompetanse i større grad er en handlingsrettet kompetanse (Orvik, 2004, s 38). På samme måte som klinisk kompetanse og organisatorisk kompetanse kan sies gjensidig å utfylle hverandre mener Orvik at de to nevnte formene for organisatorisk kompetanse både er ulike, men utfyller hverandre. Organisasjonskompetanse utdyper Orvik som organisatorisk håndverk gjennom at sykepleiere som har grep om en slik kompetanse fordeler arbeidsoppgavene i mellom seg på en smidig måte. De hjelper med andre ord hverandre med pasienter og samarbeider om ulike situasjoner (Orvik, 2004, s 41). I tilknytning til organiseringskompetanse, fremheves samhandlingskompetansen. En slik kompetanse knyttes til et forpliktende samarbeid med en norm for handlingene. Det forutsetter at enkeltpersoner er koordinerte for å få flyt i en arbeidsprosess. Samhandling innebærer en gjensidig forståelse og tilpasning mellom egne og andre fagfolks arbeidsoppgaver. Denne samhandlingen baserer seg på tillit, gjensidighet og likeverd samt en fellesforståelse om hva som skal samhandles om (ibid, s 257).

5. Metodisk tilnærming

I dette kapitlet vil jeg presentere mine fremgangsmåter, refleksjoner over bruk av empiri og egen rolle. I tillegg vil jeg ta for meg mine egne valg som er foretatt i arbeidet for å belyse problemstilling og spørsmål. Slike innfallsvinkler kan også beskrives som en metodisk tilnærming, hvor metodebegrepet kan forstås som ”en fremgangsmåte eller et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap” (Aubert i Dalland, 2007, s.81)

5.1 Hermeneutisk fenomenologisk tilnærming

Jeg har valgt en kvalitativ forskningsmetode for å tilnærme meg min problemstilling. Den kvalitative metoden egner seg godt når en skal ta inn over seg subjektive meninger, opplevelser og oppnå en dybdekunnskap som ikke lar seg tallfeste (Thornquist 2003, s.201-205). Med utgangspunkt i studiens problemstilling handler mitt arbeid, slik jeg oppfatter det, om å forsøke å ”sette seg i helsesøstrenes sted”. I tillegg handler det om ta inn over seg arbeidet de erfarer over for unge med psykiske plager i deres egen kontekst. Som forsker vil jeg ikke kunne få tak i hele virkeligheten, da denne er for kompleks. Men jeg kan tilstrebe og favne over så mange sider som mulig av den livsverden en er opptatt av å undersøke (.Et slikt metodisk utgangspunkt kan ses i sammenheng med teorier om menneskelig fortolkninger(hermeneutikk) og erfaringer(fenomenologi). Da en slik hermeneutisk fenomenologisk tilnærmingen legger vekt på enkeltindividets erfaringer og søker å få en dypere forståelse av hva som kommer til syne, var det hensiktsmessig å innta et slikt vitenskapsteoretisk ståsted. Jeg vil i den videre teksten utdype ulike sider ved en hermeneutiske fenomenologiske tilnærmingen.

Hermeneutikken

Hermeneutikken oversettes ofte med fortolkningslære. Opprinnelig var hermeneutikken knyttet til fortolkning av tekster. I hermeneutikken fremheves det å fortolke folks handlinger ved å fokusere på et dypere meningsinnhold enn det som umiddelbart viser seg.

En slik tolkningsprosess beskrives som en hermeneutisk spiral eller sirkel. En pendler mellom deler og helhet i teksten eller materialet, en prosess som åpner for nye fortolkninger av delene og dermed ny forståelse av helheten. Det er dette som er spiralens bevegelser, en kommer stadig frem til nye forståelser, noe som kan gi grunnlag for en dypere innsikt i det vi ønsker å forstå (Thornquist, 2003, s.140-141). Sentralt i hermeneutikken er at den som gjør fortolkninger gjør det utifra sine forutsetninger eller sin forforståelse. Det er vår forforståelse

som gjør det mulig å forstå noe, det er de ”brillene” vi har på når vi går inn og tolker noe. Vi forstår alltid noe ut fra noe (ibid).

I en hermeneutisk forståelse legges det vekt på at det ikke finnes en sannhet, men at fenomenene kan tolkes på ulike nivåer, utifra vår forforståelse (Thagaard, 2009, s.39).

Tolkningen av teksten forutsetter at en er i dialog med teksten, der en stiller spørsmål om det som står i materialet. Da kan nye horisonter åpne seg. Geertz ’fremhevet at det er et mål å presentere en ”tykk” beskrivelse. Forskereren tolker her utover det som blir formidlet. En tolker også det som ligger mellom linjene, hva informanten kan ha ment, hvordan de selv fortolker dette og den fortolkningen forskeren selv har (Geertz i Thagaard, 2009,s.191).

I mitt studie har det hele tiden foregått en slik hermeneutisk prosess, ved stadig å gå tilbake til teksten, har jeg fått en ny forståelse av det helsesøstrene erfarte. Jeg har hele tiden søkt ny teoretisk kunnskap for å forstå og tolke min empiri i nytt lys.

Fenomenologien

Fenomenologien søker å oppnå en dypere mening i enkeltpersoner erfaringer og opplevelser ved å ta utgangspunkt i den subjektive opplevelsen. Det sentrale er å forstå fenomenene ut i fra de enkeltes perspektiv, og å beskrive omverden slik det oppfattes av dem (Thagaard, 2009) I fenomenologien rettes oppmerksomheten mot verden slik som det erfares eller oppleves av personen selv. Den handler om det som kommer til syne og viser seg (Thornquist 2003, s.83-84). Fenomenene jeg forsøker å forstå og få kunnskap om knytter seg til helsesøstrenes opplevde ”arbeidsverden” omkring unge med psykiske plager.

5.2 Intervju som fremgangsmåte

Som utgangspunkt for datainnsamlingen omkring helsesøstrenes erfaringer har jeg valgt å benytte meg av det kvalitative forskningsintervju. Kvale benytter begrepet ”halvstrukturert livsverden intervju”, om det kvalitative forskningsintervjuet. Han definerer dette som: ” *et intervju som har som mål å innhente beskrivelser av den intervjuedes livsverden, med henblikk på fortolkning av de beskrevne fenomenene*”(Kvale 2001, s.21). Det kvalitative forskningsintervjuet er basert på en samtale med et faglig innhold. Kvale peker på at et forskningsintervju baseres seg på en hverdagslig samtale, men er samtidig en faglig konversasjon. Slike intervju kan åpne for ny innsikt både for den intervjuede selv og for forskeren, ved at informanten selv får satt ord på sine erfaringer og opplevelser (ibid).

I intervjusituasjonene er det forskeren som styrer dialogen og definerer temaet, og det blir derfor ikke en samtale mellom likeverdige deltakere. Forskerens oppgave er å få frem informasjon som belyser de temaene som er bakgrunnen for studiet (Kvale 2001,s.21-23). Dette maktaspektet er viktig å reflektere over da dette kan gi seg utslag i for eksempel utrygghet hos informanten. Noe som igjen vil kunne ha konsekvenser for hva slags informasjon man får.

Forskningsintervjuet kan ha ulike grader av strukturering. I dette studiet har jeg valgt et semistrukturert intervju, der jeg benyttet meg av en intervjuguide. I guiden hadde jeg på forhånd valgt noen fastlagte tema knyttet til min problemstilling (se vedlegg intervjuguide). Selv om temaene var fastlagt på forhånd, ga intervjuguiden rom for fleksibilitet, samtidig som samtalen hadde et bestemt fokus. Det har vært påpekt at rekkefølgen på temaer i intervjuguiden kan endres underveis og dette åpner opp for at informantene kan ta opp temaer som ikke var fastlagt på forhånd (Thagaard, 2009,s.89). Da det nettopp var helsesøstrenes erfaringer av egen "livsverden" jeg ønsket å få frem, er det et nettopp et poeng at ikke strukturen på intervjuene var for styrende, slik det for eksempel kunne ha blitt ved å velge et mer fast spørreskjema.

Utarbeidelsen av guiden har foregått over tid og har både blitt formet gjennom litteratur jeg har tilegnet om tematikken, men også gjennom erfaringer knyttet til prosjektoppgaver tidligere i mitt mastergradsstudie.

5.3 Forforståelse

Min egen forforståelse, vil også kunne påvirke intervjusituasjonen med helsesøstrene. Den vil også kunne inngå når jeg leser igjennom og fortolker teksten etter at den var skrevet ned. Forforståelsen kan forstås som våre samlede oppfatninger, erfaringer og forventninger (Thornquist 2003, s143). Forforståelsen er noe vi har med oss inn i forskerprosessen, dette er tidligere omtalt som en viktig forutsetning i den hermeneutiske spiralen. Det innebærer altså at vi har med oss våre erfaringer, hypoteser, faglige perspektiv og teoretiske referanserammer inn i hele denne prosessen. I følge Gadamer er slike forforståelser helt avgjørende for hva vi forstår. Vi tolker ut ifra tidligere oppfatninger og erfaringer. Ens forforståelse vil alltid være tilstede (ibid, s.169). Vår forforståelse vil derfor påvirke forskerprosessen og en bør være

oppmerksom på sin egen forforståelse, og hvordan forskeren påvirker prosessen (Kvale,2001).

For egen del, og som nevnt innledningsvis, er ikke mitt valgte tema og problemstilling for masteroppgaven tilfeldig. Min interesse omkring tematikken psykisk helse hos unge har utviklet seg over svært mange år hos meg, og ifra ulike innfallsvinkler. Min oppvekst i en familie som nok var over gjennomsnittet interessert i barn og unges psykiske helse har nok preget mine senere interessefelt og som fagperson. Dette kan være et hinder ved at jeg kan overse ulike forhold i mine studier, men på en annens side vil en forsker som er godt kjent med en problematikk også lettere kunne forstå og sette seg inn i informanters erfaringer (Paulgaard, 1997).

Forskningsresultatene vil nødvendigvis bli påvirket av forskerens perspektiv. Det har derfor vært viktig for meg å vurdere bl.a. hva slags rolle jeg inntok. I denne sammenheng har jeg vært forsker, men helsesøstre og jeg har felles faglig bakgrunn. I tillegg kan det være verdt å nevne at kommunen som jeg har valgt er relativt liten. Vi kjente til hverandre, men jeg hadde ingen nære relasjoner til informantene. Denne kjennskapen til hverandre innebar at jeg ved minst en anledning under intervjusituasjonen tok meg i å prate om mer private forhold enn det som egentlig var tema for intervjuet. Når jeg ble klar over dette under intervjuet fikk jeg relativt raskt penset samtalen inn på tematikken for intervjuet. Et annet perspektiv på en slik nærhet til intervjuobjektene er at folk en kjenner kanskje kan fortelle om forhold for å ”være greie” med meg, eller hvis vi hadde en dårlig relasjon fra før, ”holde igjen” under samtalen. Paulgård skriver om at faren for feiltolkninger er størst hos den som er fremmed (1997). Det har riktignok ikke vært min arbeidsplass jeg har studert, men allikevel vil jeg inkludere helsesøstrenes arbeid som en del av ”mitt felt”, der jeg og informantene har felles yrkesbakgrunn, språket og terminologien er kjent. Dette har medført at jeg har måttet være ekstra bevisst på problemstillinger rundt bl.a. nærhet og distanse, felles språk og kultur i tillegg til rolleavklaring.

Vår forforståelse og måte å betrakte omgivelsene på vil også ha betydning for hva vi ser og hvordan vi fortolker de fenomener vi studerer (Thagaard 2009, s 30). Jeg som forsker bidrar på denne måten til å konstruere data. Dette skjer når jeg i felten reflekter underveis over hvordan materialet jeg samler inn kan fortolkes. Derfor vil tolkning og analyse, som jeg senere vil utdype, gripe inn i hverandre gjennom hele forskningsprosessen (ibid).

Et ideal er at jeg som forsker kan skape en bro mellom de ulike horisontene slik at det etableres en *hermeneutisk sirkel*. Ut i fra denne tankegangen vil en da kunne forstå informantene ut fra ens egen situasjon. En modifierer samtidig oppfatningen av egen situasjon ut fra tolkningen av hva informanten sier eller gjør. Slik kan en komme til ny erkjennelse eller ny kunnskap. . ” *Vi forstår delene ut fra helheten og helheten ut fra delene*”, skriver Thornquist (2003, s.142). I en hermeneutisk forståelse vil meningstolkningen være det sentrale (Kvale 2001, s. 40). Dette er noe jeg har forsøkt å etterstrebe under hele forskningsprosessen.

Overført til mitt eget arbeid under intervjusituasjonen der en helsesøster og jeg som forsker hadde ulik tilnærming til *normalitet hos unge*, være et talende eksempel. Her forsøkte jeg å lytte til og tolke det helsesøsteren fortalte om temaet. Jeg responderte med å si noe om min egen forståelse av normalitetsbegrepet, og jeg opplevde videre en slags ”ping-pong” bevegelse i samtalen der normalitet hos unge var ”ballen” gjennom at begge kom med ulike perspektiver på hvordan vi oppfattet dette fenomenet. Noe som skapte ny innsikt hos meg, og trolig også hos helsesøsteren jeg intervjuet. Ut i fra slike og andre erfaringer ble jeg mer bevisst kvaliteter som evnen til å lytte, være åpen og forsøke å få tillitt som forsker i slike intervjusituasjoner. Jeg har tilstrebet å få til et samspill mellom meg og de helsesøstre jeg har intervjuet, dette har hatt betydning for å komme frem til en tilnærmet felles forståelse av temaene eller fenomenene som har vært gjennomgått (Kvale, 2001)

5.4 Forskningsetiske betraktninger og retningslinjer

En intervjuundersøkelse har også moralske og etiske aspekter (Kvale, 2001). Dette både ut ifra at en kan påvirke den intervjuede, det kan dukke opp sensitive opplysninger og vi som forskere får en kunnskap om andre som ikke må misbrukes. Etiske standarder gjennom bruk av for eksempel etisk protokoll i forkant av studier der en skisserer ulike etiske problem som kan oppstå i arbeidet har vært foreslått komme slike dilemma i møte (ibid s 66).

Fra egne intervjusituasjoner har slike etiske utfordringer blitt tema når for eksempel en helsesøster i etterkant av intervjuet syntes at hun hadde ”tatt for hardt i” sin beskrivelse av den kommunale ledelsen og andre samarbeidspartnere. Hun sto inne for sine uttalelser, men ønsket ikke at de skulle komme ut. Dette er synspunkter fra helsesøsteren som det selvsagt er viktig for meg å ta hensyn til. Kvale påpeker i denne sammenheng: ”*det er et motsetningsforhold mellom det etiske behovet for konfidensialitet og forskningens*

grunnprinsipper.” For å få frem dette motsetningsforholdet viser Kvale til Smith som stiller spørsmål om hvordan andre forskere kan kontrollere resultatene hvis ingen vet hvem som deltok og når studien fant sted ”(ibid s.69).

I mitt tilfelle har jeg som et utgangspunkt for intervjuene informert om forskningsoppleggets overordnede mål, problemstillinger og hensikt. Dette er gjort både skriftlig og muntlig, og samtlige skrev under på samtykkeerklæringen. Jeg har også, skriftlig og muntlig, informert om at de intervjuede har hatt mulighet til å trekke seg mens studiet pågår og at intervjuene ville bli anonymisert³, slik at taushetsplikten overholdes. Tydelig informasjon har vært en måte å ta vare på respondentens valgfrihet. Et annet poeng har vært at informantene skal få tilgang på resultatene av mitt mastergradsarbeid. De data jeg har samlet inn gjennom intervjuene har blitt tatt opp på bånd (hardisk opptaker), og vil slettes umiddelbart etter prosjektets slutt. Båndene har vært forsvarlig innelåst under hele prosessen. Dette er i tråd med de etiske kravene Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste (NSD) stiller til et forskningsprosjekt. Prosjektet mitt ble vurdert og godkjent av NSD august 2009.

5.5 Utvalg av helsesøstre

Et spørsmål som tidlig aktualiserte seg i min arbeidsprosess var, hvem og *hvor mange* helsesøstre som jeg burde ta kontakt med. Dette spørsmålet reflekterte jeg en del tid på, blant annet vurderte jeg en stund å intervju helsesøstre fra ulike kommuner. Videre vurderte jeg også å intervju både ledere til helsesøstre, og også ungdom som helsesøstre arbeidet med. Gjennom både dialog med veileder, konkretisering av min problemstilling og ikke minst vurdering av tidsrammene for min studie, bestemte jeg meg for at fire informanter ville kunne gi meg tilstrekkelig med data for å få belyst min problemstilling. Da det i kvalitativ forskning fokuseres på å få en dybde og bredde av materialet, bør ikke utvalgets størrelse være for stort. Det er vanskelig å fastslå hvor mange informanter som må til for at en skal få fyldige og tilstrekkelig informasjon om det en ønsker og undersøke. Thagaard skriver at utvalget må vurderes i forhold til et ”metningspunkt”. Med dette menes at antall informanter er mange nok hvis en har fått tilstrekkelig informasjon om de temaene en ønsker og studere (Thagaard, 2009,s.59-60). I ettertid vil jeg si at det mine informanter delte av informasjon til meg under intervjuene var tilstrekkelig, og at jeg hadde nådd et ”metningspunkt” for å få besvart min

³ Skriftlig informasjonsskriv vedlegges bak i masteroppgaven

problemstilling.

Videre kom jeg frem til jeg ønsket å konsentrere meg om en kommune, der disse fire er ansatt. Dette var både praktisk for meg, men også interessant faglig for å få en bredere bakgrunn med flere sett erfaringer omkring unge med psykiske plager blant helsesøstre i samme kommune. I forkant av dette utvalget kontaktet jeg deres nærmeste leder med spørsmål om å få tilgang på informanter. Via lederen fikk jeg navn og telefonnummer til de som ønsket å delta og som jeg kontaktet for å avtale sted og tidspunkt for intervjuene. Dette kan betegnes et *strategisk utvalg*. Med strategisk utvalg menes at man gjør et utvalg av informanter som både kan og vil uttale seg om emner forskeren er interessert i (Kvale 2001). Jeg ønsket å intervjuer helsesøstre med erfaring fra skolehelsetjenesten og med god kjennskap til kommunen. I tillegg kan nevnes at det har vært et poeng for meg at informantene har hatt erfaring med å arbeide med unges psykiske helse.

For å gi en nærhet til helsesøstrenes fortellinger, men også for å anonymisere de, har jeg valgt å gi dem de fiktive navnene; Kari, Eva, Lise og Anne. Alle informantene i mitt materiale har relativt lang erfaring som helsesøstere, fra to til over 20 år. Den med minst erfaring som helsesøster hadde arbeidet som sykepleier i flere år tidligere. Helsesøstrene er knyttet til skolehelsetjenesten for barn, ungdom- og videregående skole. I tillegg også helsestasjon for ungdom og helsestasjonen for barn. Tre av informantene hadde vært tilknyttet faste skoler over tid. En av informantene har vært vikar på flere skoler over kortere tid. Dette forholdet trekkes frem fordi kjennskap til skolen, lærerne og elevene kan ha betydning for helsesøstrenes erfaringsgrunnlag.

Alle mine intervjuede helsesøstre har i tillegg utvidet sin formelle kompetanse i form av ulike videreutdanninger. Dette er utdanninger som: rusforebygging, kognitiv terapi, spiseforstyrrelser, kropp og selvfølelse, videreutdanningen i helsefremmende og forebyggende arbeid med barn og unge og ART (Agression Replacement Training), en utdanning som handler om trening av sosial kompetanse. Alle har med andre ord utdanninger som kan relateres til psykisk helsearbeid. Dette sier noe om at informantene som sa seg villige til å bli intervjuet også var opptatt av psykisk helse. Dette poenget nevnes da det kan ha betydning for hva som kommer frem i empirien. Andre helsesøstre med et annet fokus på for eksempel småbarnskontroller kunne gitt meg en annen empiri.

5.6 Gjennomføring av intervjuene

Forberedelsene til intervjuene av de fire helsesøstre besto i å klargjøre intervjuguiden som besto av tre hovedtema og noen underspørsmål knyttet til arbeid med unges psykiske helse. Videre hadde jeg utformet en samtykkeerklæring som alle mottok i forkant av intervjuene.⁴ Jeg informerte om de etiske aspektene og de forhold som er omtalt i punkt 5.4. Rammene for selve intervjusituasjonen ble avtalt med hver av de fire. Der jeg skisserte forventet tidsbruk og samtidig formidlet at de selv kunne velge tid og sted for å føle seg mest mulig komfortable under intervjuene. Tre av helsesøstre ønsket å bli intervjuet på sitt arbeidssted. Den fjerde valgte å komme til et møterom på min arbeidsplass.

Selve intervjuet av alle fire helsesøstre ble som nevnt tatt opp på ”bånd” (hardiskopptaker) som ble plassert mellom meg og informanten. Noe de alle samtykket i. Ved å ta i bruk en opptaker får forskeren bedre anledning til å rette oppmerksomheten mot den som blir intervjuet, observere signaler og stille relevante spørsmål (Thagaard, 2009,s.102). Det å etablere en tillitsvekkende intervjusituasjon er viktig for ikke å skape avstand til informanten (Thagaard, 2009,s.104). Jeg startet alle intervjuene med å stille spørsmål om deres yrkesbakgrunn. Hensikten var å påvirke en situasjon som kunne oppfattes som utrygg ved at de først fikk anledning til å fortelle om mer nøytrale ting. De var alle engasjerte og ivrige etter å fortelle om sine erfaringer rundt psykisk helse. Intervjuguiden ble ikke slavisk fulgt gjennom mine intervju, men var nettopp en guide for meg der samtalen mellom meg og helsesøstre kunne gå frem og tilbake mellom de ulike tema. Den var også var også nyttig som en rettesnor. Jeg har flere eksempler på dette fra intervjusituasjonene, der den ene digresjonen tok den andre og samtalen våre kunne da dreie seg om helt andre tema enn psykiske plager hos unge. Under slike situasjoner ble den nevnte intervjuguiden et hjelpemiddel for både helsesøstre og for meg som intervjuer å rette fokus tilbake til temaene for studiet.

Å ha et bevisst forhold til intervjusituasjonen som intervjuene har foregått i har vært viktig. Jeg har merket meg at konteksten intervjuene foregår har hatt betydning. Eksempelvis har det vært forskjell på om jeg gjennomførte intervjuene på arbeidsplassen hos helsesøstre eller på

⁴ Samtykke erklæring ligger vedlagt

min arbeidsplass. I førstnevnte kunne vi riktig nok bli avbrutt av andre på arbeidsplassen, men jeg hadde samtidig et inntrykk av at helsesøstrene slappet bedre av her. Intervjuet jeg gjennomførte på mitt eget kontor hadde derimot en annen atmosfære. Kanskje helsesøsteren opplevde seg mer utrygg på "bortebane". Slike erfaringer fra feltarbeidet viser at både den fysiske og sosiale konteksten vil kunne påvirke intervjusituasjonen.

Lengden på intervjuene var i utgangspunktet avtalt til å vare ca en til en og en halv time, men alle fire viste seg å ta lengre tid. Dette både fordi helsesøstrene ønsket å bruke mer tid på å få frem sine erfaringer og jeg tilkjennega at jeg syntes det de sa var av interesse. Det at jeg kom med oppfølgingsspørsmål som for eksempel; kan du utdype dette? bidro også til at intervjuene tok lenger tid enn planlagt.

Et forskningsintervju kan beskrives som en mellommenneskelig situasjon hvor partene samtaler om et tema av felles interesse (Kvale, 2001, s.73). Siden jeg som forsker bruker meg selv som et middel i intervjusituasjonen for å få frem informasjon, vil relasjonen mellom oss være av betydning for det materialet jeg som forsker får tilgang på. Min evne til å skape nærhet, og å være sensitiv i intervjusituasjonen vil derfor virke inn på interaksjonen mellom oss og på de dataene enn får frem. Dette er noe jeg forsøkte å legge vekt på i intervjusituasjonen. Jfr. Thagaard (2009,s.13). Andre grunner for at intervjuene strakk ut i tid var at vi i noen tilfeller ble avbrutt av andre henvendelser som helsesøstrene måtte ta seg av der og da. På slutten av hvert intervju forsøkte jeg så godt som mulig å oppsummere hva vi hadde snakket om, og videre ga jeg rom for om helsesøstrene ønsket å tilføye noe, samt komme med egne opplevelser av intervjusituasjonen. En slik "sluttrunde" har blitt betegnet som debrifing i etterkant av intervjuet for å imøtekomme en mulig engstelse eller tomhetsfølelse hos den intervjuede (ibid).

Umiddelbart etter hver av de fire intervjuene noterte jeg ned mine inntrykk av hvert enkelt intervju i en egen loggbok. Inntrykkene skrev jeg ned etter innfallsmetoden. Dette gjorde jeg for å fange opp mine ferske inntrykk av helsesøstrenes erfaringer og stemningen jeg hadde enst i intervjuene.

5.7 Analyse, tolkning og eksplorerende design

Analysemetoden bestemmes på bakgrunn av hva som er best egnet ut ifra intervjumaterialets natur (Kvale 2001,s, 21). I min analyse av det kvalitative intervjuet, har jeg latt meg inspirere av Kvale og Thagaard. Et slikt utgangspunkt ligger, slik jeg forstår det, nært opp til det Kvale omtaler som en ad.hoc. analyse (Kvale, 2001).

Som allerede antydnet, startet min analyse allerede under intervjuene med helsesøstre. Dette skjedde blant annet gjennom at jeg under intervjuene kunne fatte interesse for ulike forhold helsesøstre brakte på bane. For eksempel kunne jeg be en utdype et spesielt møte med en ungdom og da få fyldigere informasjon rundt noe jeg mente var viktig der og da. Kvale betegner dette som å følge ulike dimensjoner som fremkommer i et svar. Noe som igjen krever kjennskap og interesse om tematikken fra intervjuer (Kvale, 2001, s 79). Dette harmonerer også med Kvales poeng når han sier at analyseprosessen starter allerede i intervjusituasjonen, der deltakeren oppdager nye forhold i intervjuet, dette er det første trinnet i analysen.

Et neste steg for meg var å transkribere mine data som var tatt opp på bånd, noe som innebar en overføring til tekst. Hvert intervju ble transkribert i etterkant av gjennomføringen av intervjuene. Disse er skrevet ordrett ned så langt det har latt seg gjøre. Nå vil det talte ord og tekst kunne fortone seg forskjellig, men jeg har forsøkt å være tro mot helsesøstrenes egne meninger når deres tale har blitt det skrevne ord. Dette kan også bidra til å styrke oppgavens troverdighet overfor leseren. Her støtter jeg meg igjen til Kvale som viser til at når det talte ord konverteres til tekst er dette en strukturering av intervjuinnholdet og et steg på analyseveien (Kvale, 2001, s105). I tillegg til mine transkriberte intervjuer har jeg også hatt bruk for min nevnte loggbok. Disse notatene viste seg å komme til nytte fordi jeg her skrev ned ”underveis – refleksjoner” som ble viktig for meg i de senere tolkingningene av tekstene.

Jeg leste igjennom intervjuene flere ganger og merket meg for hver gjennomlesning hva jeg oppfattet som vesentlig, og hva som ikke var av så stor betydning. Kvale kaller dette stadiet for en klargjøring av materialet, der en eliminerer overflødig tekst(Kvale 2001,s.122). Dette stadiet er en ytterligere strukturering av teksten. Deretter sammenfattet jeg teksten, der jeg fremhevet det jeg oppfattet som var essensielt i materialet (Thagaard,2009). Dette ble gjort av hvert intervju og representerte hver for seg en analyseenhet. Ut ifra dette ble det lettere å

trekke ut de naturlige meningsbærende enhetene, identifisere og kode dem etter de kategoriene eller temaene de tilhørte. En slik måte å analysere på, innebærer en reduksjon og en forkortelse av informantens uttalelser til kortere formuleringer (Kvale,2001).

Videre fant jeg det hensiktsmessig å lage underkategorier og tema, da nye forhold viste betydningsfulle seg under analysearbeidet. Disse underkategoriene ble påvirket av de ulike erfaringer helsesøstrene mente var viktig å få fortalt meg når et bestemt tema ble brakt på banen. Denne kategoriseringen fikk empirinære overskrifter i mitt arbeid. Svakheter ved en slik fremgangsmåte, der empirien min er kategorisert etter temaene i min intervjuguide, kan være at noe av det helsesøstrenes erfaringer ikke fanges opp, med andre ord at erfaringer de hadde som ikke direkte kunne knyttes til temaene i intervjuguiden ble oversett. Jeg har likevel forsøkt å være bevisst slike forhold under prosessen.

En slik komprimering av innholdet ble en måte å tematisere helsesøstrenes erfaringer på. Thagaard kaller presentasjoner av det innsamlede materialet der temaene er i fokus for en temasentrert tilnærming. En slik temasentrert tilnærming innebærer, slik jeg forstår Thagaard, å sammenligne informasjon fra de ulike informantene, og deretter gå i dybden på de enkelte temaene som utpeker seg i materialet (Thagaard 2009, s, 171). Et hovedproblem med temasentrerte presentasjoner av datamaterialet kan likevel være, i følge Thagaard, at det kan bli vanskelig å oppnå en helhetlig forståelse da de enkelte temaene løsrives. Dette har jeg imidlertid forsøkt å motvirke ved å inkludere sammenhengene mellom temaene i analysen.

Den siste del av analysen var knyttet til at jeg satte sammen intervjuene i mer sammenhengende tekst til hver av mine valgte hovedkategorier. Hver av disse tre tekstene ble så drøftet opp mot teoretiske perspektiv. De ulike teoriene jeg har benyttet meg av har jeg både tilegnet meg i forkant og underveis av mitt arbeid med mastergradoppgaven.

Ut i fra mine mange underveisrefleksjoner, valg underveis i arbeidsprosessen kan hele min kvalitative tilnærming, analyse av data og tolkninger sies å ha foregått i det som kan betegnes som en sammenhengende bevegelse (Dalland, 2000, s 153-154). Når vi analyserer et intervju, bør vi i følge Thagaard, gjøre som jeg har beskrevet over, foreta en oppdeling i mindre deler, for å få tak i de enkelte sidene ved det intervjupersonen har sagt. Tolkningen som så finner sted handler om å forklare innholdet eller betydningen av noe. Analyse og tolkning vil derfor

være tett sammenvevd. Det er i følge Thagaard, ikke hensiktsmessig å skille ut analysen som egen fase i arbeidet (Thagaard 2009).

En slik fleksibilitet som jeg har beskrevet ved kvalitative forskningsmetoder, innebærer ifølge Thagaard, at man kan arbeide med ulike deler av forskningsprosessen samtidig slik at det blir et gjensidig påvirkningsforhold mellom utforming av problemstilling, datainnsamling og fortolkning. Dette er forhold som vitner om min egen prosess. Wadel beskriver fleksibiliteten i kvalitative forskningsopplegg som en runddans mellom teori, metode og data (Wadel i Thagaard, 2009s.149). Denne fleksibiliteten er beskrivende for mitt analysearbeidet, da jeg stadig måtte gå tilbake til empirien for å sjekke at mine fortolkninger var rimelige og troverdige.

Denne fleksibiliteten harmonerer i liten grad med et kvantitative forskningsdesign, der man ofte følger en på forhånd fastlagt fremgangsmåte og de enkelte aspektene av forskningsprosessen følger etter hverandre i tid. Her er det for eksempel vanlig at man avslutter datainnsamlingen før man begynner på analysen. Wadels nevnte runddans kan gi seg flere uttrykk. Hvis man for eksempel underveis i datainnsamlingen finner andre data enn forventet, har man mulighet til å endre problemstilling slik at den blir bedre tilpasset datamaterialet. Dette vil igjen kunne få konsekvenser for teorivalg og analyse. Dette var noe jeg selv erfarte og det ble en "rundans" hvor jeg justerte og konkretiserte problemstillingen fra først å ha fokus på erfaringer med; psykiske lidelser, via psykososiale problemer til endelig å omhandle psykiske plager hos unge, etter hvert som nye momenter trådte frem i mitt arbeid med empirien.

Ser vi hele min forskningsprosess under ett tolker jeg det dit hen at jeg har hatt et eksplorerende design på mitt studie (Forskningsetiske komiteer 2010). Noe jeg begrunner i de nevnte veivalg jeg har tatt underveis i prosjektet etter hvert som jeg har lært mer om tematikken. Fleksibiliteten som jeg har gjort bruk av, og som harmonerer med et eksplorerende design, har medført justeringer av problemstilling og utvalgsstrategi underveis.

5.8 Studiens troverdighet, bekreftbarhet og overførbarhet

I en kvalitativ studie som min er det et poeng å behandle og presentere data systematisk og ærlig. Dette har jeg allerede i diskutert og reflektert over i dette kapitlet blant annet gjennom å beskrive under hvilke forutsetninger datainnsamlingen har foregått under og vist hvordan jeg er kommet frem til tolkningen og resultatene. Avslutningsvis i denne metoddelen vil det likevel være et poeng å utdype spørsmålet om gyldighet (validitet), og under hvilke betingelser og hva er dette gyldig om. Malterud (2005) bruker intern validitet knyttet til spørsmål om hva forskeren egentlig har funnet ut noe om. Om hvilken overførbarhet funnene har, utover den sammenhengen studiet er gjennomført i, brukes begrepet ekstern validitet (ibid).

I den kvalitative tilnærmingen jeg har benyttet er det imidlertid mer hensiktsmessig å benytte begrep som troverdighet, bekreftbarhet og overførbarhet (Thagaard 2009). Troverdighet sier noe om forskningen utføres på en tillitsvekkende måte. Bekreftbarhet knyttes til kvaliteten av egen kritisk tolkningen av materialet, og om den forståelsen det enkelte prosjekt fører til, støttes av annen forskning. Overførbarhet har referanse til at tolkninger som er basert på en enkelt undersøkelse, også kan gjelde i andre sammenhenger (Thagaard, 2009, s.21).

Spørsmål rundt min studies troverdighet har jeg allerede reflektert over tidligere i dette kapitlet, mens overførbarheten har jeg ikke berørt. Slik jeg ser det vil noen av mine funn kunne være overførbare også til andre helsesøsterpraksiser i andre kommuner. Eksempelvis vil funn omkring det helsesøstrene vektlegger i møte med unge med psykiske plager og funn som relateres til ulike samarbeidsformer med andre yrkesgrupper, være verdifulle funn en kan overføre til andre praksiser.

6. Helsesøstres erfaringer med og håndtering av unge med psykiske plager – en empirigjennomgang.

I dette kapitlet vil jeg presentere utvalgt empiri basert på helsesøstrenes fortellinger omkring erfaringer med og håndtering av unge med psykiske plager. Målet er å synliggjøre bredden av de ulike erfaringene helsesøstrene har i arbeidet som gjøres overfor ungdom. Det har derfor vært hensiktsmessig å systematisere empirigjennomgangen i følgende tre deler.

- Helsesøstres erfaringer i møte med unge
- Helsesøstres erfaringer omkring samhandling med andre yrkesgrupper.
- Helsesøstres erfaringer om å ha kompetanse og muligheter til møte nye krav.

Inndelingen har sin bakgrunn i mine tre innledende spørsmål som dataene fra helsesøstrene er kategorisert etter. Under hver av disse tre delene har jeg valgt å presentere undertema gjennom å bruke empirinære utsagn som overskrifter for disse. Etter hver av de tre delene følger en drøftingsdel hvor jeg gjennom sammenfatninger av empirien forsøker å tydeliggjøre helsesøstrenes erfaringer i lys av teoretiske perspektiv og refleksjoner.

6.1 Helsesøstres erfaringer i møte med unge.

I denne delen av empirigjennomgangen vil erfaringer knyttet til selve møtesituasjonene mellom helsesøstrene og ungdom bli gjennomgått. Som vi vil se av den følgende presentasjonen benytter helsesøstrene ulike strategier for å komme i posisjon til ungdommen. I intervjuene forteller de om hva de legger vekt på i sitt arbeid. Tilgjengelighet, tilstedeværelse samt tillitsbygging er områder de kommer inn på.

I tillegg viser helsesøstrene interesse for å fortelle om hva de ser, observerer og vurderer i møtene med ungdommene. Videre trekker helsesøstrene frem forhold knyttet til ulike psykiske plager, normalitet og ressurser hos unge. Jeg vil i den videre presentasjonen vise sentrale vektlegginger og utdrag av hvordan helsesøstrene reflekterer over disse temaene.

6.1.1 Tilgjengelighet er viktig

Det å være tilgjengelig for ungdommen ser helsesøstrene på som betydningsfullt. De forteller om ulike former for tilgjengelighet. Både det å være lett å få tak i, men også det å være

tilstede og lytte til det ungdommene selv mener er viktig. For eksempel mener Eva at det å ha faste dager på skolen er et poeng, hun forteller: *”De vet når vi er der, mange spør etter oss,(...) lærer setter opp samtaler hvis de ser noe, av og til er det populært å gå til helsesøster”*. Det har vært viktig for helsesøstrene å få frem at slik tjenesten nå drives så er de mer tilgjengelig. De gjør seg også tilgjengelige ved at de er tilstede i klasserommene og rundt om på skolene, der møter de alle elevene. Anne uttrykte følgende når hun forteller om hvordan hun prøver å komme i posisjon over for ungdom: *”Jeg går mye rundt og er synlig, det øker tilgjengeligheten. Her er jeg en av dem. Er med (lærere) på teammøtene(...)”*.

Helsesøstrene forteller også at de er tilgjengelige utenom disse tidene. De er tilgjengelige utenfor den oppsatte tiden på skolene ved å formidle til ungdommen at de kan nås både på e-post og mobiltelefoner. Helsesøstrene har alle en mobiltelefon i tillegg en jobbtelefon de kan nås på, for eksempel i arbeidet over for unge med ulike psykiske plager. Eva uttrykker seg slik i denne sammenheng:

Tilgjengelighet er viktig, det å jobbe med ungdom uten mobiltelefon går ikke an, vi sender så mye på mobil og får tilbakemeldinger (...) dagens e-post system gjør det jo også lettere.

Anne har også erfaringer med aktiv bruk av mobiltelefon, hun forteller at: *”Jeg har ikke eget kontor ved barneskolen, men har kontor rett i nærheten, mobiltelefon har økt tilgjengelighet (min), ungdom bruker sms.”* Lise bringer inn et poeng anonymitet ved bruk av mobiltelefon, hun sier:

Jeg slipper å gi beskjeder via lærerne, det blir en helt annen anonymitet, alle visste hva det handlet om hvis elevene fikk lapper enten fra meg eller av lærerne. At det handlet om kontakt fra skolehelsetjenesten, anonymisering, for mange er det dét. Noen bryr seg ikke, og for andre er det helt vesentlig.

Selv om helsesøstrene ønsket å være tilgjengelige, var det også noen ungdommer de ikke kom i posisjon til. Eva forteller om disse: *”Mange finner ikke veien til denne døren og jeg vet at mange har det trasig gjennom hele oppveksten. Ikke alltid en lykkelig slutt.”* På mitt spørsmål til Eva om hun ville gjort noe annerledes i slike situasjoner forteller hun videre:

(...)Vet at en ikke kommer noen vei med enkelte, treffer de i byen og ser at disse barna ikke har det bra. Håper at de i alle fall har fått noen glimt. Håper at noen i ettertid skal kunne si at noen var der en gang, selv om de ikke har det bra. Kanskje det lille kan få de til å ta kontakt senere en gang.

Eva blir ettertenksom når hun snakker videre om de unge som hun ikke fikk god nok kontakt med, og som senere utviklet større psykiske vansker. Hun beskriver slike erfaringer på følgende måte: ”*Vi har snakket om dem i mange år, her skulle vi ha grepet inn.*” Når hun er inne på dette temaet forteller hun også om unge som har slitt gjennom hele oppveksten men som tross alt har klart seg. Eva bruker her ordene: (...) *løvetannbarn finnes*”.

6.1.2 Hvis vi voksne var mer tilstede

Tilgjengelighet og tilstedeværelse dukker også opp som tema når helsesøstrene reflekterer over det forholdet en del unge har til sine foreldre og foresatte. Forhold helsesøstrene mener har endret seg de siste ti, tjue årene. Eva er opptatt av ungdommenes manglende kontakt med foreldre. Hun forteller om sitt syn rundt det å være tilgjengelig overfor ungdom og trekker inn det å komme i posisjon til ungdommens foresatte. Noe hun mener kan by på flere utfordringer, som følgende sitat fra henne viser: ”*hvis foreldrene har døra igjen betyr det ikke at vi gir oss(..)følger opp barna, glemmer dem ikke*”. Anne har blandede erfaringer med engasjement fra foreldre, hun forteller på den ene siden at: ”*mange foreldre tar kontakt og ønsker råd og veiledning*”. Senere i intervjuet forteller hun videre at det er:

(...) vanskelig av og til å nå foreldrene. Vi har av og til gått hjem og hentet elevene. Noen ganger vet ikke foreldrene at de uteblir fra skolen. (...) av og til klarer ikke foreldrene å ta tak, da kan det ende i melding til barnevernet.

Lise på sin side, som har arbeidet i mange år som helsesøster, påpeker at hun gjennom sitt helsesøstervirke har registrert forandringer i forholdet mellom unge og tilstedeværelsen deres i familielivet:

Vi har det travelt i familiene, det handler om at familien og voksne er til stede, opp igjennom alle årene hvor viktig det er. Det er noe med det jeg ser rører seg, ungdom og unge i dag har det kjempetravelt, den ene aktiviteten etter den andre, vi har mindre tid hjemme. Kontakten er blitt annerledes. Vi bruker mye av tiden på nettet, facebook og mobiltelefonen. Vi møtes mindre fysisk. I dag kan de unge si at tiden går fort, jeg kan ikke huske at tiden gikk fort da jeg var 16 år.

I min samtale med Lise spør jeg videre om hun mener at travelheten i familier kan være en medvirkende faktor som truer unges psykiske helse. Lise svarer slik:

Jeg tror at vi bruker mindre til på å lade oss sammen, vi flyr mer til hver til vårt. Noen unge går til andre voksne, jeg tror at færre unge hadde slitt hvis vi voksne var mer tilstede, jeg tror det altså.

Mangel på god voksenkontakt, og det å være tilstede når ungdommen trenger det, blir nevnt gjentatte ganger av helsesøstrene i mine intervjuer. Når foreldre ikke er tilgjengelig, mener helsesøstrene det er viktig at de som voksenpersonene stiller opp for ungdommen.

6.1.3 Viktig å være synlig

I forbindelse med de øremerkede midlene fra Opptappingsplanen ble det også økt fokus på ungdommers psykiske helse og økte ressurser til skolehelsetjenesten. Kari har satt seg godt inn i Opptappingsplanen. Hun tenker videre høyt rundt at det nå er blitt mer åpenhet om psykisk helse, og helsesøstertjenesten er blitt mer synlig. Hun påpeker i den sammenheng: ”Jeg tror at psykisk helse er satt mer på dagsorden, vi er mer ute i skolene nå har en åpen dør slik at elevene kan komme”.

I samband med økt fokus på psykisk helse nevner Lise et prosjekt som kommunen deltok i og som kom i stand med Opptappingsmidlene. Dette var et undervisningsprogram som rettet seg til elever i videregående skole. Programmet ble kalt VIP (veiledning i psykisk helse). Lise forteller at formålet var: ”(...)å belyse psykisk helse hos ungdom, bryte ned myter, (...)alle sliter og det er ikke farlig å snakke om det”. Ved at helsesøster deltok på dette prosjektet, ble hun også mer synlig og det blir lettere å oppsøke henne, mener hun. Kari har også erfaring med at de som helsesøstre ble mer synlig i skolene gjennom arbeidet med VIP-prosjektet. Hun forteller om hvordan unge oppsøker henne etter at hun har vært på besøk i en klasse på følgende vis:

Det er viktig å være synlig, etter en undervisningstime oppsøkte denne jenta meg, hun sleit med forholdet til sin mor og var innunder barnevernets ansvar. Mor hadde valgt en kjæreste foran henne, jenta følte seg sveket. Hun var kommet inn i en dårlig sirkel med selvskading og sånn. Jeg var der for jentas skyld, fulgte henne en gang i uka og hun følte seg bedre og bedre for hver gang. Det hjelper så godt og bare å prate litt med noen som ikke er lærere og foreldre.

Kari uttaler også at når hun har gjort seg tilgjengelig over for ungdom og de åpner seg overfor henne, slik hun beskriver i sitatet over, ønsker hun i det videre forløpet å bli nærmere kjent med ungdommen. Hun sier:

Jeg går ikke inn i noe terapeutisk overhode. Jobber med å bli kjent med henne. Sånne småting som at(...), jeg går ikke inn på det som har skjedd, er mer her og nå. Hvordan har du det nå? Det er en form for terapi å snakke med folk. Jenta får fortalt hvordan

hun har det, savnet av mor, det går bedre.

6.1.4 Vi nås mye mer

Flere av helsesøstrene i mitt materiale nevner at de er mer tilgjengelig overfor ungdom nå enn for noen år tilbake. Både Opptrappingsplanen og en endret holdning i samfunnet til psykiske plager trekkes frem som viktige grunner til dette. I denne utviklingen nevnes særlig skolen og Åpen helsestasjon for ungdom som sentrale arena for å nå ungdom generelt. Men er også arena for å nå unge som helsesøstrene bekymrer seg for kan utvikle større psykiske plager.

Lise kommer med et historisk tilbakeblikk omkring Åpen helsestasjon for ungdom eller Ungdomshelsestasjonen som den også kalles, der hun har deler av sin stilling. Hun forteller: ”Vi startet ungdomshelsestasjonen i 92, det kom fra ungdommen selv. De ønsket å ha noen å snakke med om prevensjon og seksualitet med”. Hun trekker videre i sin fortelling inn momentet om at hva ungdommene ønsker å snakke om har endret seg med årene:

(...)vi snakker nå mer om psykisk helse enn vi gjorde da jeg startet som helsesøster for mange år siden, denne trenden har betydning for feltet, vi er blitt mer obs og vi har fått økte midler.

Senere i intervjuet kommer hun med synspunkter omkring tilgjengelighet i forhold til ungdomshelsestasjonen, hun sier:

Tilgjengeligheten har gjort at vi nås mye mer, snøballen begynner å rulle og det gjør at vi blir brukt mer, det blir en lavere terskel for å oppsøke oss å snakke om psykisk helse og den type problemstillinger.

Andre av helsesøstrene har også vært inne på at arenaen Åpen helsestasjon for ungdom har vært og er en god møteplass mellom helsesøstre og ungdommen. Tjenesten har åpent en kveld i uka, det er i minste laget påpekte flere av helsesøstrene. Likevel har helsesøstrene ved hjelp av dette tjenestetilbudet fått til en kontinuitet over for barn og unge. Eva som også arbeider på barneskolen påpekte i den sammenhengen: ”Barna vet når helsesøster er der, de fleste går og spør etter helsesøster, det er de barna som tør (...) men hva med de som ikke tør”? Hun kommer med dette inn på at selv om Åpen helsestasjon for ungdom er åpen for alle, og at de som helsesøstre er tilgjengelig på skolene, har faste dager, kan nås på mobiltelefon eller e-post, ja så mener Eva at det er noen ungdom som ikke tør å ta kontakt.

6.1.5 Vi som sitter med tillitten

Utover å være opptatt av tilstedeværelse har også helsesøstrene gjennom intervjuene uttrykt at de ønsker at ungdommene skal kunne stole på dem når livet er problemfylt. I mine intervjuer trakk enkelte av informantene frem historier som de mente illustrerte at unge stolte og hadde tillit til dem som helsesøstre. Et eksempel her er Lises refleksjon omkring tillit. For å vise meg det hun oppfattet som tillitsbånd til ungdom beskrev hun hvilken rolle helsesøstrene gjerne inntok i møter med andre instanser:

Vi er mye ungdommens advokat, jeg opplever at det er vi som ivaretar de positive sidene og må "forsvare" ungdommen. Jeg synes ofte at det negative blir trukket frem i samarbeidet med andre instanser. Det er vi som sitter med tillitten og troen på at denne ungdommen vil klare det.

I selve møtene mellom helsesøster og unge mente Lise videre at tillitsbånd kunne komme til syne, ved at begge partene opplever noe følelsesmessig i lag. For å illustrere en tillitskapende prosess i praksis for meg kommer hun med følgende eksempel: "Noen ganger feller vi kanskje en tåre sammen. Hun kom til meg igjen". Hun utdyper videre for meg at det å oppleve noe sammen, som å felle en tåre i samband med en ungdoms vanskelige situasjon kan styrke båndene mellom henne og ungdommen.

Det er ikke all ungdom som ønsker mer kontakt etter slike følelsespregede møter, men til de som har klart det, så forteller Lise meg hvordan hun arbeider videre. Hun forteller da om ungdom som etter det første møtet, har fortsatt å komme og har begynt gradvis å åpne seg for henne med ulike vansker. Hun har da, etter og hatt lang kontakt, fortalt ungdommene: "Nå kan du flyge". Dette som er en metafor hun benytter når hun mener ungdom er kommet dit at de mestrer noe av vanskelighetene de strir med.

6.1.6 Ser her er det et eller annet

Flere av mine informanter har vært inne på at de *ser* eller *enser* at her kan det være noe bekymringsfullt med ungdommen som de er i kontakt med. Dette "blikket" følges gjerne opp av en samtale der helsesøster i stor grad er en lyttende part. Lises uttalelser er betegne her, hun viser til erfaringer med ungdom som oppsøker henne på skolene og forteller:

Ungdom som kommer inn til meg med småting, hvor du ser her er det et eller annet, de har kanskje sittet en time og luftet seg, mange går da høyreist og mer letta ut. Jeg har ikke gjort noe spesielt, har kanskje nikkert og lyttet og bekrefter at jeg har hørt lignende ting før, ikke bagatelliserer hva de kommer med.

Evas erfaringer er at ungdommer gjerne kommer til henne med somatisk småplager og at dette kan være inngangsporten til å få ungdom hun er bekymret for i tale, hun forteller om slike møter: ” (...) kommer med sår på fingeren, dette åpner opp for å spørre hvordan de har det”. Eva gir videre eksempler på ulike problematikk ungdom kommer med:” *Rene diagnostiske ting, adferdsendringer ses, både fysiske og psykiske ting, de som trekker seg unna, som er triste. Dårlig samhandling mellom elevene, (...)*”.

Eva utdyper sine erfaringer og forteller samtidig at gutter og jenter ofte har ulike problemer de strir med:

Guttene sliter ofte med tanker og følelser, tap, sorg, dødsfall, skillsmisser, det og ikke å strekke til, sliter med valg, hva vil jeg hva vil de andre. Mobbing, utestengning, depresjoner, mye angst, overdreven spilling, denne bekymringen kommer ofte fra foreldrene, mye fravær dropper ut av skolen. Den vanskeligste gruppen er de som ruser seg, da er de konge på haugen og har ingen problemer.

På spørsmål fra meg om hva jentene kommer med til henne, så sier hun: ”*Jenter kommer ofte med spiseproblematikk*”. Når dette temaet kom på banen i intervjuet med Anne forteller hun at noen unge har mye fravær og det kan være en indikasjon på at de sliter med noe. Hun nevner her sitt lille slagord som hun benytter for å vise at dette er et problem:” *De som ikke på skolen vil gå*”. Anne mener det er ulike grunner til at ungdom ikke dukker opp på skolen, et eksempel hun viser til er en ung gutt som uteble fra skolen fordi: ”*han sitter oppe hele natten foran pc`n (...)*”. Hun forteller også i intervjuet om hvordan hun fikk kjennskap til det som viste seg å være noe mer alvorlig. Historien Anne forteller er om sitt møte med to jenter som var venninner, og som oppsøkte henne på skolen. Hun forteller også hvordan hun som helsesøster velger å håndtere denne situasjonen:

(...) den ene jenta fortalte hva det var. Det var sorg etter bestefaren, han betydde alt i verden. Tanten bodde der de finner et brev der det sto at hun hadde tenkt å ta livet av seg. Det kom frem at moren hadde nerveproblemer og at hun også hadde forsøkt å ta livet av seg. Fikk se armene til jenta som var fulle av risp, henviste henne (til BUP), hun var mye borte fra skolen. Den andre jenta hadde et søsken som hadde dødd som liten. Vi tok med oss lys og for til kirkegården, det var første gang de var der. Begge jentene var fra familier med stor problematikk, vi vet om noen av disse familiene, det er ikke alltid lett å finne ut hva det er. Det å være lyttende, tenke høyt i lag da hører vi det og kan gå videre med det.

Det ” å se” hva ungdommene sliter med er ikke bestandig like lett, ifølge mine informanter. Eva gir noen eksempler på slike problemer hun står over for:” *De som ikke har noen klare*

ting, skolevegring, lærer tar tak og henviser til meg.” hun forteller videre:” Vi har sett dem, vært der, åpnet opp dørene og sier kom slipp det, så skal vi se på det i lag”.

Selv om helsesøster har sett at det *er* noe, er det allikevel ikke alle unge de ”får sett”. På spørsmål til Eva om hva hun ville ha gjort med ungdom som hun ikke nådde frem til, og som i ettertid viste seg at fikk store problemer, så sier hun: ”*Må svelge noen bitre piller, kanskje jeg burde ha krevd mer og presset elevene, undret meg mer enn jeg faktisk gjorde*”. Kari uttrykker i intervjuet av henne, at hun mener det kan være forskjell mellom helsesøstrene om hvem som legger merke til hva hos ungdommen, noe hun påpeker med å si: ”*Personavhengig hvem som ser hva*”.

6.1.7 Hvordan ser normalitet ut?

Karis erfaring, om at helsesøstrene legger merke til ulike forhold hos ungdommen, leder oss til beskrivelser av vanskeligheter mellom å vurdere avvik og normalitet. Helsesøstrene må i sine møter med ungdommen avveie om det de unge forteller eller formidler, er et uttrykk for normalitet eller om det er grunn til bekymring for en negativ utvikling. Lises mange refleksjoner omkring slike forhold er eksempel på dette:

Deres historie er spesiell, men for ungdom er det fryktelig viktig å føle at de er normale. At jeg ikke sitter her og er skrekkslagen over historien. Men på en måte gir en slags trygghet på at det er mange folk som sliter, mange spør om det er andre som kommer og snakker om slike ting eller er det bare jeg, de er fryktelig opptatt av og ikke å være den eneste, ikke være annerledes de skal være normale, da er det godt å kunne være ærlig å si at det er mange som har lignende ting.

Lise utdyper videre hvordan hun jobber med den enkelte i forhold til psykisk helse:

Vi har en misjon om at det er viktig å snakke om psykisk helse. Vi er alle lei oss, triste eller redd for ting, det noen kaller angst, jeg prøver å få tak i hvordan det oppleves og hvordan de takler det (...).

I intervjuet med Lise påpeker hun at temaet normalitet blir drøftet helsesøstrene imellom, blant annet diskuterer de seg i mellom at normen for normalitet blant unge har blitt smalere de senere årene. Lises forteller videre: ”*Det handler ofte om at de ønsker å få bekreftelse fra helsesøster om at de er normale, at de unge tør å være seg selv*”. Lise utdyper videre sitt syn;

Det er ingen ting som lenger er alminnelig, en skal ha diagnoser for alt, full peising. Det som før var urolige unger er nå en diagnose, det er mye snakk om ADHD. Nå er

det ikke folk forkjøla lenger nå har de svineinfluensa. (...) jeg får jo unge som kommer og bruker ord som migrene, depresjon, de har ditt og datt. Når vi går dem litt på klingen så har de kanskje noe som ligner, men som oftest er en vanlig hodepine. Livet har sine up and downs, det er ikke farlig å ha det sånn av og til. Det er tvert imot ganske sunt å kjenne på livets yttersider, det kommer godt med, vi som jobber primærforebyggende må få folk til å tro på seg selv.

Lise viser gjennom sin fortelling en viss oppgitthet over det som før var normale plager i dag tenderer til å være en lidelse. "Man skal selvsagt lytte, og ta ungdommen alvorlig." som hun senere påpeker i sin fortelling, men hun forteller samtidig at det har blitt vanskeligere å se hvem som virkelig står i faresonen for å utvikle psykiske lidelser. Hun sier: "vi er alle kjempelei oss, triste og redde, noen ville ha kalt dette angst, men jeg prøver så godt jeg kan å normalisere det". Anne har opplevd lignede situasjoner. I intervjuet med henne referer hun til et møte med en jente som hun mener er typisk for flere hun treffer.

Aktiv jente, lav selvtillit, jeg har så stygt hår jeg vil bli som deg. Nydelig jente, spiser ikke. Det går på det med bekreftelse, tørre å ta avgjørelser, bli bevisst på valgene en tar. Det går på å tørre å være seg selv.

Eva har også refleksjoner rundt normalitet og mulige avvik hos ungdommene, i sine tanker over hvilke ungdom som kommer eller blir henvist til henne forteller hun: "Ser vi avvik skal vi prøve å trekke dem ut, men hvordan ser normalitet ut?" Lise på sin side, har andre refleksjoner rundt normalitet hos unge. Kleskoder og hva som er akseptabel oppførsel kan oppfattes forskjellig i ulike ungdomsgrupper, hun forteller om unge jentegrupper som hun observerer på skolene:

Grupper, det ser jeg blant annet på oppførselen. Det er noe som heter dronning i eget rike. Jeg ser en del av disse grenseløse jentene som jeg har lyst til å jobbe med. De trenger hjelp til å beskytte seg mot seg selv(...).

6.1.8 Å finne ressurser

Helsesøstrene i mitt materiale er opptatt av de unges ressurser og å bygge opp om deres mestringsfølelse. Her kan Annes fortelling tjene som eksempel på hvordan hun fokuserer på ressurser slik at unge kan mestre sin tilværelse:

Det kan være nok og bare få folk til å snakke. Ta frem ressursene hos barna i en håpløs situasjon. De trasige, er det et håp her, forsøker å få frem det positive, det de klarer, er opptatt av hva de får til. Jobber mye med mestringsfølelsen.

Anne utdyper videre sine erfaringer med en historie om en jente som oppsøkte henne og som

nylig hadde mistet sin farmor:” *Jeg prøver å være positiv, få henne til å huske noe koselige episoder med farmor, kanskje sorgen kan være lettere å bære da. Legger vekt på det positive(...)*”. I Lise sitt fokus på ungdommenes ressurser fremkommer det også hvordan hun veileder ungdom:

(...) har jeg kunnet veiledet slik at mine brukere blir mer klar over sine egne ressurser, for jeg har gud hjelpe meg blitt forundret mer enn en gang skal du tro. De som kommer og tror de er nede for telling, hjulpet dem å sette ord på ting som ligger inne i hodet og som er tungt og vanskelig, det hjelper jeg er ikke i tvil. Det er i seg selv noe av behandlingen og hjelpa.

I sine tanker over arbeidet med ressurser hos ungdom trekker Lise også inn helsestasjonsarbeidet overfor små barn og familier, hun uttaler:

Gi folk trua på at de kan mestre ting selv (...) På helsestasjonen kommer foreldre og skal ha en bekreftelse på at de tenker riktig, det er viktig å få frem - vi skal ikke servere ferdige løsninger, den sitter hos folk sjøl. Få folk til å gjøre mer av det som de vet er bra. Folk klarer seg bedre hvis de blir klar over at de klarer ting sjøl, styrke de på at de er ok mammaer, ok unger osv. uten at det nødvendigvis er andre som hjelper de.

Flere av helsesøstrene har vært inne på det at det er viktig at både unge og foreldre får troen på seg selv, at de *kan* noe. Lise er likevel den som har uttrykt dette klarest gjennom sin påpekning av at hun har lært seg og ikke selv komme med løsninger, men heller forsøker å finne ressurser hos brukerne. Noe hun uttrykker på følgende måte:

Jeg hadde en ball liggendes på pulten, jeg skulle avlære og hele tiden å komme med forslag på løsninger som vi hadde lært som sykepleiere, jeg skulle hive ballen tilbake til brukeren. Jeg er opptatt av å finne ressurser hos brukere og ikke selv komme med ferdige løsninger, det nytter ikke overfor en som er 16 år, det går ikke altså (...).

I denne delen av empirigjennomgangen har jeg løftet frem ulike erfaringer som helsesøstrene har i tilknytning til sine møter med unge. I påfølgende del drøftes disse erfaringene i lys av teoretiske perspektiver.

6. 2 Drøfting av funn omkring helsesøstres møte med unge

I denne delen vil jeg, på bakgrunn av empirigjennomgangen av helsesøstrenes møte med ungdom, sammenfatte og løfte frem sentrale funn. Disse vil jeg drøfte opp mot teoretisk aspekter som, relasjons og tillitsbygging, kommunikasjon og normalitet.

Lave terskler og gode samhandlingssituasjoner

Helsesøstrene erfarer at åpenhet i samfunnet rundt psykisk helse har blitt større blant annet på grunn av innsatsene knyttet til Opptrappingsplanen for psykisk helse. Dette sammen med helsesøstrenes tilstedeværelse i større deler av ungdommenes hverdag, har etter deres erfaringer medført at flere unge oppsøker helsesøstre med ulike psykiske plager. Helsesøstrenes ”åpne dører” på skoler kan betegnes for et lavterskeltilbud overfor ungdommen. I studier omkring lavterskeltilbud fremkommer det at helsesøstres tilgjengelighet på ungdommenes egen arena medfører at ungdom lettere oppsøker hjelp (Olaisen, 2007). Større åpenhet og helsesøstrenes tilgjengelighet fremtrer i mitt materiale som sentrale utgangspunkt for å kunne bygge tillit og gode relasjoner overfor ungdom, og erfares som kjernen for å kunne utføre et godt arbeid overfor unge med psykiske plager.

Noen samhandlingssituasjoner og møtesituasjoner, også uten for skolens arena, kan synes viktigere enn andre. Disse kan være knyttet til ordinære hverdagslige hendelser. Eksempler som helsesøstrene refererte til i slike sammenhenger var at gode samtaler med ungdom kunne være knyttet til det å gjøre noe hverdagslig sammen, som for eksempel å gå til kirkegården som en av informantene var inne på. Da var erfaringen at unge kunne åpne seg om egne opplevelser og vansker. Slike erfaringer kan også ses i lys av et begrep som gode eller ”gylne øyeblikk”, som har vært benyttet for å få frem at noen samhandlingssituasjoner er viktigere enn andre (Vedeler 2007 i Skatvedt 2008). Det å gjøre noe helt hverdagslig i lag kan derfor, slik informantene erfarer det, være en anledning for de gode møter med unge og samtidig være anledningen for at de åpner seg, og gylne øyeblikk kan oppstå i relasjonen.

Dialogen mellom helsesøster og unge

Går vi nærmere inn på selve dialogen mellom helsesøstre og unge og ser hvordan den kan bidra til relasjonsbygging kan vi fra empirigjennomgangen løfte frem situasjonen der en ungdom kom til helsesøster med ”ufarlige plager” som små sår. Helsesøster kunne da under samtalen ense at det er noe mer, og spurte forsiktig videre hvordan *de har det*. I det videre

samtaleforløpet fremtrer de somatiske småplagene etter hvert som mindre vesentlig og er ikke hovedgrunnen for at ungdommen oppsøker henne. Småplagen var imidlertid inngangsporten til at ungdommen kom, og åpnet seg om psykiske plager. Empirigjennomgangen viser at i slike og andre møter med unge er helsesøstrene opptatt av å være en lyttende part. Dette kan tolkes dit hen at de ønsker å innta en deltagende posisjon, hvor de er villige til å la seg engasjere og ta innover seg unges fortellinger om plager. Dette kan igjen danne grunnlaget for en dialog hvor begge parter lar seg engasjere i den unges plager, eller ”saksforholdet” slik Skjervheim benevner det, og en treleddet relasjon vil kunne oppstå (Skjervheim, 1996). Helsesøster og den unge vil da kunne være mer likeverdige dialogpartnere, og deler *saken* eller problemene med hverandre. En forutsetning for en slik relasjon, slik jeg forstår det, er at den unge opplever å bli hørt og at helsesøster ikke inntar en ”utenfra” betraktende holdning. Dette fordrer også at helsesøster for å kunne hjelpe, forstår det han (ungdommen) forstår, slik Kierkegaard uttrykker det (Martinsen, 2005). Da mitt studie ikke omfatter empiri fra de unge selv, kan jeg ikke si med sikkerhet at treleddete relasjoner oppstår. Mine tolkninger av helsesøstrenes holdninger til dialogen med unge vitner likevel om at slike relasjoner forekommer. I uttalelsene fra dem, kan en tolke at de ikke ønsker å innta en distansert ekspertposisjon.

Reflekterer vi videre rundt hva helsesøstrene forteller om dialogen med de unge kan det også vitne om at helsesøstrene kan pendle mellom en deltakerrolle og en tilskuer rolle (Skjervheim, 1996). Et eksempel på denne tvetydigheten i dialogen kan være å finne i det tidligere presenterte eksemplet fra empirien der ungdom kom til helsesøster med sår i fingeren. En nærmere tolkning av dialogen i dette tilfelle kan være at den unge forteller om vondt i fingeren og helsesøster responderer på dette ved å finne ut mer av såret på fingeren, de deler da saksforholdet. Samtidig kan en tenke seg at helsesøster skifter saksforholdet, ved at hun i slike situasjoner antyder at det kan ligge noe annet bak en selve såret. I empirigjennomgangen ble det vist til at helsesøster mente at når unge kom med små sår til henne kunne det også være en anledning for å spørre ”*hvordan de har det*”. Ved å spørre slik i dialogen med den unge kan det tenkes at hun uten å være seg det bevisst objektiviserer den andre. Dette kan skje ved at hun tror at når en ungdom kommer med en liten sårskade til henne ligger det noe annet bak, som kan ha med den unges psyke. Det kan imidlertid tenkes at det bare er fingeren som plager den unge, de deler da ikke lenger saksforholdet. En slik refleksjon omkring objektivisering kan også relateres til andre eksempler fra empirien. For eksempel der

informanten forteller at noen unge kommer til henne med ferdige diagnoser som for eksempel migrene og depresjoner. Helsesøstre forteller i denne sammenheng at hun er opptatt av å normalisere det den unge kommer med ved å si at det kan være sunt å kjenne på livets yttersider. Slike uttalelser kan tolkes dit hen at hun ønsker den unges beste, allikevel kan hun stå i fare for og ikke delta og ta den unges problemer på alvor. Det etableres da ikke en relasjon der to likeverdige subjekter som møtes i noe tredje (saken) og relasjonen vil ikke, slik jeg tolker Skjervheim, være treleddet. Et kritisk blikk på en slik dialogposisjon vil være Skjervheims poeng om at vi aldri kan frigjøre oss helt fra å objektivisere den andre (Skjervheim, 1996). Idealet er likevel hos informantene i mitt materiale, slik jeg tolker det, at begge dialogpartnerne møtes som subjekter og at de deler saken (ibid), men at det ikke alltid skjer. Et nærliggende spørsmålet er likevel om helsesøstre er seg bevisst at de i noen dialoger kan innta en objektiviserende holdning overfor unge. Slik jeg tolker Skjervheim er en objektivisering av den andre en måte å utøve makt på, da en fratrar den andre friheten (ibid). Dette kan igjen få konsekvenser for hvordan helsesøstre vurderer den unges psykiske helse. Ved at hun kan tilegne unge problemer han selv ikke mener å ha. Det har også vært påpekt at i enkelte situasjoner så har for eksempel ikke sykepleiere et avklart forhold til maktavspektet i sin yrkesutøvelse, og hvordan dette kan påvirke relasjonene (Skau, 2003).

Også ikke verbal kommunikasjon

Selv om empirigjennomgangen gir eksempler på at helsesøstre kan veksle mellom ulike innstillinger til ungdommen, er de slik jeg oppfatter dem, oppriktig opptatt av å prøve forstå ungdom og det de kommer med. En slik bevissthet omkring forståelse av ungdom innebærer at helsesøster også oppfatter et større budskap enn det som blir sagt av ungdommen. Med andre ord at hun merker seg stemninger og fakta som ikke blir verbalisert (Skau, 2005). Går vi nærmere inn i mitt materiale og tar inn over oss helsesøstrenes erfaringer om å benytte sine sanseintrykk for oppnå gode omsorgsrelasjoner med ungdom, finner vi eksempler på ikke-verbal kommunikasjonen. I empirien trekkes det frem at en helsesøster reflekterer rundt at hun ikke gjør noe, bare lytter. Nettopp dette er eksempler på at de observerer via sine sanseintrykk. De toner inn, eller ser, for å fange inn en stemning, følelser eller inntrykk av den unge. Dette kan innebære at de fornemmer at det ligger noe mer bak enn bare det som ungdommene forteller med rene ord. En av mine informanter presiserte dette gjennom uttalelsen, "(...) her ser du det er et eller annet". Denne bredden i bruken av ulike sanseintrykk, som fremtrer i empirigjennomgangen, har i litteraturen vært fremhevet som

viktig å aktivisere for helsepersonell i møte med brukergrupper (Thollin, 2005; Kristoffersen et.al, 2005). Derfor fremstår vurderinger og tiltak som helsesøstrene i mitt materiale igangsetter overfor unge, fundert i både det som blir sagt, og det som sanses av henne.

Ressurs og mestringsfokus

Helsesøstrenes holdning til unge gjenspeiles også i deres ønske om å fokusere på ressurser og mestring hos ungdom. En slik tilnærming til ungdom kan knyttes til idealene innefor helsefremmende arbeid som setter fokus på tiltak som fremmer livskvalitet og mestring (Schancke, 2005). Det å legge vekt på folks egenkontroll og mestring, er i følge WHO en ”nedenfra og opp/bottom-up” strategi som kjennetegner helsefremmende arbeid (Mikkelsen, 2005). Dette er også strategier som har blitt fremhevet som viktige byggesteiner i arbeidet med psykiske plager (Brofoss og Larsen, 2009). Når helsesøstrene har en slik tilnærming til relasjoner med unge, kan dette gjenspeile det synet hun har til andre mennesker. I dette ligger det implisitt hvilken betydning helsesøster tillegger andre mennesker hun er i relasjon til, som for eksempel ungdom med psykiske plager (Nordahl et.al.2005). Lignende poeng finner vi også hos Martinsen (1991) som fremhever at for å kunne gi omsorg må ha en forståelse for den andre, noe som en tilegner seg ved å gjøre noe sammen med og for den andre. En må også være i stand til å anerkjenne den andre ut ifra hans situasjon og ståsted (Martinsen, 1991 s.71). Idealet for en slik omsorgsrelasjon er et nært, tillitsfullt og åpent forhold mellom to mennesker (Martinsen, 2005, s.137). Overført til min empiri innebærer møtene mellom helsesøstre og ungdom at gode relasjoner både bygger på å utvikles i interaksjon, eller om en vil et relasjonssamspill, mellom begge parter. Empirien kan derfor tolkes også i lys av dialektisk relasjonsteori. Fordi ungdom, ut i fra informantene opplevelse, i økende grad gjennom dialogsamspillet blir bevisst seg selv og blir selvstendige av å bli anerkjent av helsesøstrene (Aubert og Bakke, 2008).

Bygger tillitsbånd

Slike relasjonssamspill som helsesøstrene inviterer til, vil påvirkes av hvilke oppfatninger ungdom har av henne. Helsesøstrene uttrykker i mine intervjuer at de oppfatter å ha godt omdømme hos ungdommene. Noe de i intervjuene eksemplifiserte med oppmøte av ungdom hos dem og at ungdom opplevde dem som deres ”advokat” i møte med andre fagfolk. Helsesøstrene erfarer også at de i noen sammenhenger fungerer som et voksensubstitutt i stedet for fraværende foreldre. Forhold som kan tolkes både som endringer generelt i

familiebåndene i samfunnet, men kan også vitne om tillitsforhold mellom ungdom og helsesøstre. Slike erfaringer kan tolkes i retning av at helsesøstre identifiserer seg med ungdom og inntar roller som legger grunnlag for bygging av tillitsbånd til ungdommen. Ser vi disse erfaringer i sammenheng med Løgstrups bruk av tillitsbegrepet finner vi paralleller. Løgstrup fremhever at hvis tillit skal bygges må ikke relasjoner være preget av likegyldighet, reservasjon og avvisning, da slår den over til mistro (Løgstrup, 1991). Helsesøstrenes erfaringer om å være ”på ungdommenes side” viser at de langt på vei har opparbeidet seg relasjoner preget av tillit. I empirigjennomgangen tegner det seg også et bilde av at helsesøstrenes fysiske lokalisering på ungdommenes ”hjemmebane”, skolen, er et moment i arbeidet med å bygge relasjoner til ungdom. Slike funn samsvarer med studier av sosial samhandling der betydningen av nære og gode fysiske omgivelser har fremkommet som et moment i det å skape trygghet og bidra sosial utfoldelse (Schmidt, 2004).

Samtidig erfarer helsesøstre at de ikke klarer å bygge gode relasjoner til alle ungdommer de selv ønsker. Det er nok flere grunner til hvorfor ikke helsesøstre får kontakt med en del ungdom de er bekymret for. Noe av forklaringen kan ligge i at de ikke benytter gode nok medvirkningsstrategier. Følger vi en slik kritisk tilnærming kan det være nærliggende å spørre om helsesøstre er bevisste hvordan de opptrer i slike situasjoner? Tenker de for eksempel kreativt nok rundt det å møte disse ungdommene der de er, gjennom å gå nærmere inn på hva deres interesser og ressurser er? Dette er ”empowerment-tankegangens” bærende idé, å gjenreise de ”avmektiges” status som likeverdige, kompetente og meningsberettigede borgere i samfunnet (Askheim mfl, 2007). Et annet forhold kan være at tiden helsesøstre har til rådighet, ikke lar seg forene med ulike tiltak de ser kunne ha bidratt til og nå en del ungdom.

”Nye” kommunikasjonsformer

For å være tilgjengelig har helsesøstre også tatt i bruk ulike ”nye” former for kommunikasjonskanaler for å holde kontakt med ungdom. Ikke alle helsesøstre var like positiv til bruk av tekniske hjelpemidler som mobiltelefon og internett. Likevel var erfaringene hos de fleste av helsesøstre gode med henblikk på bruk av SMS (tekstmeldinger) og e-post. Denne teknologien oppleves som tidsbesparende, og hjelpemidler som ungdommen var godt kjent med. Denne bevisstheten om å benytte et bredt spekter av kommunikasjonsformer og kommunikasjonsteknologi kan knyttes til det Løgstrup påpeker om at: ”uansett hvor mange måter kommunikasjonen mellom oss kan arte seg på, så består

den alltid i å driste seg frampå for å bli imøtekommet” (Løgstrup 1991, s.39). Denne dristigheten finner vi i helsesøstrenes kontakt med ungdommene gjennom bruk av tekstmeldinger og e-post. Man kan også se for seg at unge lettere gjør seg tilgjengelig overfor helsesøster ved at det er de selv som kan ta kontakt på sine premisser ved bruk av SMS og internett. Selvbestemmelse, nøytralitet, konfidensialitet og omsorg har blitt pekt på som viktige forhold å legge til rette for når en ønsker at unge skal åpne seg omkring vanskelige situasjoner (Olaisen, 2007). Disse perspektivene er interessante, sett i sammenheng med nyere forskning innen bruk av SMS i kontakten mellom behandler og bruker i rusettervern (Kaljord, 2010). Her påpekes det at mobilens SMS- teknologi kan bidra til å forskyve maktbalansen i relasjonen mellom fagperson og bruker i retning av at de begge to kommer nærmere hverandre og kommuniserer bedre (ibid). En slik nærhetsskapende funksjon som mobiltelefon her bidrar til, er ikke ulik den som helsesøstrene erfarte overfor en del unge de var i kontakt med. Jeg vil også føye til at denne teknologibruken, slik helsesøstrene beskriver den, også bærer preg av omsorg. Eller om en vil, bruk av SMS og internett gjør det mulig for helsesøstrene å utøve omsorg selv om avstanden er større en i tradisjonelle omsorgsrelasjoner.

Normalitetsvurderinger i møte med ungdom.

Helsesøstrene reflekterer rundt hva som er normalitet hos unge de møter. Til tider opplever de det som dels problematisk å vurdere om de står over for normale ungdomsplager, som et hvert menneske må regne med å oppleve, eller om det grunnlag for større bekymringer for ungdommenes psykiske helse. Slike refleksjoner kan ha sitt utgangspunkt i at ungdommer kommer til helsesøstre med noe de selv oppfatter som vanskelig. Det kan være at de føler seg nedstemt, har negative oppfattelse av egen kropp, eller kanskje forteller om hodepine. Slike fortellinger trenger ikke i utgangspunktet å vekke bekymring hos helsesøstre, fordi plagene oppfattes av henne som en naturlig del av livet og det å være ungdom. Samtidig skal hun ta innover seg det ungdommene forteller.

I kjølvannet av slike møter med unge, kan refleksjoner om hva som er unges normalitet forekomme, slik jeg tolker helsesøstrene. Refleksjonene går i retning av om normalitets - ”standard” for unge har blitt smalere de senere år. Med andre ord om det er flere unge i dag enn før som forteller om plager som tidligere ikke ble oppfattet som plager. Disse empiriske eksemplene kan også knyttes til erfaringene om at ungdommene kommer til dem med ferdige diagnoser som for eksempel migrene. Slike erfaringer kan være et resultat av en generell

medikaliseringstrend i samfunnet, som Langaard (2006) peker på. En slik trend består i av at man sykeliggjør normale tilstander, noe som kan bidra til at den enkelte ikke klarer å forandre på sin egen situasjon, men oppsøker eksperthjelp (ibid). På den andre side kan det å oppsøke helsesøster med migrenelignende symptomer være noe som kan vise seg å være mer alvorlig. Med andre ord kan slike forhold vitne om at helsesøstrene i mitt materiale er inne i et ”vurderingslandskap” som preges av gråsoner, der de kan finne det vanskelig å konkludere om det er normale plager eller ikke, de står over for. Eller som en av informantene uttrykte det: *”Ser vi avvik skal vi prøve å trekke dem ut, men hvordan ser normalitet ut”*.

Andre har belyst uklare grenseganger mellom normalitet og avvik, og at helsesøstre kan oppleve en uro hvis de oppdager avvik fra normaliteten (Neumann, 2007, s.218). I Neumanns studie, slik jeg forstår henne, er helsesøstrenes uro i vurderinger av normalitet knyttet til deres profesjonelle selvforståelse. Dette fordi helsesøsters blikk, omkring bekymringsaker som for eksempel har sin årsak i psykososiale forhold, primært er rettet mot å fremme god helse. Noe som igjen innebærer, i følge Neumann, at uro og et til dels fravær av mistenksomt blikk oppstår i møte med avvik (ibid). Å ha et fokus på fremming av god helse kan også knyttes til Skårderuds poeng om at det å lide psykisk også kan være et sunnhetstegn. Fordi en som menneske kan lære av motgang i livet (Skårderud et. al, 2010). Sett i sammenheng med empirigjennomgangen kan de plager som helsesøstrene møter hos ungdom, bli opplevd av henne å være viktig for å bli et velfungerende menneske som voksen, fordi de betraktes som normale av henne.

Empirigjennomgangen viser også at noen helseøstre oppfatter at ulike ungdomsmiljø kan ha sine egne normer og koder, noe som fremkommer gjennom klesstil og bestemte væremåter. Dette kan tolkes som ungdomsmiljøenes egen normalitetslogikk. For helsesøstrene kan slike forhold fremtre som dilemma, ved at de må balansere mellom det å forstå ungdommen ut i fra deres premisser og det de som fagpersoner mener er normalitet hos ungdom. Enkelte av slike ungdomsmiljøer vil kanskje være noe som bryter med helsesøsters egne normer, og som hun ser på som potensielt skadelige for ungdommen, slik en av informantene kom inn på når hun snakket om de grenseløse jentene. Foss (2008), slik jeg oppfatter henne, benytter seg av Goffman for å vise at normaliteten er kontekstavhengig, med andre ord at det som er akseptabelt i et miljø ikke trenger å være det i et annet. Foss viser i sin forskning til hverdagslige hilseritualer som dreier seg om å knytte og opprettholde relasjoner mellom folk på måter som for dem er kjente, forutsigbare, og som ikke minst er fornuftige for de innvidde.

Deltakerne må da kunne forstå og handle i den konteksten de er i, eller som Foss beskriver det, være i stand til å gi egne og andres handlinger den rette innrammingen (ibid, s 131). Overført til helsesøstrenes erfaringer vil da utfordringene for dem bli å balansere mellom det å forstå ungdommen ut i fra deres premisser og det fagpersoner mener er en normalitet hos ungdommen. Eller sagt på en annen måte, kan det bli en utfordring å balansere mellom idealene for god brukervedvirkning om å løfte frem brukernes egne meninger og forslag (Askheim, 2007), og det som helsesøster vurderer kan være gode tiltak for en ungdom.

Oppsummering

I denne drøftingsdelen har jeg pekt på at det å bygge gode relasjoner erfares av helsesøstre som grunnlaget for den sosiale samhandlingen mellom dem og ungdommene. Når relasjonen er god, kan psykiske plager hos unge lettere tre frem for helsesøstre. Noen samhandlingssituasjoner, kan synes viktigere enn andre, og fremstå som ”gylne øyeblikk” i møtene mellom helsesøster og ungdom. Disse kan være knyttet til ordinære hverdagslige hendelser. I disse og andre møter med unge kan helsesøstre fange inn en stemning, følelser eller inntrykk av den unge. Dette kan innebære at de fornemmer at det ligger noe mer bak enn bare det som ungdommene forteller med rene ord. Denne bredden i bruken av ulike sanseinntrykk som fremtrer i mitt materiale ligger til grunn i vurderinger og tiltak som helsesøstre igangsetter overfor ungdom. Strategier de benytter for å bygge gode relasjoner er tilgjengelighet, innta et ressurs- og mestringsfokus overfor ungdom, samt opptre tillitskapende. Videre har jeg belyst at anerkjennelse av ungdom som fullverdige og kompetente samtalepartnere, er forhold helsesøstre har vært opptatt av. Både i medvirkningsøyemed og for å holde en nærhet til unge benytter noen av helsesøstre i mitt materiale kommunikasjonskanaler utover ordinære samtaler gjennom bruk av tekstmeldinger og e-post for å holde kontakten med ungdom. Selv om informantene er opptatt av at relasjonene mellom dem og unge skal bygges på delaktighet fra begge parter, kan det også i erfaringene fra helsesøstre spores at dialogen i noen tilfeller kan bære preg av distanse og et tilskuerperspektiv. Dermed kan det være en fare for at hun ikke forstår den unge godt nok og kan tillegge dem problemer de selv ikke mener å ha.

Andre erfaringer som er drøftet er helsesøstrenes refleksjoner rundt hva som er normalitet hos unge de møter. Til tider, slik jeg tolker det, opplever de det som til dels vanskelig å vurdere om dette er normale plager som et hvert menneske må regne med å oppleve, eller om det

grunnlag får større bekymringer for ungdommenes psykiske helse. Helsesøstrenes erfarer også at det kan være utfordrene for dem å balansere mellom det å forstå ungdommen ut i fra deres premisser, og det fagpersoner mener er normalitet hos ungdommen.

6.3 Helsesøstres erfaringer omkring samhandling med andre yrkesgrupper

Helsesøstrene har i sitt arbeid med unge med psykiske plager, også fortalt om samarbeid, og om mangel på sådan, med andre yrkesgrupper. Denne empiridelen omhandler erfaringer helsesøstrene har omkring samarbeid og samhandling med ulike yrkesgrupper.

6.3.1 Hvem har ansvaret?

På spørsmål om hvem de samarbeider med og hvordan samarbeidet foregår omkring unge med psykiske plager, svarer informantene at de har ulike erfaringer. Et poeng som flere av informantene er inne på, er at helsesøstrenes samarbeidsrelasjoner med andre yrkesgrupper blir til på bakgrunn av hvilken problematikk de vurderer at unge har. Lises erfaringer er et eksempel på dette, hun forteller: ” *Hvem vi samarbeider med er avhengig av den unges problematikk*”. Lises samarbeidserfaringer er mange, hun forteller om noen gode erfaringer:

Vi i skolehelsetjenesten har ofte et samarbeid sammen med BUP. De har frikjøpt tid, det er klart at de har vært en kjempestøtte for oss. Vi kommer jo opp i situasjoner som er kjempevanskelige. Jeg har jobbet i så mange år her at jeg har gode støttespillere, jeg kan lett ringe til dem å få veiledning. Det koster meg ikke en kalori,(...) en kjempestøtte det å vite at en raskt kan få hjelp.

Selv om helsesøstrene uttrykker at de kan finne god støtte hos fagfolk ved andre instanser, nevner de også at det ikke bestandig er like lett å vite hvem man skal samarbeide med, når de ser at ungdom sliter med noe som kan trenge oppfølging. Kari er litt oppgitt over det hun oppfatter som en uoversiktelighet i ansvarsforholdene, hun sier:

(...) litt diffust hvem som har ansvaret overfor barn som sliter(...). Jeg følger gjerne opp, for eksempel dette med økt selvskading for eksempel, da vil jeg at vi skal være flere rundt jenta. Men instansene er mange, vanskelig å ha oversikt .

Kari forteller videre om erfaringer omkring denne jenta som skadet seg selv, og som hun henviste videre:” *dette er en sånn sak der en er i tvil om ikke barnevernet eller andre må inn i bildet*”. Hun henviste videre til barnevernet, men sier videre: ”*(...) fortsetter å prate med*

jenta selv om hun er henvist videre til barnevernet” . Eva er også inne på det å samarbeide hun sier:

Vi vet om de som blir kasteball mellom barnevern og ulike institusjoner. Hadde vi kunnet tatt tidligere kontakt og fulgt dem tettere opp (..)Da hadde vi kunnet vært i forkant og ikke i etterkant, hvor en kanskje må gjøre noe drastisk. Da kunne vi ha hjulpet mange tidligere.

Lises erfaringer på dette området er ikke ulike, hun trekker her inn at det er mange instanser involvert, hun forteller: ” *kan være oss, BUP, PPT, kontaktlærere, fastlege etc. you name it - i tillegg, du skal ha tunga beint i munnen når du holder på(..)*”

Når helsesøstre konkluderer med at flere andre faginstanser bør kontaktes, har dette gjerne sitt utgangspunkt i at de psykiske problemene hos den unge vurderes som betydelige, og at kontakten med ungdommen har pågått over tid. Erfaringene i slike tilfeller, som noen av informantene fremhever, er at det videre arbeidet kan skje innenfor en ansvarsgruppe. Dette er noe Eva påpeker: ” *Vi danner ansvarsgrupper i forhold til noen unge, det er viktig at vi kommuniserer på tvers av yrkesgruppene for å finne gode løsninger, men det er forskjellig hvem som er med(..)*” Selv om Eva nevner at ansvarsgrupper kan oppleves som en bra samarbeidsarena, så hun også problemer med dette. Mengden personer som involveres i de større ansvarsgrupper blir problematisert av henne, hun legger til: ”*føler at det ikke er riktig med så mange(...).*”

Konstruksjonen ansvarsgrupper er en formalisert møtearena som gjerne ledes av en koordinerende fagperson der både helsesøstre, ungdommene selv, foresatte og andre faginstanser kan delta. I samtale omkring samarbeid med andre reflekterte noen av intervjuobjektene omkring at kanskje ikke alt arbeidet de gjorde var formalisert i en ansvarsgruppe, men at de likevel koordinerte arbeidet overfor unge med plager over en lengre tid der mange fagfolk var involvert. Kari utaler i denne sammenheng at hun har en:

”koordinatorrolle (..) jeg har et godt samarbeid med barnevernet. Lise har en lignende beskrivelse og sier: (..)vi en krumtapp som skal ha kontakt med alle(..) det er bedre at vi gir informasjon til de som trenger det (..) de store møtene er ikke de beste arenaene (..)

Et moment som trekkes frem ved disse mer eller mindre faste samarbeidende er at de likevel kan være med å formalisere arbeidet overfor unge, blant annet bidra til rolleavklaringer. Lise er opptatt av at arbeidet rundt ungdommene skal være formelle, hun sier: ”*Jeg er opptatt av at*

møtene rundt elevene skal foregå formelt". Hun føyer til mer om betydningen av formalitet i arbeidet rundt unge, og belyser sitt syn på at et samtykke med den unge må ligge i bunnen for alt samarbeid videre:

(...) dette med samtykke er kjempeviktig, jeg tror til dags dato ikke at noen andre har nektet (...) hvis jeg har fortalt hvorfor det er nødvendig (...) det er noe med å være ærlig på det. Men det er viktig å forklare at det er fordi vi vil støtte deg.

6.3.2 Her er jeg en av dem

Som jeg tidligere har vært inne på, skjer en viktig del av arbeidet for helsesøstre på skolene. Tre av mine informanter har også egne kontor ved skolene. I tilknytning til arbeidet ved skolene har helsesøstre i intervjuene fremhevet lærerne som den yrkesgruppen de har mye kontakt med. Annes virke, fordelt på to skoler, viser hvordan hun erfarer samarbeidet med lærere. Hun forteller på følgende vis om hvordan en ordinær dag på den ene skolen kan fortone seg: *"Jeg drikker kaffe med lærerne og går morgenmøter. Går opp og sonderer terrenget, prater med lærer, har møter med foreldre eller lærere"*. Anne gjentar flere ganger i intervjuet at hun legger vekt på å være der lærerne er og få til en avslappet atmosfære, gjerne rundt en kopp kaffe. Poenget med å drikke kaffe sammen og å legge opp til uformelle møter med lærerne er noe også Lise trekker inn, hun sier:

(...) å gå på lærerværelset å drikke kaffe er en forutsetning. Du må da være en del av staben, jeg er nødt til å bli kjent med lærere, det handler om å gjøre jobben min. Vi må kunne prate om vær og vind for å bli kjent - skjønner du hvor jeg vil?

Lise kommer i denne sammenhengen inn på at det har tatt tid å komme inn på skolens arena: *"Jobbet i mange år for å komme inn på arenaen. Det har tatt tid (...)"*. Videre i intervjuet begrunner Lise hvorfor det har tatt tid å få innpass hos lærerne, hun er tydelig på at:

Lærerne representerer andre fag, vi representerer helse, det er et helt annet fag. Det er noe med å mikse en del tenkninger, vi tenker nok litt forskjellig, selvfølgelig gjør vi det. Lærerne har en pedagogisk tankegang.

Lise funderer videre rundt ulikhetene mellom lærerne og helsesøstre, og hun konkluderer med at respekten mellom lærerne og helsesøstre har blitt bedre de senere årene. Det å ta en kopp kaffe sammen i avslappede omgivelser, er noe Lise gjentar som særlig viktig i deres arbeid. Nettopp fordi det er ofte i slike situasjoner at lærere kommer med bekymringer rundt enkelte elever, hun uttrykker seg slik: *"Lærerne ser godt, når lærerne har bekymringer skal vi*

ta det på alvor, jeg har kjemperespekt for hva de observerer”. Hun reflekterer videre over betydningen av det lærerne ser og gjør over ungdom de bekymrer seg over, og forteller:

Det er ofte lærerne som henviser elevene til oss. Det her kan helsesøster ta seg av. Det handler om at lærere møter elever med komplekse problemstillinger, jeg beundrer lærerne, de gjør en masse ved siden av lærerplaner. Samtidig skal de forholde seg til problemer mange barn og unge har.

Kari har noe av den samme erfaringen som Lise, men hun er likevel opptatt av at de som helsesøstre er avhengig av et samspill med lærerne, noe hun uttrykker seg på følgende vis.

(...) avhengig av en oppegående lærer. Noen vil kanskje si at det ikke er mitt bord, noen lærere ville kanskje ikke sett at barnet gråt på skolen(...). De lærerne jeg har hatt kontakt med, de har tatt tak, særlig de unge lærerne.

Lise erfarer også at det er forskjell på hva lærerne gjør og ikke gjør overfor elever som sliter med en eller annen problematikk. I intervjuet trekker hun frem personavhengigheten hos lærerne og ulike tradisjoner for når en går videre med unge som sliter, hun forteller:

Hvis man ser noe, blir det en del jobbing rundt det, hvis en nøster i det. Stikker hodet i sanden det gjør vi nok alle sammen av og til, ser håpløst ut eller i mange tilfeller klarer ikke mer(...) jevnt over synes jeg de (lærerne)er flinke, men det er personavhengig, mange prøver lenge før de søker annen hjelp, de har hatt tradisjon for å rydde opp mye opp selv(...) men det er mer støttefunksjoner nå enn før.

Båndene som knyttes til lærerne gjennom helsesøstrenes tilstedeværelse på skolene er også noe Anne trekker frem gjennom følgende uttalelse: ”Her er jeg en av dem, er med på teammøtene god kontakt her med rådgiver og rektor her ved ungdomskolen. Her er jeg spesielt godt mottatt”.

Eksempler på kontinuitetsbrudd i helsesøstrenes tilværelse på skolen var noe Kari løftet frem som problematisk. Hun hadde i likhet med noen andre helsesøstre i kommunen ikke fast ansettelse og jobbet derfor som vikar. Hun påpeker i den sammenheng:

Den ene skolen, jobbet der et år, begynte å få noe skikkelig på gang, kontinuitet. Det er få ledige helsesøsterstillinger. Er vikar, blir satt på forskjellige jobber. Jeg blir flyttet på, omrokkeringer pga. permisjoner. De som har vært der i mange år beholder skolene sine.

I refleksjonene Kari gjorde rundt at hun måtte flytte fra skole til skole trakk hun også frem at dette ikke var gunstig i forhold til holde kontakten med lærene og ungdommen: ”*Du har nå en god dialog, må begynne på nytt igjen ny skole, lite kontinuitet*”.

6.3.3 Ikke alle anerkjenner oss

I tillegg til erfaringene med lærene, forteller informantene også om samarbeid knyttet til kommunens fastleger. I en lengre utredning fra Eva om ulike samarbeidserfaringer, påpeker hun at henvendelser omkring unge til dem i skolehelsetjenesten sjelden er initiert av legene. Hun presiserer følgende om slike henvendelser: ”*(...)stort sett via lærere, barnevern, foreldrene ringer og er bekymret, BUP, sjelden fastlegene.(...) De tar sjelden kontakt, de bør bli mer opptatt av å ta kontakt*”.

Hvis en helsesøster derimot vurderer at en ungdom bør henvises til spesialist for videre undersøkelser om psykiske plager, er reglene slik at en formalisert henvisning skal være underskrevet og godkjent av en lege. Lise kommenterer slike forhold: ”*Vi skriver henvisningene, men vi må ha en underskrift, vi har relativt gode kontakter, men det er en terskel vi skal over*”. I intervjuet med Lise nevner jeg Evas poeng om at legene sjelden tok kontakt med skolehelsetjenesten. Lise kommenterer det slik:

Det stemmer nok, men det handler også om oss, at vi ikke er gode nok til å sende ut informasjon, noen leger mente vi tok pasienter fra legene ved ungdomshelsestasjonen.

Lise forteller at hun henviser mange unge til fastlegene, men presiserer likevel: ”*Jeg henviser mange til fastlege, men jeg erfarer at mange av de unge ikke vil gå til fastlege med de problemstillingene de kommer til oss med*”. Hun sier videre: ”*De er i en alder der de ikke vil gå til fastlegen, flere har jo også vært familielegen siden de var unge*”. Lise forteller også at samarbeidet med legene er viktig, men også utfordrene, noe hun uttrykker på følgende måte:

Synes dette samarbeidet er viktig. Men noen leger vil jo helst ikke jobbe med så mange andre, de vil helst jobbe alene og kan det best. Jeg skulle kanskje ønske at det gikk andre veien også. Når legen opplever problemer med elever som går på skolen kunne de har ringt til oss, i stedet for å henvise til ditt og datt. Vi er tilstede her og det kan være en fordel at ting løses på lavest mulig nivå.

Lise holder litt igjen og jeg kan se at hun kvier seg litt til å utdype mer om disse samarbeidsrelasjonene. Likevel reflekterer hun videre rundt samarbeidet med legene og benytter begrepet anerkjennelse i følgende uttalelse:

(...)men jeg har vært heldig å jobbe med leger som ser på oss som viktige samarbeidspartnere, de ringer og spør om ikke jeg kan ta denne saken etc. Det er viktig at de har respekt for oss som fagpersoner, men jeg opplever ofte at ikke alle legene anerkjenner oss, men de anerkjenner vel ikke så mange andre heller.

6.3.4 Er det større enn jeg makter så ringer jeg

Ikke bare lærere og leger blir trukket frem som samarbeidspartnere av helsesøstrene, også barnevernet, BUP (Barne og ungdomspsykiatrisk poliklinikk) blir trukket frem. Dette er tjenester som er ulikt organisert i landet. Barnevernet i ”min kommune” er samorganisert med helsesøstertjenesten, mens BUP tilhører spesialisthelsetjenesten.

Eva trekker frem sine erfaringer med barnevernet og sier følgende: ”Vi er lagt inn under barnevernet, ikke bedre nei, men jeg har et veldig godt samarbeid(...)det er nok veldig personavhengig”. Personavhengigheten er også noe Anne er inne på i sine erfaringsyttringer rundt samarbeid med andre: ”(...) er det noe, men jeg får ikke tak i det, og er det større enn jeg makter så ringer jeg til Kari eller Per på BUP og får en vurdering”. Lise er inne på lokaliseringen av BUP, hun sier: ”Vi ønsker at ting skal gå kjapt det går på tilgjengelighet, ikke være så langt unna.” Videre sier hun:

Vi har bedt om å få en fast kontaktperson på BUP på skolen. Vi ser at en del (unge) detter ut når de må til BUP. Langt å gå for noen. Det er en dørterskel, (...) viktig å gå ut av kontorene og være der elevene er.

Samarbeidet med barnevernet er noe flere av intervjuobjektene er inne på. Under intervjuet med Anne fremhever hun et ønske om at de som helsesøstre skulle ha fått en mer markant posisjon i forhold til barnevernet, hun sier:

Skulle ønske at en kom i posisjon, men dørene lukkes, misforstått, lovene gjør det ofte vanskelig. Barnevernloven er ment å komme barnet til gode, vanskelig å vurdere hva dette er.

Lise har også erfaringer rundt kontakten med barnevernet. Noe hun uttrykker som: ”Det er lettere å gå til helsesøster enn barnevernet”.

6.3.5 Legge til rette for mer omsorg i hjemmene

I mitt materiale omkring helsesøstrenes samarbeidserfaringer har også forslag til nye typer for samarbeidsrelasjoner blitt brakt på banen. Her forslår helsesøstrene en rekke ulike tiltak.

For eksempel foreslår Eva at følgende kan gjøres for å styrke hennes arbeid ved skolene: ”

Jeg ønsker meg en fast psykolog eller BUP her, slik at jeg lett kunne få snakke med dem, jeg kunne være koordinator, trenger ikke da å henvise, men gjøre det her(...)”.

Lise på sin side, bringer frem det hun betegner som sine ønsker for de unge fremover. Ønskene baserer hun på egne erfaringer fra et lavterskeltilbud i videregående skole. Lise sier følgende:

(...) ønsketenkning videre med disse (...)et program, det heter LEV, gjennomførte dette lavterskeltilbud i videregående skole(...). Tilbudet er en pakke på inntil 10 timer terapi hos VOP/BUP, hvis de trenger mer henviser de i sitt system. Er veldig glad for dette. Bruker dette mye (på videregående skole), jeg ønsker et tilsvarende tilbud for barn i barneskolen og ungdomskolen.

Lise har også andre tanker rundt hvem og hva andre former for samarbeid kan bestå i. Hun opplever at manglende omsorg i hjemmene hos noen unge som sliter med psykiske plager er et problem som det bør gjøres noe med. I sine tanker om slike forhold forteller hun om hvilke grep hun mener kunne vært satt i gang, og sier:

Jeg har i mange år kjempet for å ansette en type hjemmekonsulent som vi kunne få bruke ut i familier, en raus flott dame som kunne gå ut å hjelpe og legge til rette for barnefamilier som strever på det praktiske, og legge til rette. Husk at mange som blir foreldre ikke har noen forbilder, de som selv bedriver omsorgsvikt har ikke lært hvordan omsorg kan drives, jeg tror at det er mange enkle grep som slik at de faktisk kunne klare det.

I denne delen av empirigjennomgangen har jeg hatt fokus på helsesøstrenes ulike erfaringer omkring samhandling med andre yrkesgrupper. Disse erfaringene vil i påfølgende del bli drøftet opp mot teoretiske perspektiv.

6.4 Drøfting av helsesøstres erfaringer om å kunne samhandle med andre yrkesgrupper

I denne delen presenteres drøftinger av funn knyttet til helsesøster erfaringer rundt det å samhandle med andre yrkesgrupper. Teoretiske aspekter knyttet til relasjoner, samarbeid og samhandling, benyttes for å belyse de ulike erfaringer som løftes frem i drøftingen.

Samarbeid eller samhandling?

Empiriske eksempler viser at helsesøstrenes samarbeid med andre faggrupper avhenger av hvilke problemomfang de vurderer ungdom har. Det kan i noen tilfeller være lærere i andre tilfeller barnevernstjenesten, BUP (Barne og ungdomspsykiatrien) eller leger. Den personlige relasjonen med enkeltpersoner ved disse tjenestene ser ut til å påvirke hvor godt et slikt samarbeid ble. I empirigjennomgangen fremkom det at når ungdommers psykiske problemer var store, hendte det at helsesøster tok kontakt med personer hun kjente fra før, ved andre fagområder. Hvem hun kontaktet var begrunnet i allerede etablert god personkjemi, tydeliggjort gjennom at det i slike situasjoner var lettere å ta en telefon til andre instanser hvis du kjenner fagpersoner der.

I mitt materiale trer skolen som arena og lærerne frem som gode partnere i arbeidet med tidlig å gripe fatt i unge som sliter med psykiske plager. Et inntrykk som danner seg ut ifra helsesøstrenes erfaringer, er at de ser på lærerne som gode ”lytteposter” ved at lærerne gir informasjon til dem om ungdom de mener trenger å bli fulgt opp. Eksempelene i empirigjennomgangen vitner om noe mer enn bare samarbeidsrelasjoner, som i litteraturen beskrives som en positiv innstilling, men løselige forpliktelse mellom enkeltpersoner i utførelsen av et arbeid (Orvik, 2004, s.256). Bildet som tegner seg er at helsesøstre og lærere er koordinerte og gjensidig tilpasset i arbeidet rundt ungdom. De handler med andre ord sammen, eller om en vil samhandler, noe som er mer forpliktende enn samarbeid (ibid). ”Limet” i denne samhandlingen som helsesøstrene referer til, tegner seg til å være basert på tillit, gjensidighet og likeverd samt en fellesforståelse om hva og hvordan det skal samhandles, rundt ungdom med psykiske plager. Dette bevisste forholdet helsesøstrene har til samhandlingen med lærerne kan, slik jeg tolker det, betraktes som bruk av samhandlingskompetanse. Noe som blant annet innebærer at det er etablert en gjensidig forståelse og tilpasning mellom helsesøstrene og lærerne om hverandres arbeidsoppgaver (Orvik, 2004). Samarbeidsrelasjonene som helsesøstrene referer til vitner også om en

gjensidig respekt og god kommunikasjon mellom helsesøstrene og lærerne. Momenter som har vært pekt på som sentrale for god samhandling (Nordahl et.al.2005).

Det har likevel tatt tid for helsesøstrene å få til god samhandling i skolen. Noen av helsesøstrene begrunnet dette med at det er ressurskrevende og tidkrevende å få ulike fagkulturer og institusjoner til å arbeide godt i lag. En strategi som helsesøstrene erfarte fungerte for å få innpass til gode relasjoner med lærerne, var at rammene for samtalene om elevenes psykiske helse var knyttet til den daglige rytmen og hverdagslige handlinger på skolene, som det å ta en kopp kaffe sammen. Denne måten å skape gode relasjoner på er interessant, både fordi kaffepraten ufarliggjør et kanskje vanskelig samtaletema og man likestilles ved at begge er to likeverdige parter som ”tar en kopp kaffe i lag”. Samtidig erfarer helsesøstrene at disse kaffemøtene blir en konkret lyttearena for dem, der de får informasjon om ungdom. En slik kontakt harmonerer med Skaus (2005) poeng om at alle møter med mennesker baseres på gjensidighet. Samtidig vitner relasjonen mellom helsesøster og lærere, over ”en kopp kaffe”, at en både kan være profesjonell og personlig i arbeidsrelasjoner. Dette fordi samtalene preges av både faglige tema og mer hverdagslige personlige forhold. Det å være profesjonell og det å være personlig i slike sammenhenger er ikke motsetninger (Skau, 2005, s. 42). Dette fordi en også i arbeidspregede relasjoner må åpne for både å gi av seg selv, tørre og å la seg berøre. Noe som igjen vil innebærer at en yrkesutøver er i stand til å være både personlig og faglig i sitt møte med andre (ibid). Et slikt samspill mellom profesjonell og privat oppfatter jeg er tilstede i relasjonene mellom helsesøster og lærer. Det er gjennom disse faste møtene med ”uformelt preg” at helsesøstre erfarer at det blir lettere for lærerne å komme med bekymringer overfor enkelte unge til dem som helsesøstere.

Erfaringene som fremkom i mitt materiale viser også at samhandlingen med skolene og lærerne kan bli brutt ved at helsesøstre i vikariat lettere kan bli flyttet enn fast ansatte.

Når samhandling ikke skjer

Det er også eksempler i kontakten med andre faggrupper at helsesøstrene ikke har fått til den samme gode samhandlingen som de erfarer med lærerne. Fastlegene og barnevernet trekkes frem som eksempler. De blir omtalt som viktige samarbeidspartnere og eksempler på gode samhandlingserfaringer ble trukket frem, men samtidig erfarer noen helsesøstrene i mitt materiale at forholdet til legene ikke er ukomplisert. I erfaringene som løftes frem, avspeiles

et bilde om at helsesøstrene til tider opplever en manglende anerkjennelse av dem som fagpersoner i kontakten med fastlegene i kommunen. Relasjonene preges til en viss grad av gjensidig misstillit og dårlig koordinering. Slike erfaringer kan si noe om en eksisterende skjevhet i ”maktbalansen” mellom helsesøstre og leger, noe som kompliserer den faglige samhandlingen (Orvik, 2004).

En av informantene reflekterte om mulige årsaker til at samarbeidet ikke alltid fungerte like bra. Hun trakk frem at det kunne handle om at de som helsesøstre ikke var tydelige nok på å formidle sin virksomhet utad. Dette ble også synliggjort i empirigjennomgangen ved at helsesøster i et tilfelle var usikker på hvem som hadde ansvaret på oppfølgingen av den unge når barnevernet hadde overtatt omsorgen. Noen av disse utydelighetene, tolker jeg dit hen har sammenheng med manglende rolleavklaringer og uklare signaler i nye oppgaver helsesøstrene opplever å bli tilført gjennom forskrifter, veiledere og planer. I disse erfaringsbeskrivelser ser vi igjen forhold som ble belyst i forrige drøftingskapittel, og som harmonerer med Alvstveits forskning (2002), at det kan knytte seg utydeligheter til avgrensninger av innholdet i helsesøstrenes faglige ansvar. Med andre ord kan en også i helsesøstrenes relasjoner til andre faggrupper finne uklarheter i forståelsen av roller. Noe som igjen kan være forhold som vanskeliggjør arbeidet overfor unge med psykiske plager.

Et annet poeng, som jeg også var inne på i første delen av empiripresentasjonen, er at helsesøstrene uttrykker at de i møter med andre faggrupper identifiserer seg med ungdommenes ”sak”. En slik identifisering der helsesøstre er talskvinner for ungdom med ulike vansker har i faglitteraturen vært beskrevet som brukergruppers *advokater*, ved at fagpersoner står last og brast med bestemte gruppers syn (Kleven 2007). Å innta en slik rolle i samarbeidsrelasjoner med andre faggrupper er nødvendigvis ikke bestandig enkelt. Man kan tenke seg at slike forhold kan være med på å skape misstillit i arbeid med andre fagfolk. Når helsesøstrene inntar en slik posisjon kan andre samarbeidspersoner synspunkter oppleves og ikke bli tillagt like stor vekt. Fordi helsesøstrene inntar en rolle der det er de som *forstår* hvordan den unges situasjon er. Andres faglige vurderinger kan da bli vanskeligere å få målbåret. I denne sammenheng vil jeg også trekke frem at under intervjuene, særlig rundt disse spørsmålene, merket jeg at helsesøstrene ikke ville si alt om hva og hvorfor samarbeidet til tider ble oppfattet som mindre bra. Det var med andre ord en del usagt rundt denne tematikken jeg enset. Noe som kan tyde på at helsesøstrene hadde meninger om relasjonene

med andre faggrupper som de ikke ville fortelle om.

Arena for samhandling

Når de psykiske plagene ikke er for store vitner empirigjennomgangen at helsesøstrene har gode erfaringer med små samarbeidsgrupper som de nødvendigvis ikke betegner som ansvarsgruppe, men som bærer preg av å fungere som noe i nærheten gjennom at samarbeidet er koordinert og rollefordelingene til en viss grad er tydeliggjort. I disse små ”halvformaliserte” ansvarsgruppene fremhever informantene at en har mulighet for en god kommunikasjon mellom ulike faggrupper, og samtidig mulighet for økt brukermedvirkning i samarbeid med ungdommene. Andre har erfaringer med at etablerte ansvarsgrupper fungerer som en bra arena for samhandling når problemene omkring unge er blitt store. Disse samarbeidskonstruksjonene kan også, slik empirigjennomgangen vitner om, bidra til en felles forståelse for de involverte fagfolkene, for hvordan legge opp arbeidet omkring unge med større psykiske plager. Noe som blant annet fremkom i erfaringen: *viktig at vi kommuniserer på tvers av yrkesgruppene for å finne gode løsninger,*

Lignende erfaringer som helsesøstrene her bringer frem, er ikke ulik erfaringer fra arbeid med individuelle planer (Gravrok, Andreassen og Myller, 2008). I evalueringsstudier på dette området pekes det på at ansvarsgrupper kan fungere som en god organisasjonsform for faglig samarbeid mellom ulike fagmiljøer, og samtidig bidra til aktiv brukermedvirkning. I evalueringer av arbeid med individuelle planer poengteres det at velfungerende ansvarsgrupper kan tydeliggjøre rolle- og oppgavefordeling, samt legge grunnlag for bedre kommunikasjon mellom fagfolk (ibid). Ansvarsgrupper ble ikke i alle sammenhenger oppfattet som hensiktsmessig av helsesøstrene, da de erfarte at for mange fagfolk kunne bli involvert i disse gruppene. Noe som kunne innebære koordineringsvansker for helsesøstrene.

Nye samarbeid og samhandlingsformer?

Empiriske eksempler viser også at helsesøstrene reflekterer rundt nye og andre samarbeidsformer. I intervjuene refereres det blant annet til et lavterskeltilbud som omhandlet et samarbeidsprosjekt mellom skolehelsetjenesten i videregående skole og spesialisthelsetjenesten. Dette er et prosjekt som helsesøstrene har tro på, og som ønskes utvidet til ungdomskolen. Andre ønsker at BUP skal ha en nærere fysisk tilknytning på skolene slik at terskelen blir lavere og en slipper henvisninger.

Lise på sin side, er veldig konkret i sine forslag om nye samarbeidsformer, hun foreslo: *”(...)en raus flott dame som kunne gå ut å hjelpe og legge til rette for barnefamilier som strever på det praktiske”*. Et slikt forslag der en kan nyttiggjøre ikke profesjonelle til både å vise omsorg og ta seg av praktiske saker overfor folk som sliter ligger tett opp til ”LEON-prinsippet”. Et slikt ”prinsipp” setter fokus på at hjelpen i psykisk helsearbeid bør gis på lavest omsorgsnivå (Sosial- og helsedirektoratet, 2006). Det å støtte opp om omsorgsforhold til familier og unge som sliter kan også ses i lys av en styrking av beskyttelsesfaktorer. Slike beskyttende forhold blir i en nylig utgitt veileder omkring tidlig intervensjon trukket frem som sentralt for å hindre at unge skal utvikle problemer (Helsedirektoratet 2009).

Oppsummering

I denne delen har jeg drøftet hvordan helsesøstrene erfarer å samarbeide med ulike yrkesgrupper. Hvem de samarbeider med er avhengig hvordan de vurderer ungdommens problemomfang. Etablerte bekjentskap spiller inn for hvem helsesøster kontakter av andre faggrupper. Skolen som arena og lærerne peker seg ut som gode partnere i arbeidet med tidlig å gripe fatt i unge som sliter med psykiske plager. Helsesøstrene opplever lærerne som gode ”lytteposter” som gir informasjon til dem om ungdom de mener trenger å bli fulgt opp. Helsesøstre og lærere er koordinerte og gjensidig tilpasset i arbeidet rundt ungdom rundt skolearenaen. Den samhandlingen som avtegner seg i disse relasjonene vitner om at helsesøstrene gjør bruk av en samhandlingskompetanse i arbeidet. Fastlegene blir omtalt som viktige samarbeidspartnere, men samtidig erfarer noen helsesøstrene i mitt materiale at samhandlingen med legene kan være komplisert, og preget av uklarheter. Små ”ansvarsgruppelignende organiseringer” oppleves av helsesøstrene som en bra måte å samhandle på. Når de psykiske plagene hos unge er blitt store erfares en mer formalisert organisering i ansvarsgruppe som hensiktsmessig, selv om flere av helsesøstrene påpeker at samhandlingsutfordringene kan bli store når mange fagfolk er involverte. Helsesøstrene reflekterer i mitt materiale også rundt nye og andre samarbeidsformer, særlig ikke-profesjonaliserte lavterskeltilbud som det å støtte opp om omsorgsforhold til familier som sliter, trekkes frem.

6.5 Helsesøstres erfaringer om å ha kompetanse og muligheter til møte nye krav.

En annen tematikk som informantene forteller om, er deres erfaringer knyttet til egen kompetanse og deres mulighet til å møte nye krav. En slik tematikk både inngår og har paralleller til empiridelene som allerede er gjennomgått. Tematikken skiller seg likevel ut fordi den også får frem ulike omkringliggende forhold som helsesøstre erfarer er viktig i deres arbeid overfor unge som kan ha psykiske plager. I denne delen av empirigjennomgangen belyses derfor helsesøstrene erfaringer omkring nye kompetansekrav, prioriteringer av ressursbruk, statlige føringer, nye veiledere som eksempler på slike utenforliggende forhold som påvirker arbeidet deres.

6.5.1 Mer forskningsbaserte metoder

I møte med ungdom og økte faglige krav reflekterer helsesøstrene omkring egne faglige vurderinger og kompetanse. Screening eller dialog? Behandle eller ikke behandle?, er eksempler på spørsmål og til dels vanskelige avveininger som løftes frem i intervjuene.

Tar vi utgangspunkt i hvilken kompetanse helsesøstrene selv oppfatter som god faglig ballast trekker de gjerne frem sin sykepleiebakkgrunn og de mange tilleggsutdannelsene som de har. Anne forteller i den sammenheng. ” *Jeg bruker ofte mitt sykepleierhode. Ære være min sykepleierbakgrunn, vi må tenke med alle hodene*”. Og ”tenke med alle hodene” begrunner Anne, i mitt oppfølgingsspørsmål til henne, med å bruke hele bredden av sin helsesøsterkompetanse i møte med unge. Dette er også noe Lise er opptatt av, hun sier: ”*Vi opptatt av å ha en holistisk tilnærming, se hele mennesket*”.

En av helsesøstrene som er kognitivt utdannet, tydeliggjør betydningen av denne kompetansen i et eksempel om sine vurderinger i møte med en ungdom: ” *Det er godt å ha min kompetanse via det å være kognitiv, lurert ikke, vet at dette for eksempel er sosial angst*”. Hun forteller videre at hun føler seg trygg på sin egen kompetanse:

Jeg har tryggheten, jeg har lært underveis og vet at jeg har en del kunnskap som gjør meg trygg(...). Jeg kan henviser på det jeg ser og observerer, trenger egentlig ikke tester og verktøy. (...) nå mer krav om forskningsbaserte metoder (...) vet ikke om vi trenger slike tester, jeg konkluderer uten alle disse verktøyene, vi har god kompetanse.

Selv om hun i sitatet over forteller at hun har en trygghet i sin kompetanse gjennom at hun henviser unge som sliter på bakgrunn av det hun ser og observerer, bringer hun likevel inn et annet interessant kompetansekrav som hennes praksis blir stilt overfor. Nemlig kravet om å benytte mer forskningsbaserte metoder i arbeidet med unge. I den videre samtalen, uttrykker hun en frustrasjon over det hun oppfatter som skiftene faglige krav til helsesøstrene hun sier: *”(...) flere og flere pålegg, helsevesenet går fra den ene grøfta til den andre. Fra screening til dialog, er nå på vei tilbake til screening, vi skal nå begynne å veie alle fireåringene”*.

I uttalelsene fra Kari kommer også ulike refleksjoner om kompetansekrav frem. I vår samtale om dette temaet opplever jeg at hun ønsker å fortelle meg at hun i sin praksisutøvelse er forskningsbasert. Noe hun påpeker gjennom at: *”har videreutdanning, den skal være forskningsbasert”*. Videre i samtaleforløpet reflekterer hun omkring krav til bruk av screeningbaserte metoder på den ene siden og viktigheten av å ha samtaler med ungdommene på den andre. I det samtalen avsluttes blir hun mer tvilende økt bruk av forskningsbaserte instrumentelle metoder, hun føyer tankefullt til: *”Kanskje det av og til er nok med omsorg (...)”*.

Flere av mine informanter er også usikre på om de driver, eller skal drive behandling eller ikke overfor unge. I samtalen med Lise ble dette forholdet tydeliggjort gjennom hennes noe usikkerhet til hvordan hun skal håndtere unge som hun mistenker det kan ha alvorlige psykiske plager. Hun forteller:

(...) jeg skal ikke stille diagnose eller behandle (...), det er klart at mye av det vi driver med er en type behandling, men hvor går skillet mellom hva som er behandling og hva som er samtaler? (...), men det er klart at mye det vi gjør er en type behandling.

Eva på sin side opplever at skiftene og ulike faglige fokus påvirker hennes praksisutøvelse, hun kommer med eksempler fra skolehelsetjenesten:

(...) jobber med enkeltindivider, skal nå observere og plukke ut de som er i en eventuell risiko. Dette påvirker helsesøsters jobb, tilnæringsmåten må endres, jobbet tidligere med faste kontroller på gitte årstrinn, stor endring, påvirker jobben på mange måter. Skolehelsetjenesten endres, (...) reagerer nå på signaler, trekker ut de som plages.

Lise på sin side synes at det å veie mellom en generalisttilnærming og spesialisering kan være en vanskelig avveining, noe hun uttrykker slik: *”Vi er generalister, det er av og til*

utakknemlig da vi ikke får gått i dybden,(...) skal du bli knallgod i amming klarer du ikke å være knallgod på rus, psykiatri (...)”.

6.5.2 Trenger flere briller for å se en helhet

Når mine informanter reflekterer rundt egen kompetanse og ulike kompetansekrav de står overfor, trekker de også inn strategier om hvordan de håndterer ulike kompetansespørsmål. Kari viser i den sammenheng til hvordan hun handler når hun er usikker eller trenger faglige råd, hun forteller:

Jeg bruker mange på helsestasjonen, særlig den fagansvarlige. Jeg har god nok kompetanse, men ber også om veiledning når jeg kommer til kort. Det synes jeg fungerer veldig greit

Eva er også opptatt av at helsesøstrene som arbeider med ungdom ikke bare arbeider alene, de har også tid og mulighet til å reflektere sammen med andre, både lærere og egne kollegaer nevnes. Hun uttaler i den sammenheng: ”(...) *vi er ikke alltid enige i hva vi ser, trenger flere briller for å se en helhet. Det er ikke alltid en skal gjøre noe*”.

Et annet moment som Eva trekker inn under vår samtale omkring kompetansebehov er at helsesøstrene møter de ulike utfordringene samlet. Hun beskriver det ved en rekke ganger under intervjuet å fortelle meg at *vi* helseøstre gjør slik, eller *vi* er slik. Noe følgende uttalelse fra henne, omkring hvordan de som helsesøstre håndterer nye kompetansekrav på, kan være et eksempel på: ”*Vi er en oppegående gjeng med en stor faglighet, vi henter jo oss bare kompetanse, når vi ikke strekker til skaffer vi oss kompetanse (...) Vi hungrer hele tiden*”.

6.5.3 Mindre ressurser og tid

I mitt materiale fremkommer ikke bare erfaringer omkring økte kompetansekrav og håndtering av disse, men også om den tid og de ressurser som er til rådighet til arbeidet overfor ungdom som sliter. Flere av informantene ser ressurspørsmålene i lys av Opptappingsplanen. Planen bidro til å prioritere psykisk helsearbeid i kommunene ved at de øremerkede midlene som fulgte medførte at det ble opprettet flere stillinger rettet mot dette arbeidet. Annes erfaringer her er talende i så måte: ” *Opptappingsplanen muliggjorde å sette inn ekstra ressurser*”. Ved opptappingsplanens slutt ble det imidlertid færre ressurser til arbeid knyttet til psykisk helse. Kari opplever det på følgende måte:

Det er ikke noe tvil om at nedskjæringene merkes. Stillingene vi fikk i

opptrappingsplanen er nå borte. Merker helt klart nedskjæringer, mindre spillerom. Kommunen har kronisk dårlig økonomi.

Også Anne er opptatt av at arbeidet deres overfor ungdom kan bli berørt av færre ressurser, hun sier: ” *Ja, vi er livredde for å få mindre ressurser. Ressurstilgangen er viktig, vi ønsker mer tilstedeværelse på skolen*”. Endringer i tiden som blir brukt overfor ungdom på skolene er noe flere helsesøstre er opptatt av. Lise påpeker: ” *jeg har mistet en 20% stilling på ungdommens helsestasjon, dette går utover oppfølgingen (...)*”. Lise på sin side reflekterer rundt ressursendringer på følgende måte:

I mange år nå har vi kjempet oss inn på nye områder, vi har måttet fulgt opp skolehelsetjenesten, vi har bydd mye på oss selv, vært veldig tilgjengelig, det koster å komme inn på nye arenaer, det og da skulle stramme inn er ikke enkelt.

Anne, som har lang erfaring som helsesøster, skuer i intervjuet tilbake på sin yrkeskarriere. Hun reflekterer rundt de mange endringene ” *som har kommet utenfra*” som hun sier, før hun videre penser sine synspunkt inn mot varierende ressurstilgang; ” *(...) er jo litt trenden i helsevesenet, der en har fått en tjeneste til å fungere, der legges den ned, vi skal spare og knipe inn og vi skal jobbe raskere*”.

Ikke bare ressurser i form av stillingsressurser, tid og penger nevnes av helsesøstrene som utenforliggende forhold som påvirker deres virke. Informantene har også erfaringer og sterke meninger knyttet nye offentlige pålegg. For eksempel Anne, hun sier: ” *flere og flere pålegg, helsesøstrene får ting i fanget hele tiden, endres hele tiden, er i en støpeskje hele tiden. Nye veiledere*”. Når Eva forteller om hvordan hun mener arbeidsdagen deres blir påvirket utenfra, er hun inne på at det er vekslende politiske føringer, både nasjonalt og lokalt som er årsaken til nye og endrede pålegg. Hun er inne på at helsesøstertjenesten har hatt en god legitimitet i sitt arbeid overfor unge med psykiske plager gjennom føringene som ble lagt til grunn i Opptrappingsplanen. Også på lokalt plan har støtten blant politikerne vært bra for dette arbeidet, eller som hun uttrykte: ” *Vi er på en måte en premiekommune*”.

I tilknytning til hvordan politiske føringer påvirker deres arbeidshverdag, trekker noen av informantene inn den totale mengden nye statlige veiledere de må forholde seg til, i kjølevannet av endrede politiske føringer. Anne forteller: ” *(...)politiske føringer, store endringer, nå skal vi gjøre sånn, nye veiledere, pålegg og nye oppgaver(...)*”. Ulike veiledere i arbeid med forebyggende tematikk som psykisk helse, rus og tidlig intervensjon nevnes av

helsesøstre som nylige dokument de har måttet sette seg inn i.

6.5.4 Pandemivaksinen, alt annet ble lagt bort

Helsesøstre har flere konkrete eksempler på at arbeidet overfor unge og psykisk helse, kan bli lagt bort for en periode, ved at de pålegges andre oppgaver. I perioden som intervjuene av helsesøstre ble foretatt kom det pålegg fra Helsedirektoratet om at helsestasjonene skulle prioritere å vaksinere befolkningen for den varslede svineinfluensa pandemien. Dette vaksinearbeidet ble helsesøstre involvert i. Under intervjuene ble nettopp denne situasjonen brukt for å illustrere at arbeidet med unges psykiske helse ble tilsidesatt. Anne forteller om sine erfaringer knyttet til pandemivaksineringene:

(...) nå kommer pandemivaksinen, alt annet blir lagt bort. Hvem har bestemt det? Helsesøstre som skal vaksinere, vet ikke hvorfor kun helsesøstrenes skal gjøre dette, vi bør være flere, kan ikke ta inn flere, det koster penger. Vaksinering blir nå prioritert, vi må slutte midlertidig med oppfølging av elever. Jeg tror det er bestemt lokalt her at dette skal vi gjøre. Det har vært vanlig at helsesøster har vaksinert. Nå blir samtalegruppene for 8 klasse borte (...), legges nå bort på grunn av vaksinen.

Lise ser også problemene som oppstår rundt de økte arbeidsoppgavene de fikk med pandemivaksinasjonen av kommunenes befolkning. Hun sier: *"(...) annet må vike for vaksinen, jeg fikk spørsmål nå om og vaksinere, det er sårbart å være borte fra skolen jeg er kjempeopptatt av og ikke svikte ungdommen"*. Anne er oppgitt over situasjonen som oppsto i kjølvannet av at de ble satt til vaksineringsarbeidet. Hun reflekterer rundt hvorfor ikke andre enn helsesøstre kunne utført denne vaksinasjonen, og føyer til: *"Helsesøstre blir brukt til vaksineringen, andre sykepleiergrupper kan vel også brukes, helsestasjonsarbeidet er ikke akutt"*. Også Eva er inne på at når situasjoner som pandemien og massevaksinering oppstår, da blir det langsiktige arbeidet med å følge opp ungdommer på skolene ikke prioritert, og i noen tilfeller brutt. Hun avslutter sin refleksjon omkring vaksinasjonseksemplet med å si: *"Psykisk helse hvordan er det med det?(...)hvor mye skal en bruke på dette, ingenting står det(...)"*.

6.5.5 Snille piker

I tilknytning til påtrykket av nye veiledere, pålegg og oppgaver forteller også mine informanter noe om hvordan de håndterer disse kravene. Noen av helsesøstre påpeker at ved at de stilles overfor nye krav opplever de å være endringsvillige. I intervjuet med Anne trekker hun frem sin endringsvillighet. Hun uttrykker det på følgende måte i sin refleksjon

over hvordan hun håndterer ulike arbeidsoppgaver: ”vi er også veldig endringsvillige (...)”. Opplevelsen av at de er endringsvillige mener derimot Lise kan slå tilbake på dem selv, fordi de da kan påta seg for mange oppgaver. Hun omtaler seg og sine kollegaer i slike situasjoner som ”snille piker”, og kommer med følgende uttalelse i tilknytning til tematikken:

Dette er noe av vårt problem. Mannen min sier at jeg jobber forferdelig mye, jeg er ikke alene det gjør alle på denne arbeidsplassen. Han har nevnt for meg at det må vises at dere blir nedskjært, dere skjuler (...). Vi er kjempesnille, alt arbeidet vi står i blir veldig personlig og nært, du svikter jo ikke ungdommen. Skjønner du? Jeg tror det er slik for alle som jobber her, idealismen er drivkraften min i alle fall. Det gir det en flow, det er vanskelig å skulle redusere noe på det du er så glad i, noe du tror på.

Lise avslutter sin refleksjon her med å si: ”(...)i høst har vi sprunget som noen tullinger, overtid er det ikke snakk om, paradoks ingen ledige stillinger, vi er så kjempeglade i jobbene våre”.

I denne tredje delen av empirigjennomgangen har jeg løftet frem informantenes erfaringer til det å ha kompetanse og muligheter til møte nye krav. I påfølgende del, 6.6, drøftes erfaringene i lys av teori.

6.6 Drøfting av helsesøstrenes erfaring om å ha kompetanse og muligheter til å møte nye krav

I denne delen drøftes funn omkring helsesøstrenes erfaringer om å ha kompetanse og muligheter til å møte nye krav. Tema som løftes frem i drøftingen er utydeligheter i utøvelsen av helsesøsterrollen, rom for helsefaglig refleksjon, felles referanseramme i arbeidet og utfordringer i å prioritere mellom ulike arbeidsoppgaver.

Utydeligheter i helsesøsterrollen

Et helhetsinntrykk er at informantene vurderer at de selv har god kompetanse til å håndtere arbeidet omkring ungdom med psykiske plager, både i relasjonene med ungdom og andre med faggrupper. Samtidig kan det spores tvetydigheter på dette området i deres refleksjoner, blant annet eksemplifisert gjennom en av helsesøsterens opplevelse av økende krav til forskningsbaserte metoder og verktøy. Hun signaliserte en trygghet rundt egen kompetanse i å møte unge, men samtidig føyde hun til en usikkerhet gjennom at; ”nå mer krav om forskningsbaserte metoder (...) vet ikke om vi trenger slike tester.” Også andre av

informantene hadde lignende tvetydigheter i sine refleksjoner der en både konkluderte med at en var trygg på sin kompetanse, men samtidig ytret en viss usikkerhet om nye faglige krav til helsesøstertjenesten. Slike krav kommer gjerne til helsesøstrene gjennom nye forskrifter og veiledere. I tillegg, som vist i del 6.2, kan uklarheter merkes i vurderingene av om de driver behandling over for unge eller ikke. Disse tvetydighetene og litt usikkerheten som fremkommer i empirigjennomgangen kan ses i sammenheng med at helsesøsterrollen har vært i stor endring de siste årene. Mens helsesøstere tidligere hadde en selvstendig og tydelig rolle, stilles det i dag andre krav til helsesøstere, og innholdet i deres helsefremmende arbeid har endret seg over tid (Sollnes og Tønjum, 2008). Dette er krav om blant annet å ivareta generalistperspektiv og kunnskap om sammenhenger til økt krav om bruk av forskningsbaserte metoder og strategier innefor mer spesifikke fagtema.

Tidligere studier har pekt på lignende utydeligheter og uklarheter i helsesøsterpraksisen. Slike forhold begrunnes i at helsesøstre gjennom sin kompetanse og fagbakgrunn er bærere av ulike tradisjoner, den helsefremmende – og (sykdoms) forebyggende (Alstveit, 2002). Noe som igjen kan medføre usikkerhet om hva helsesøsterrollen skal innebære. Denne utydeligheten i utøvelsen av helsesøsterrollen belyses også i Neumanns (2007) forskning. Hun får frem dette poenget ved å vise til at helseøstre er tilknyttet det medisinske feltet gjennom sin sykepleierbakgrunn, men samtidig også er bærer av en helsefremmende tradisjon gjennom sin helsesøsterutdannelse. Det er i følge Neumann det medisinskfaglige som er normgivende, helsesøsteridentiteten bare delvis preger hennes faglige identitet (ibid, 218,219). Uklarheter i rolleutøvelsen, slik jeg forstår Neumann, kan oppstå i balansegangen mellom det å ha fokus både på det konkrete individet som skal pleies, til den generaliserte barnebefolkningen.

Innenfor profesjonsfag har debatten omkring hvilket krav en skal sette til helsefaglig kompetanse vært debattert i lengre tid (Sykepleien, 2009). Dette er en stor og til dels kronglette fagdebatt der innholdet i begreper som forsknings -, evidens -, kunnskaps – og erfaringsbasert kunnskap tillegges ulikt innhold og verdi (ibid). Det er ikke denne studiens hensikt å fordype seg på dette området, men det er allikevel interessant å registrere, som vist i empirigjennomgangen, at kompleksiteten omkring ulike kunnskapssyn kan spores i helsesøstrenes rolleutøvelse.

Helsefaglig refleksjon

Empirigjennomgangen antyder at noen av informantene gir seg tid og rom, både selv og i lag

med kollegaer, til å reflektere omkring faglige krav og utfordringer. Blant annet eksemplifisert i empirien gjennom helsesøsteren som ” *bruker mange på helsestasjonen .*” Det å gi rom for refleksjoner på arbeidsplassen rundt egen praksis har innenfor helsefaglige utdanninger blitt fremhevet som viktig (Molander 1996). Innen sykepleien for eksempel, har en gjennom undervisning og veiledning mulighet for å øke egen kompetanse ved å reflektere sammen med andre, noe som kan komme pasientene til gode. En ikke uvanlig lære - og refleksjons relasjon er ”mester – elev” forholdet som innebærer at det gis mulighet for en mer erfaren sykepleier å vise uerfarne ulike former for praksis. Et slik praksis avtegnet seg i mitt materiale blant annet i uttalelsen omkring bruk av fagansvarlig når en helsesøster ”kom til kort” i arbeidet, som hun uttrykte det. Schön (i Molander ,1996) påpeker at i praksis viser kunnskapen seg i handlinger. Denne type kunnskap kan ikke læres gjennom kun teori, men læres og øves inn ved refleksjon i praksisutøvelsen. I handlingen kan en også lære seg holdninger og ulike tilnæringsmåter, eller reflektere over hvordan en ikke ønsker å utøve sykepleie på (ibid). Nettopp et slikt rom for refleksjonspraksis mener jeg å spore i uttalelsene fra helsesøstrene i mitt materiale. Et viktig moment her er at ledelsen bør tilrettelegge for dette refleksjonsrommet på arbeidsplassen (Trefjord og Hatling, 2004). Om leder hadde tilrettelagt for dette fremkom ikke direkte i uttalelsene fra mine intervjuobjekter, men på bakgrunn av de erfaringene som helsesøstrene kom med, antar jeg at også helsesøstrenes leder hadde en bevissthet om dette.

Felles referanseramme

Et annet poeng som kan ses i sammenheng med helsefaglige refleksjon, er at helsesøstrene i intervjuene gjerne omtaler seg selv og sitt arbeid med unge ved ofte å benytte ”felleskapsordet” *vi*. Denne samhørigheten som gjerne blir tydeliggjort gjennom at *vi* (helsesøstre) er opptatt av, eller at *vi* (helsesøstre) har en slik eller slik oppfatning, vitner om at helsesøstrene som jeg har intervjuet kan sies å ha en felles referanseramme for hvordan de skal tilnærme seg arbeidet overfor unge med psykiske plager. I evalueringer av psykisk helsearbeid har felles forståelse rundt faglig tenkning og arbeidsmåter hos fagansatte og ledelse blitt fremhevet som et viktig poeng for å lykkes i arbeidet (Trefjord og Hatling, 2004). Dette fordi det da er opparbeidet en felles enighet og trygghet på arbeidsplassen om hvilke retninger en skal arbeide etter (ibid).

Endringer i ressurser og helsesøstre som dras mellom ulike arbeidsoppgaver

Helsesøstrene reflekterer over at ressursene som fulgte med Opptappingsplanen og som muliggjorde å sette inn tiltak rettet mot unge og psykisk helse nå er borte. Det uttrykkes en bekymring over at manglende ressurser vil gå utover deres arbeid med denne gruppen. De har allerede merket nedskjæringene, men arbeidsoppgavene ligger der. Stadig nye føringer fra statlig hold i form av lover, forskrifter og veiledere og variasjoner i ressurstilgangen påvirker deres arbeidsdag. Det kommer frem gjennom intervjuene at det oppleves som et dilemma at det stadig kommer nye satsningsområder og pålegg fra statlig hold, men det er ikke klarhet i hvor mye av tiden en skal bruke på de enkelte arbeidsområdene. Et eksempel som trekkes frem er pandemivaksineringen som helsesøstre ble involvert i. Alt annet arbeid ble lagt til side, også oppfølgingen av unge med psykiske plager. Dette skjer selv om de selv ønsker å holde tak i arbeidet overfor unge. Helsesøstrene reflekterer i den sammenheng omkring egen endringsvillighet og at deres fleksibilitet kan ha sin pris. En arbeidsmessig ”spagat” er en betegnelse som er blitt benyttet på kommunalt ansatte som opplever at de dras mellom for mange arbeidsoppgaver. Mengden arbeidsoppgaver kan gjerne være knyttet til både oppfølging ulike brukergrupper samtidig som en har oppgaver av mer overordnet karakter. Slike overordede oppgaver kan i kommunesektoren være større koordineringsoppgaver knyttet til samarbeid med andre yrkesgrupper, planarbeid og andre mer systembyggende oppgaver (Baklien 2007). En slik ”spagat beskrivelse”, der en kommunal fagansatt blir dradd mellom ulike arbeidsoppgaver, harmonerer slik jeg tolker det, med opplevelsene helsesøstrene beskriver i min empirigjennomgang.

Oppsummering

I denne delen av studien har jeg drøftet og pekt på at helsesøstrene i all hovedsak oppfatter å ha tilstrekkelig kompetanse til å møte unge som kan ha psykiske plager. Usikkerhet om innholdet i helsesøsterrollen kan imidlertid oppstå i flere sammenhenger. Blant annet i møte om krav omkring mer forskningsbasert praksis, nye føringer og veiledere. Noe av denne usikkerheten håndterer helsesøstrene, ut fra mine tolkninger, ved å gi seg tid og rom til helsefaglige refleksjoner. Nettopp for bedre å håndtere faglige utfordringer og utydigheter i arbeidet. Videre sier helsesøstrene at de opplever at andre arbeidsoppgaver kan være i konkurranse med det arbeidet de ønsker å utføre overfor unge med psykiske plager. Helsesøstrene i mitt materiale oppfatter at de er endringsvillige og fleksible i sin tilnærming til endringer i rammebetingelsene. Samtidig opplever de gjennom sin fleksibilitet å dras i en ”

arbeidsmessig - spagat” mellom arbeidet med unges psykiske helse og andre økende arbeidsoppgaver. Resultatet blir da, ifølge empirigjennomgangen, at arbeidsoppgaver omkring unges psykiske helse i økende grad blir nedprioritert.

7. Avslutning

Mitt hovedanliggende i dette studiet har vært å beskrive, reflektere og drøfte analytisk hvordan helsesøstere erfarer og håndterer arbeid med unge med psykiske plager. Denne problemtilnærmingen har jeg ønsket å belyse gjennom spørsmål om hvordan helsesøstere erfarer å møte unge med psykiske plager, hvordan de erfarer samhandlingen med andre yrkesgrupper og hvordan de erfarer å ha kunnskap og muligheter til å prioritere å møte nye utfordringer i dette arbeidet. I tilknytning til de tre empirigjennomgangene i kapittel 6 ble funn knyttet til disse tre spørsmålene drøftet. I denne avslutningsdelen ønsker jeg å presentere hovedtrekkene i disse funnene og samtidig reflektere over bruk av valgt teori og egen fremgangsmåte.

I tilknytning til spørsmålet om hvordan helsesøstere erfarer å møte unge med psykiske plager, har det i studien blitt vist at relasjons- og tillitsbygging gjennom tilgjengelighet på ungdoms egne arena og hverdag prioriteres av helsesøstrene. En slik tilstedeværelse - og ”åpen dør” tilnærming fungerer som et lavterskeltilbud overfor ungdom. Større åpenhet om psykisk helse i samfunnet og helsesøstrenes tilgjengelighet fremtrer i mitt materiale som sentrale utgangspunkter for å kunne bygge tillit og gode relasjoner overfor ungdom, og erfares av informantene som kjernen for å kunne utføre et godt arbeid overfor unge med psykiske plager.

Å innta et ressurs - og mestringsfokus overfor unge, erfares av helsesøstrene å være gode helsefremmende strategier. Informantene viser til at de forsøker å støtte opp om ungdommenes ulike interessefelt og forteller at det ungdommen gjør og kan er viktig å løfte frem. Å la ungdom få medvirke på ulike områder har vist seg å være viktig for helsesøstrene i mitt materiale. Eksempelene i mitt materiale er flere på at de stimulerer unge til medvirkning gjennom å anerkjenne dem som kompetente og likeverdige samtalepartnere. Samtidig kan empirien vitne om at dialogen mellom helsesøster og unge i noen tilfeller kan bære preg av distanse og et tilskuerperspektiv. Dermed kan det være en fare for at hun ikke forstår den unge godt nok og kan tillegge dem plager de selv ikke mener å ha.

I møtene med unge fremkom det at informantene fanger inn stemning, følelser eller inntrykk hos den unge. Dette innebærer at de kan fornemme at det ligger noe mer bak, enn bare det som ungdommene formidler verbalt. Denne bredden i bruken av ulike sanseintrykk som fremtrer i mitt materiale ligger til grunn for de vurderinger og tiltak som helsesøstre igangsetter overfor ungdom. Noen samhandlingssituasjoner, for eksempel knyttet til ordinære hverdagslige hendelser, kan synes viktigere enn andre, og fremstå som ”gylne øyeblikk” i møtene mellom helsesøster og ungdom.

Bruk av tekstmeldinger og e-post for å nå og holde kontakten med ungdommene blir fremhevet av flere informanter som kommunikasjonskanaler som både er effektive, relasjonsskapende og samtidig er det en form som unge føler seg vel med. I studien fant jeg også eksempler på at denne bruk av ”ungdomsvennlig teknologi” ga helsesøstre mulighet for at kunne gi både nærhet og omsorg.

Slik jeg oppfatter helsesøstre, uttrykker de at det til tider kan være utfordrende å skulle vurdere om hva som er normale ungdomsproblemer eller mer problematiske. Noe av tvetydighetene omkring vurderinger av psykiske plager som fremkommer i studien kan ha sin rot i uklare grenseoppganger mellom helsesøstrenes utøvelse av både en helsefremmende og (sykdoms) forebyggende tradisjon. Tradisjoner som helsesøstre gjennom sin fagbakgrunn er bærere av.

I tilknytning til studiens andre spørsmål, om hvordan helsesøstre erfarer samhandlingen med andre yrkesgrupper, erfarer informantene at samarbeidsrelasjoner med andre fagfolk er grunnnet i hvilke problemomfang de vurderer at ungdom har. Personkjemien er viktig for hvem helsesøstre kontakter i andre fagmiljø. Samhandling med fastleger anses som viktig, men dette samarbeidet er preget av uklarheter og framstår som komplisert. Helsesøstre i mitt materiale erfarer at skolen som arena og lærerne er gode samhandlingspartnere i arbeidet med tidlig å gripe fatt i unge som sliter med psykiske plager. De ser på lærerne som en ”lyttepost” gjennom at de gir informasjon til dem om ungdom de mener trenger å bli fulgt opp. Arbeidsrelasjonen mellom helsesøstre og lærere bærer preg av koordinasjon og gjensidig tilpassning. Ansvarsgrupper oppleves av noen helsesøstre som en bra måte å organisere samhandling på. Samtidig fremheves mindre og ikke så formaliserte faglige grupperinger som en fruktbar samarbeidsarena.

Det siste spørsmålet som knytter seg til studiens problemstilling er hvordan helsesøstre erfarer å ha kompetanse og muligheter til å møte nye krav i dette arbeidet. Det er fremkommet at helsesøstrene i stor trekk vurderer å ha tilstrekkelig kompetanse til å møte unge som kan ha psykiske plager. Usikkerhet og uklarheter om innholdet i helsesøsterrollen kan imidlertid oppstå i flere sammenhenger. Blant annet i møte om krav omkring mer forskningsbasert praksis, nye føringer og veiledere. Disse uklarhetene kan, som allerede nevnt, ha sitt uspring i at helsesøstrene er ”bærere av” ulike fagtradisjoner. Noe av denne usikkerheten håndterer helsesøstrene, ut fra mine tolkninger, ved å gi seg tid og rom til helsefaglige refleksjoner. Nettopp for bedre å håndtere faglige utfordringer og utydeligheter i arbeidet. Slike forhold kan bidra til en felles faglig referanseramme i arbeidet omkring unges psykiske helse.

Videre er erfaringene at helsesøstrene opplever at andre arbeidsoppgaver er i konkurranse med det arbeidet de ønsker å utføre overfor unge med psykiske plager. Nye føringer fra statlig hold i form av lover, forskrifter og veiledere og variasjoner i ressurstilgangen påvirker også arbeidsmåtene til informantene. Helsesøstrene i mitt materiale oppfatter likevel at de er endringsvillige og fleksible i sin tilnærming til endringer i rammebetingelsene. Samtidig opplever de gjennom sin fleksibilitet å være i en arbeidsmessig ”spagat” mellom arbeidet de ønsker å utføre overfor unge med psykiske plager og andre arbeidsoppgaver som presser på.

Som det fremgår av min valgte problemstilling, spørsmål og funn har jeg valgt en breddetilnærming i min søken etter å forstå hvordan helsesøstere erfarer og håndterer arbeid med psykiske plager. En slik tilnærming innebærer at jeg har sanket mye informasjon om mange til dels ulike tema. Spennet mellom data omkring helsesøstres relasjonserfaringer i møte med unge til deres opplevelse av egne rammebetingelser kan virke stort. Noe det til tider også har gjort i mitt arbeid med studien, særlig med tanke på de ulike teoretiske aspektene som jeg har måttet sette meg inn i for å belyse mine data. Jeg kunne ha valgt å konsentrere meg om færre spørsmål, og da eksempelvis fordypet meg omkring temaer som normalitets forståelser og evidensdebatten. Temaer som riktignok berøres i studien, men ikke dyptpløyende. Jeg ser at dette kunne ha vært interessant å få styrket analysen om slike nevnte og andre tema. En slik innfallsvinkel har imidlertid ikke vært hensikten, blant annet fordi jeg har ønsket å få frem sammenhenger og det ”store bildet” i helsesøstrenes erfaringer. Intensjonene har også vært å belyse de mange faktorer som spiller inn i arbeid med unges psykiske helse og løfte frem viktigheten av den breddekompetansen jeg mener helsesøstrene

innehar. I den sammenheng bør også nevnes at jeg har lært mye av både masterarbeidet, men ikke minst av helsesøstrene selv. Bevisstheten omkring medvirkningsstrategier og det å kunne gi rom for refleksjoner i møte med unges psykiske plager er eksempler på forhold jeg både har tatt innover meg, og som har gitt meg ny kunnskap takket være mine informanter.

Funnene i min studie harmonerer langt på vei med ulike norske studier og evalueringer av helsesøstertjenesten. Lys av at Opptappingsplanen for psykisk helse er over, er det likevel, tross gode intensjoner om å følge den opp, grunn til å holde tak i flere av funnene i eget studie. I en fremtid der muligens mindre fokus på psykisk helse og økte krav om mer bruk av ”tidsbesparende” instrumentelle verktøy og metoder i vurderingen av unges psykiske helse, håper jeg at også andre kvaliteter legges til grunn. Det å både ha tid og rom for å reflektere omkring hva det vil si å være ungdom og gjøre bruk av kvalitative tilnærminger som det å kunne ”se at det er et eller annet”, må også få telle med i den faglige vektskålen fremover. Helsesøstrenes bruk av ulike kommunikasjonshjelpemidler, som SMS og internett, er andre erfaringer som kan være verdt å holde fokus på.

I disse perspektivene ligger det flere muligheter for nye studier og forskning. Det ene er å få flere erfaringer omkring hva og hvordan bygge ressurser og mestring hos unge. Et annet interessant studie kan være å gripe fatt i hvordan bruken av teknologi som spiller på lag med ungdom, kan brukes i omsorgsarbeidet i kommunene fremover. Spørsmål som kan stilles ved en slik tilnærming kan være knyttet til om det er mulig gi omsorg på avstand, gjennom økt bruk av Facebook og mobiltelefon i det fremtidige Helse Norge? En annen forskningsmulighet, som jeg har berørt lite i denne studien, er å studere foreldre og frivilliges bidrag i arbeidet med unges psykiske helse.

Jeg startet denne studien med å vise til at media og ulike studier de siste ti årene har hatt fokus på unges psykiske helse. Og videre pekte jeg på at helseøstre har hatt en viktig rolle i håndteringen av mer vage bekymringer omkring unges psykiske helse. Som en avsluttende kommentar håper jeg at både kommuner, forskning og media fremover vil fortsette å være opptatt av disse ”gråsoner”, selv om Opptappingsplanen for psykisk helse i sin fulle form er over.

Litteraturliste

- Adolfsen, Frode (2007). *"Den tilstrekkelig gode lærer"* . Relasjoner og lærerrollen. Relasjonsbygging med elever med psykososiale problemer og betydning for lærerrollen. Masteroppgave i pedagogikk og spesialpedagogikk UiT.
- Allstveit, Marit (2002). *Helsefremmende arbeid "som det lille ekstra"*. En kvalitativ studie av hva helsefremmende arbeid betyr for helsesøstre. Hovedfagsoppgave i helsefag hovedfag. Det medisinske og det psykologiske fakultet, Senter for etter-og videreutdanning. Universitetet i Bergen.
- Alm Andreassen, Tone (2005). *Plan for brukermedvirkning. Mål, anbefalinger og tiltak i Opptappingsplanen*. Sosial- og helsedirektoratet 2006.
http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00009/IS-1315_9828a.pdf . Lastet ned 15.06.2010
- Andersson, H. W & Steihaug, S. (2008). *Tilgjengelighet av tjenester for barn og unge med psykiske problemer: Evaluering av Opptappingsplanen for psykisk helse*. SINTEF-rapport A4727. Oslo-Trondheim: SINTEF helse.
- Askheim, Ole Petter & Bengt Starrin (red.) (2007). *Empowerment i teori og praksis*. Gyldendal Norsk Forlag.
- Aubert, Anne Marie & Inger Marie Bakke (2008). *Utvikling av relasjonskompetanse. Nøkler til forståelse og rom for læring*. Gyldendal akademiske, Oslo.
- Baklien, Bergljot (2007). *Iverksetting i kommunen. "Nå er det opp til kommunene å iverksette"*. Den lange veien fra departementale beslutninger til lokale virkninger." Artikkel på Kommunetorget.no. Lenke: <http://www.kommunetorget.no/side.asp?sideid=38> . Lastet ned 12.11.2009
- Bech-Karlsen, Jo (1998). *Jeg skriver altså er jeg*. Oslo:Tano Aschoug
- Berg, Nina J (2005). *Psykisk helse i skolen*. Artikkel nr. 1. på Fylkesmannen.no, http://www.fylkesmannen.no/Artikkel_Psykisk_helse_i_skolen_av_Nina_B_J_Berg_ped_psyk_r%C3%A5dgiver_uP2UN.doc.file – .Lastet ned 09.04.2010
- Brofoss, Karl Erik & Frode Larsen (2009). *Evaluering av Opptappingsplanen psykisk helse (2001- 2009)*. Sluttrapport - syntese og analyse av evalueringens delprosjekter. Evaluering-divisjon for vitenskap. Norges forskningsråd 2009.
- Dalland, Olav (2007).*Metode og oppgaveskriving for studenter*, Gyldendal Akademisk
- Drageseth, Ingrid (2003). *Helsefremmende arbeid-kunnskap, mening og verdier*.Sykepleien.no 2003 91 (15):30-33. Lenke: http://www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleien/fagutvikling/fagartikler/vis?p_document_id=118821 .Lastet ned 10.11.2009
- Ersvik, Astrid Grydland (2009). *Kunnskapsbaserte helsetjenester til barn og unge*. Kronikk

på nett-tjensten på forebygging .no. <http://www.forebygging.no/en/Kronikker/2010-2008/Kunnskapsbaserte-helsetjenester-til-barn-og-unge/> Lastet ned 14.03.2010

- Ferrer-Wreder, L., Stattin, H. , Lorente, C., Tuban, J. G. och Adamson, L (2005). *Framgångsrika preventionsprogram för barn och unga*. En forskningsöversikt. Stockholm.
- Fjetland, Kirsten Jæger (2000). "*Den gode intensjonen*." Sykepleien nr. 21/2000
- Folkehelseinstituttet (2003). *Psykiske plager og lidelser*. Fagtema Psykisk helse på fhi.no. Publisert 12.12.2003. Lenke: http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainArea_5661&MainArea_5661=5631:0:15,2337:1:0:0:::0:0as. Lastet ned 04.5.2010
- Forskningsetiske komiteer (2010). *Etiske retningslinjer. Kvalitative og kvantitative forskningsmetoder – likheter og forskjeller*. På etikkom.no. Lenke: <http://www.etikkom.no/no/Forskningsetikk/Etiske-retningslinjer/Medisin-og-helse/Kvalitativ-forskning/1-Kvalitative-og-kvantitative-forskningsmetoder--likheter-og-forskjeller/>. Lastet ned 15.08.2009
- Foss, Nina (2008). *Psykiatrien som flyttet ut av bygda*. En analyse av hva som skjedde da psykiatrisk hjelp skulle bidra til brukernes innlemmelse blant folk i bygda. Dr. grads avhandling 2008 UiT.
- Fosse, Elisabeth (1999). *Implementering av helsefremmende og forebyggende arbeid*. Avhandling til dr. polit graden UiB/HEMIL- senteret
- Fossetøl, K. (Red.) (2004). *Relasjonsmestere - Om kunnskapsarbeid i det nye arbeidslivet*. Gyldendal Norsk Forlag
- Gravrok, Øystein, Marit Andreassen & Terje Myller (2008). *Hvordan styrke arbeidet med individuell plan rusmiddelavhengige?* Skriftserie nr 2, 2008 Kompetansesenteret rus, Nord-Norge Rus og spesialpsykiatrisk klinikk, UNN.
- Halvorsen, Grete Salicath (2008). *Relasjoner mellom hjelper og hjelpesøkende*. Hva gjør den virksom? .Artikkel i Nordisk tidskrift for Helseforskning nr 1. 2008.
- Helsedirektoratet (2009). *Helsestasjonen og skolehelsetjenesten* http://www.helsedirektoratet.no/helsestasjon_og_skolehelsetjene/styrk_skolehelsetjenesten_317244 Lastet ned 14.03.2010
- Helsedirektoratet (2009) *Fra bekymring til handling*. En veileder om tidlig intervensjon på rusområdet. IS -1742
- Helse og omsorgsdepartementet (2007-2008). *St.prp.nr 1* (2007-2008). Lenke: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stprp/2007-2008/stprp-nr-1-2007-2008-/2.html?id=483676>
- Johnsen, Linda og Vegard Schancke (2010). *Tidlig rusforebyggende intervensjon*. Kunnskapsgrunnlag og implikasjoner for handling. Skriftserie fra Kompetansesenter rus, Nord-Norge nr 1 2010.
- Kaljord, Carina (2010). Nærhet på avstand. Intervju med Trond Nergaard Bjerke. Artikkel i

Informasjon og fagformidlingstidsskriftet SPOR. KoRus-Nord , Rus og spesialpsykiatrisk klinikk, UNN

- Kleven, Terje (2007). *Planlegging og politikk - en kritisk refleksjon*. Artikkel på nett-tjenesten kommunetorget.no. Lenke: <http://www.kommunetorget.no/side.asp?> Lastet ned 08.06.2010.
- Kristoffersen, Nina Jahren, Nordtvedt, Finn & Skaug, Eli Anne (2005). *Grunnleggende Sykepleie bind 4*, Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kvale, Steinar (2001). *Det kvalitative forskningsintervju*. 11 opplag 2008, Oslo, Gyldendal Akademisk
- Lai, Linda (2004). *Strategisk kompetansestyring*. Fagboklaget.
- Langaard, Kari (2006). *Ungdom, psykisk helse og profesjonell hjelp*. Tidsskrift for ungdomsforskning 2006,6(2)
- Lovdata.no (utdat). LOV 1982-11-19 nr 66: *Lov om helsetjenesten i kommunene*. : Lovdata på nett /kommunehelseloven. <http://www.lovdata.no/cgi-wift/ldles?doc=/all/nl-19821119-066.html&1-3> Lastet ned 08.10.2009.
- Løchen, Yngvar (1984): *Idealer og realiteter i et psykiatrisk sykehus*. Kapittel 8: *Den diagnostiske kulturen*. Universitetsforlaget 2 utgave, 2.opplag.
- Løgstrup K. E. (1991): *Den etiske fordring*. Den kjensgjerning som den tause fordring springer ut av (kap 1) og Formidlingen (kap 2). Cappelen Forlag Norsk utgave. Førstegang utgitt i 1956 i København.
- Malterud, Kirsti (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning – en innføring*. Universitetsforlaget. Oslo.
- Martinsen, Kari (1991). *Omsorg, sykepleie og medisin*, Historisk-filosofiske essays. Tano
- Martinsen, Kari (2005). *Samtalen, Skjønnnet og Evidensen*.. Oslo: Akribe
- Mikkelsen, Stein (2005). *Hva er forebygging?* Forebygging er en mangetydig og positivt ladet betegnelse for forsøk på å eliminere eller begrense en uønsket utvikling. Artikkel på nett-tjenesten forebygging.no. <http://www.forebygging.no/en/Teori/Overordnede-perspektiver/Forebyggende-og-helsefremmende-arbeid---strategi-og-begrunnelse-for-metodevalg/Hva-er-forebygging/> Lastet ned 04.02.2010
- Molander, Bengt (1996). *Kunnskap i handling*. Daidalos AB, Gøteborg.
- Mykletun, A., Knudsen A.K. & Mathiesen K.S. (2009). *Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv*. Rapport 2009:8, Folkehelseinstituttet.
- Mæhre, Kjersti Sunde (2008). *Kunnskapsbasert praksis det beste?* Sykepleien nr.3/2008
- Mæland, J. G (1999). *Forebyggende helsearbeid. I teori og praksis* . Tano Aschoug Kap.1 Hva er forebyggende arbeid.
- Nesvåg , S. Backer- Grøndahl, A. Duckert, F. Enger, Ø. Huseby, G og Kraft, P (2007). *Tidlig intervensjon på rusfeltet – en kunnskapsoppsummering*. Rapport IRIS/ International Research

Institute of Stavanger – 2007/021.

- Neumann, Cecilie Elisabeth Basberg (2007). *Det bekymrede blikket. En studie av helsesøstres handlingsbetingelser*. Avhandling dr.polit-graden. Institutt for kriminologi og retts sosiologi. Universitetet i Oslo
- Nordahl, T, M A Sørli, T. Manger og Arne Tveit (2005). *Atferdsproblemer blant barn og unge*. Teoretiske og praktiske tilnæringer. Fagbokforlaget. kap 8.4 side 210- 217
- Nordahl, T., Gravrok, Ø., Knudsmoen, H., Larsen, TMD & Rørnes, K (2006) (red). *Forebyggende innsatser i skolen*. Rapport fra forskergrupper nedsatt av Utdanningsdirektoratet og Sosial- og helsedirektoratet om problematferd, rusforebyggende arbeid, læreren som leder og implementeringsstrategier. Utdanningsdirektoratet og Sosial- og helsedirektoratet. Kapittel: Kunnskapsplattform for forebyggende og helsefremmende arbeid i skolen.
- NOU (1998). ” *Det er bruk for alle* ”. Styrking av folkehelsearbeidet i kommunene. NOU nr 18. 1998. Oslo, Statens forvaltningstjeneste
- Nærde Ane og Simon- Peter Neumer (2003). *Psykiske lidelser blant barn 0-12 år*. Rapport 2003:10 Folkehelseinstituttet.
- Olaisen, K (2004). *Ungdom og utviklingsfremmende samtaler*: Utvikling av samtaletilbud til ungdom i skjæringspunktet mellom skolehelsetjenesten og barne- og ungsompsykiatrien i Oslo: Nic Waals institutt, Lovisenberg diakonale sykehus
- Orvik, Arne (2004). *Organisatorisk kompetanse – i sykepleie og helsefaglig samarbeid*. Cappelen Akademiske forlag.
- Psykisk (2009). *Psykisk nr.1* 2009:4. Psykisk helse 1999 - 2008. Informasjonsblad fra Helsedirektoratet.
- Paulgaard, G. (1997). *Feltarbeid i egen kultur, innenfra, utenfra eller begge deler?* Metodisk feltarbeid. I: Fossaskåret et. al. (Red). Metodisk feltarbeid. Produksjon og tolkning av kvalitative data. Oslo: Universitetsforlaget.
- Regjeringen (1996-1997) St.melding nr.25. *Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene*.
- http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/19961997/st-meld-nr-25_1996-97.html?id=191086 Lastet ned 12.02.2010.
- Regjeringen (1997-1998). St.prp.nr.63. Om opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2006. Endringer i statsbudsjettet for 1998. Kap. 4 <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stprp/19971998/stprp-nr-63-1997-98-.html?id=20191> Lastet ned 10.05.2010.
- Regjeringen (2003). Regjeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse: ” *Sammen om psykisk helse*: http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/veiledninger_og_brosjyrer/2003/---sammen-om-psyksk-helse---.html?id=87979 Lastet ned 05.02.2010
- Schancke, Vegard (2005). *Forebyggende og helsefremmende arbeid, fra forskning til praksis*. NNK- Rus. 4 utgave.

- Seljelid, Rolf (2005). *Hva er helse?* Foredrag på Nord –Norge kurset 2005. Artikkel i Almennlegeforeningens tidsskrift, desember 2005. Lastet ned 05.04.2010 <http://www.legeforeningen.no/id/88466.0>
- Skatvedt, Astrid (2008). *Alminnelighetens potensial*. En sosiologisk studie av følelser, identitet og terapeutisk endring. PhD-avhandling. Det samfunnsvitenskapelige fakultet. Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi. Universitetet i Oslo 2008.
- Skau, Greta Marie (2003). *Mellom makt og hjelp*. Om flertydige forhold mellom klient og hjelper. 3. Opplag 2007. Universitetsforlaget.
- Skau, Greta Marie (2005). *Gode fagfolk vokser*. Personlig kompetanse i arbeid med mennesker. 3 utgave. Cappelen Akademiske Forlag
- Skjervheim, Hans. (1996) *Deltakar og tilskodar og andre essays. Deltaker og tilskodar*. Oslo, Ide og tanke, Aschehoug
- Skår, R. (2007). *Praksis - en læringsarena som engasjerer*. In H. Alvsvåg & O. Førland (Eds.), *Engasjement og Læring. Fagkritiske perspektiver på sykepleie*. Oslo: Akribe.
- Skårderud, Finn, Svein Haugsgjerd og Erik Stänicke (2010): *Psykiatriboken. Sinn – kropp – samfunn*. Gyldendal Norsk Forlag.
- Schmidt, Lene (2004). *Skolegården, Jungel eller luftegård*. En studie av nærmiljøanlegg, barn og fysisk aktivitet i skolegården. NIBR rapport 2004 -1
- SNF (2008): *Realkompetansevurdering i kommuner*. Samfunns og næringslivsforskning - rapport nr. 20/08. Sluttrapport av Anita E. Tobiassen Erik Døving Karen M. Olsen. SNF-prosjekt nr.: 6235 SNF
- Sollensnes, R., Tønjum, L. (2008): *Så var det alle disse jeg hadde i øyekroken*. En studie av helsesøsters arbeid i skolehelsetjenesten fra rundt 1960 til i dag. Nordisk Tidsskrift for Helseforskning nr.2, 4 årgang.
- Sosial og helsedirektoratet (2004). *Veileder til forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten IS-1154*. http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00002/IS-1154_2619a.pdf Lastet ned 12.12.2009
- Sosial og helsedirektoratet (2006a): *Rundskriv IS-11541/2006*. Nasjonale mål, hovedprioriteringer og tilskudd for 2006. Styrings- og informasjonshjulet for helse- og sosialtjenesten i kommunene.
- Sosial og helsedirektoratet (2007) *Veileder i psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene*, IS- 1405. Lastet ned 14.02.2010
- http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00014/IS-1405_14898a.pdf
- Spurkeland, Jan (2005). *Relasjonskompetanse*. Resultater gjennom samhandling. Kapittel 1: Tillit, side 24-28. Universitetsforlaget.
- Statens helsetilsyn (1998). *Undersøkelser i helsestasjons og skolehelsetjenesten*. IK-2618. Lenke

http://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/utredningsserien/undersokelser_helsestasjon_skolehelsetj_ik-2618.pdf Lastet ned 04.05.2010.

- SSB (2009): *Årsverk i helsestasjons- og skolehelsetenestasjonen 1994-2009*. Temasider om Kommunehelsetjenesten på Statistisk Sentralbyrås nettsider.
- Lastet ned 08.03.2010
- Lenke:<http://www.ssb.no/emner/03/02/helsetjko/tab-2010-07-08-07.html>

- Sykepleien (2009). *Tvetydig om kunnskapsbasert praksis: En dekonstruktiv nærlesning av arbeidsbok for sykepleiere*. I vedlegget Forskning 2009 4(1):28-33.

- Thagaard, Tove (2009). *Systematikk og innlevelse*. En innføring i kvalitativmetode 3.utgave. fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS .

- Thollin, Kristin Rydjord (2005). *Samspillet mellom sykepleier og pasient*. Sykepleien 2005 93(19)

- Thornquist, Eline (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori – for helsefag*. 2. opplag, 2006. Fagbokforlaget, Bergen

- Torgrimsen, Tone (2009). *Mange unge går til psykolog*. Artikkel pr 02.11.09 i Aftenposten.no. Lastet 03.03.10 fra <http://www.aftenposten.no/nyheter/iriks/article3351091.ece>

- Trefjord, Steinar & Trond Hatling (2004). *Erfaringer fra arbeid med individuell plan ved bruk av verktøyet Individuell plan psykisk helse (IPPH)*. Sluttrapport fra Samhandlingsprosjektet. Rapport STF78 A045020, SINTEF Helse november 2004.

- VG.no (2009) ” 200.000 unge har psykiske plager. ” Artikkel i Verdens Gang 24.04.09 <http://www.vg.no/helse/artikkel.php?artid=542400> Lastet ned 05.05. 2010

- Wessel Andersson, Helle, Solveig Osborg Ose & Reidun Norvoll (2006). *Helsesøsters kompetanse* . SINTEF Helse 2006.

- Østfoldhelse (2008): *Helse- og trivselsundersøkelse gjennomført i 2008 på alle ungdomsskoler i Østfold*. Østfold fylkeskommune, Fylkesmannen. Nasjonalt folkehelseinstitutt, TNS Gallup, Våler- og Spydeberg kommune. Lenke <http://www.ostfoldhelse.no/> Lastet ned 25.02.2009.

Samtykkeerklæring

Det medisinske fakultet

Narvik d.d.

Institutt for Sykepleie og Helsefag

Universitetet i Tromsø

Forespørsel om å delta i et intervju i forbindelse med en masteroppgave i sykepleie og helsefag .

Jeg er masterstudent i sykepleie og helsefag ved Universitetet i Tromsø og holder nå på med den avsluttende masteroppgaven. Tema for min studie er *hvilke erfaringer helsesøstre har i å fange opp unge som er i risikoen for å utvikle psykososiale problemer*. Jeg er selv sykepleier og har bl.a. arbeidet i psykiatrien, jeg har også erfaring fra et asylmottak hvor jeg var i kontakt med barn og unge, som var i en utsatt posisjon. Det har vært et sterkt fokus på psykisk helse og hvordan en kan bidra til å forebygge slike lidelser de siste årene. Dette er noe av bakgrunnen for min interesse for temaet. Helsesøstre står i en særstilling fordi de møter alle barn og unge i deres virksomhet.

Jeg ønsker å få belyst tre hovedområder gjennom å intervjuer helsesøstre om deres erfaringer. Hvilken kompetanse her i vid forstand benytter helsesøsters seg av i møte med unge som kan ha risiko for å utvikle psykiske lidelser? Hvordan foregår samhandlingen mellom helsesøster og de unge, deres familier og andre fagfolk? Hvilke strukturelle betingelser i helsestasjonen eller skolehelsetjenesten hemmer eller fremmer arbeidet med disse unge?

For å finne ut av dette ønsker jeg å intervjuer fire helsesøstre med erfaring fra skolehelsetjenesten disse bør også ha arbeidet i samme kommune over tid. Jeg vil bruke båndopptager og gjøre notater underveis. Intervjuet vil ta omtrent en time og vi blir sammen enige om tid og sted. Intervjuene vil finne sted i august/september 2010

Det er frivillig å være med og du har mulighet til å trekke deg når som helst underveis, uten å måtte begrunne dette nærmere. Dersom du trekker deg vil alle innsamlede data om deg bli anonymisert. Opplysningene vil bli behandlet konfidensielt, og ingen enkeltpersoner vil kunne kjenne seg igjen i den ferdige oppgaven. Opplysningene anonymiseres og opptakene slettes når oppgaven er ferdig, innen utgangen av 2010.

Min veileder er Nina Foss v/Avdeling for Sykepleie og Helsefag, Universitet i Tromsø. Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste A/S. Godkjent 28.08.09.

Med vennlig hilsen

Charlotte Fronth Nyhus , Einerveien 4, 8517 Narvik

Du kan signere samtykkeerklæringen på neste side og levere den i forkant av intervjuet.

Samtykkeerklæring:

Jeg har mottatt skriftlig informasjon om prosjektet og ”Å møte barn og unge med risiko for å utvikle psykiske lidelser” og ønsker å stille på intervju.

Signatur Telefonnummer



Nina Foss
Institutt for helse- og omsorgsfag
Universitetet i Tromsø
MH-bygget
9037 TROMSØ

Vår dato: 26.08.2009

Vår ref:22421 / 3 / RKH

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 17.08.2009. Meldingen gjelder prosjektet:

22421 *Hvilke erfaringer har helsesøstre med å fange opp, og tilrettelegge for, barn med risiko for å utvikle psykiske lidelse?*
Behandlingsansvarlig *Universitetet i Tromsø, ved institusjonens overste leder*
Daglig ansvarlig *Nina Foss*
Student *Hanne Charlotte Fronth Nyhus*


Etter gjennomgang av opplysninger gitt i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon, finner vi at prosjektet ikke medfører meldeplikt eller konsesjonsplikt etter personopplysningslovens §§ 31 og 33.

Dersom prosjektopplegget endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for vår vurdering, skal prosjektet meldes på nytt. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html.

Vedlagt følger vår begrunnelse for hvorfor prosjektet ikke er meldepliktig. Prosjektet kan settes i gang.

Vennlig hilsen


Bjørn Henrichsen


Ragnhild Kise Haugland

Kontaktperson: Ragnhild Kise Haugland tlf: 55 58 83 34
Vedlegg: Prosjektvurdering
Kopi: Hanne Charlotte Fronth Nyhus, Einerveien 4, 8517 NARVIK

Intervjuguide:

Tema:	Aktuelle erfaringstema:	Spørsmål om helsesøstres erfaringer:
I. Kompetanse	Åpent erfaringsspørsmål	Hvilken erfaring har du rundt det å møte barn/unge som er i faresonen for å utvikle psykiske lidelser?
	Erfaring av ”tegn – symptomer”	<p>Hvem identifiseres/fanges opp</p> <p>Hvilke tegn/annet hos den unge gjorde at du mistenkte at barnet slet?</p> <p>Hva identifiseres? –” dette noe”</p> <p>Hva stusset du over, hva gjorde deg urolig for barnet?</p> <p>Er det noe du tenker at du ville ha gjort annerledes i ettertid?</p>
	Kunnskap og Kompetanse erfaring	<p>Erfarer de å ha nok kompetanse?</p> <p>Hvilken kunnskap er det du benytter – evt savner?</p>
II. Samhandling:	Samhandlingserfaring med andre faggrupper	<p>Hvilke erfaringer har du med å arbeide i lag med andre faggrupper i kommuner/andre institusjoner?</p> <p>Hvordan er samhandlingen organisert på lokalnivået?</p> <p>Opplever helsesøstre å bli trukket inn?/ hvilke muligheter har du som helsesøster til samhandling når det gjelder denne gruppen?</p>
	Samhandling med barn og unge	Hvilke erfaringer har du med relasjonsbygging overfor barn og unge?
III. Strukturelle betingelser:	Arbeidserfaring og rolleforståelse	<p>Hvor lang arbeidserfaring erfaring har du som helsesøster?</p> <p>Er det ulike oppfatninger av roller også sin egen (helsesøsterrollen)?</p> <p>Har det skjedd endringer i forhold til instruksene og veiledere i forhold til helsefremmende arbeid?</p>
	Rammebetingelser	<p>Hvilke muligheter har du til å påvirke oppfølgingen av den unge?</p> <p>Hvordan prioriterer du som helsesøster å bruke tiden/her sett i sammenheng med</p>



tematikken?

Hva mener du kunne bidratt til en god oppfølging av barn /unge som du mener er i risikozonen?

Hvilke styringsverktøy/kommunale planer arbeider du etter?