



UIT

NORGES  
ARKTISKE  
UNIVERSITET

Institutt for helse- og omsorgsfag.

Det helsevitenskapelige fakultet.

## **”Hvilke erfaringer og opplevelser har ungdom med helsesøstertjenesten?”**

—  
**Eli Skjåk Teigum**

*Masteroppgave i helsefag, retning helsesøsterfag*

*Mai 2014*

*Antall ord: 23 289*





## *Forord:*

Å skrive masteroppgave har vært en langvarig og krevende, men ikke minst en veldig lærerik og givende prosess. Det er mange som fortjener en takk for at jeg i det hele tatt har kunnet gjennomføre dette studieforløpet.

Først og fremst vil jeg rette en takk til de skolene som gav meg av deres tid til å informere og intervju ungdommene. Videre retter jeg en takk til de lærere som var positive og engasjerte overfor ungdommene. Deres positivitet tror jeg var viktig. Den aller største takken retter jeg til alle dere ungdommene som meldte dere som informanter til studien. Selv om ikke alle av dere ble intervjuet var dere alle like viktige for meg. Å se at responsen ble så stor hadde jeg ikke forventet og det var da troen på prosjektet virkelig kom frem i meg.

Min veileder fortjener også en stor takk. Hun har gjennom hele prosessen gitt gode tilbakemeldinger, inspirasjon og lagt til rette veiledningene slik at jeg har kunnet gjennomføre oppgaven.

Takk til korrekturleser, arbeidsgiver og venninner for gode råd og tålmodighet i en slik prosess. Helt til slutt og ikke minst rettes en stor takk til min samboer som har godtatt mine opp og nedturer og at jeg har måttet nedprioritere husbygging fremfor masteroppgave.

## *Sammendrag*

Helsesøstertjenesten har det siste året vært et gjengående tema i media. Med ønske om nye helsesøsterstillinger og en mer tilgjengelig helsesøstertjeneste. Denne masteroppgaven fokuserer på ungdommer fra 16- 18 år og deres erfaringer og opplevelser av helsesøstertjenesten. Ungdommene er fra et ruralt distrikt i Norge. Det er gjennomført en kvalitativ studie med bruk av semistrukturert intervju. Studien er inspirert av en fenomenologisk hermeneutisk forskningstradisjon og analysert ved hjelp av Malterud sin metode (1).

Studien viser at ungdommer er opptatt av at helsesøster bør vise faglig dyktighet og at helsesøstertjenesten bør være preget av profesjonalitet. Tillit er viktig for om ungdommene velger å benytte seg av tilbudet. En godt tilrettelagt helsesøstertjeneste, med god informasjon på ungdommenes premisser er noe ungdommene er opptatt av. Et samarbeid på tvers av kommuner og yrkesgrupper kan være en fordel for at ungdommene skal kunne ha flere valgmuligheter i rurale områder. Noen av ungdommene påpeker at de kunne tenkt seg flere helsesøstre å velge blant, fordi det ikke er alle man snakker like godt med. Den- første- fasen i møte med helsesøstertjenesten er også betydningsfull for ungdommene. At ungdommene blir tatt på alvor og at de opplever å bli møtt på de utfordringer/ problematikk de har er viktig. Konfidensialitet er noe alle ungdommene er svært opptatt av, og de er usikre på om denne blir overholdt i. De savner også informasjon om hva taushetsplikt faktisk innebærer. Ungdommene peker på at helsesøster har mye makt, og at de særlig er usikre på hvordan helsesøster håndterer makt i forhold til konfidensialitet. De var alle usikre på om helsesøster overholder taushetsplikten fordi alle kjenner alle i rurale områder. Dette er en usikkerhet som er med å prege om ungdommene velger å benytte seg av helsesøstertjeneste tilbudet eller ikke.

## *Summary*

Public Health Nursing Service has for the past year been a recurring theme in the media, with a desire for new nursing jobs and a more readily available health visitor service. This research focus on young people from 16-18 years and their experiences of nurse services in a rural district in Norway. It is a qualitative study using a semistructured interview. The study is inspired by a phenomenological hermeneutic research tradition and analyzed using Malterud 's method (1).

The study shows that young people want their public health nurse to have academic excellence and public health nurse services should be characterized by professionalism. Trust is important if the youth is to choose to accept the offer from the public health nurse service. A well- prepared public health nurse service, with good, easily understood information is something that is important for the youth. A cooperation between local municipalities and professionals can benefit the youth so they can have more choice in rural areas. Some of the youths pointed out that it could be good to have several public health nurses to choose from, because some people they can speak better with than others. The first meeting with the public health service is also important, the youth must be taken seriously. That the expectation is to be met and understood about the challenges / problems they have is significant. Confidentiality is something all youth in this research are very engaged with and they are unsure if this is being complied with in all circumstances. They also do not receive or understand the information about what confidentiality actually means. The youth state that the nurse has a lot of power, and that they are particularly uncertain about how a nurse may handle power in relation to confidentiality. They were all unsure about how the nurse complies with confidentiality in a rural area where many people know each other, and privacy is a commodity. This uncertainty characterizes when and where youth choose to make use of, or decline, the offer of nursing services.

## *Innholdsfortegnelse*

<b>1.0 INNLEDNING .....</b>	<b>1</b>
1.1 BAKGRUNN.....	1
1.2 BEGRUNNELSE FOR VALG AV TEMA.....	3
1.3 PROBLEMSTILLING .....	4
1.4 OPPGAVENS OPPBYGNING.....	4
<b>2.0 TIDLIGERE FORSKNING.....</b>	<b>6</b>
<b>3.0 TEORI.....</b>	<b>11</b>
3.1 UNGDOMSTIDEN.....	11
3.2 HELSESØSTERTJENESTEN FOR UNGDOM.....	12
3.2.1 Helsestasjon for ungdom.....	12
3.2.2 Skolehelsetjenesten.....	13
3.3 PROFESJONELL PRAKSIS.....	14
3.4 KOMMUNIKASJON.....	16
3.5 ETIKK .....	17
<b>4.0 VITENSKAPSTEORETISK PERSPEKTIV .....</b>	<b>20</b>
<b>5.0 METODE .....</b>	<b>21</b>
5.1 DATAINNSAMLING .....	22
5.1.1 Informanter.....	22
5.1.2 Det kvalitative intervju.....	24
5.2 ETISKE OVERVEIELSER.....	25
5.4 ANALYSE AV DATAMATERIALE .....	26
5.4.1 Transkripsjon.....	26
5.4.2 Analyse .....	27
5.5 METODISKE REFLEKSJONER.....	30
5.5.1 Studiens kvalitet.....	32
<b>6.0 PRESENTASJON AV RESULTAT.....</b>	<b>36</b>
6.1 PROFESJONALITET .....	36
6.1.1 Asymmetrisk maktforhold, tillit til helsesøstertjenesten .....	36
6.2 GOD KOMMUNIKASJON GIR BEDRE TILLIT.....	38
6.3 INFORMASJON TIL UNGDOMMENE, HVA ER NYTTIG?.....	39
6.3.1 Bruk av internett.....	40
6.3.2 Informasjon på skolen.....	40
6.4 ORGANISERING AV HELSESØSTERTJENESTEN .....	41
6.4.1 Er helsesøster tilgjengelig nok?.....	41
6.4.2 Samarbeid – en viktig faktor for opplevelsen av et helhetlig tilbud.....	42
<b>7.0 DISKUSJON .....</b>	<b>44</b>
7.1 TILLIT OG ASYMMETRISK MAKTFORHOLD .....	44
7.1.1 Tillit til helsesøster og helsesøstertjenesten.....	44
7.1.2 Asymmetrisk maktforhold.....	47
7.2 KOMMUNIKASJON.....	50
7.2.1 Bli- kjent- fasen.....	50
7.2.2 Relasjon og dialog.....	52
7.2.4 Informasjon om helsesøstertjenesten.....	55
7.4 ORGANISERING AV HELSESØSTERTJENESTEN, TILGJENGELIGHET OG SAMARBEID.....	57
<b>8.0 AVSLUTNING.....</b>	<b>62</b>

8.1 STUDIENS VIKTIGSTE FUNN.....	62
8.2 KONSEKVENSER FOR PRAKSIS.....	63
8.3 VIDERE FORSKNING .....	64
<b>LITTERATURLISTE .....</b>	<b>65</b>

## **VEDLEGG 1**

INFORMASJONSSKRIV TIL HELSESØSTER VED VIDEREGÅENDE SKOLE OG HFU

## **VEDLEGG 2**

INFORMASJON OG SAMTYKKE TIL Å DELTA I STUDIEN

## **VEDLEGG 3**

BEKREFTELSE PÅ ENDRINGSMELDING

## **VEDLEGG 4**

INFORMASJONSSKRIV TIL LÆRERE I VIDEREGÅENDE SKOLE

## **VEDLEGG 5**

INTERVJUGUIDE

## **VEDLEGG 6**

REK SØR-ØST FREMLEGGSVURDERING

## **VEDLEGG 7**

MELDESKJEMA NSD

## **VEDLEGG 8**

NSD: TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

## **VEDLEGG 9**

GODKJENNING AV REVIDERT INFORMASJONSSKRIV FRA NSD

## 1.0 Innledning

### 1.1 Bakgrunn

Helsesøsters mandat er å jobbe forebyggende og helsefremmende forankret i et folkehelseperspektiv (2). Helsesøster skal kunne planlegge, administrere og utvikle helsesøstertjenesten i henhold til lover og forskrifter (2). Helsestasjons- og skolehelsetjenesten er et frivillig og gratis tilbud til familier, barn og unge 0-20 år (2, 3).

*”Formålet med helsestasjons- og skolehelsetjenesten er å fremme psykisk og fysisk helse, fremme gode og sosiale miljømessige forhold, forebygge sykdom og skade” (2 s.43).*

Oppgavene til helsesøster er mange og varierte. Skolehelsetjenesten består av planlegging, individ- og miljørettede tiltak, vaksinasjon, samarbeidsmøter med skolen og helseopplysning overfor individ og grupper (2, 4). Lov om helsetjenester i kommunene pålegger at barn og ungdommer skal ha et tilbud om skolehelsetjeneste. Dette gjelder både offentlig og privat sektor (2, 4). Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten for barn og unge 0- 20 år §2-3 skal bistå i undervisning for grupper/ klasser/ foreldremøter samt opplysning og veiledning individuelt, samarbeide med ulike instanser som jobber med barn slik som habiliteringstjenesten/ skole/ barnehage osv., oppsøkende virksomhet og forebygge sykdom og skade (5)

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten er sentrale i kommunens folkehelsearbeid (2). Helsesøstertjenesten er et lavterskeltilbud og skal være for alle i målgruppen (6). Alle kan få tilbud om helsesøsters tjenester. Det er høy oppslutning om helsekontroller fra 0-5 år, men fra 6- 20 år er tilbudet vesentlig lavere (7). Flere stortingsmeldinger påpeker viktigheten av å styrke og utvikle helsestasjons- og skolehelsetjenesten i tråd med samfunnets behov (8, 9). Helsesøstertjenesten skal bidra til å styrke utsatte foreldre, barn og ungdoms evne til å ta vare på egen helse (6). I 2010 kom Helsedirektoratet med en rapport om utviklingsstrategi for helsestasjon- og skolehelsetjenesten som presenterer det at det har foregått en svekkelse av kommunens skolehelsetjeneste (6). Det har foregått noe nedleggelse av tilbud og en økende svekkelse av personellressurser og de tverrfaglige tilbudene (6). Dette står i kontrast til den rollen helsestasjons- og skolehelsetjenesten skal ha i samfunnet. Det kan være vanskelig for kommunene å gjøre konkrete forsvarlighetsvurderinger fordi den jobben helsesøstertjenesten gjør må sees i et langtidsperspektiv (6). Helsedirektoratet anbefaler en styrking av

helsestasjons- og skolehelsetjenesten, der man også tydeliggjør kravene til tjenestene (6). 1 januar 2012 kom Folkehelseloven, det innebærer at det kan bli mer systematikk i folkehelsearbeidet (10). Folkehelseloven har som formål å fremme helse og trivsel og utjevne sosiale helseforskjeller (10).

Stortingsmelding 34 fokuserer på at barn skal ha en trygg oppvekst. En barndom som gir mulighet for livsutfoldelse, læring og mestring har stor betydning for helsen gjennom hele livet (11). Ved blant annet å ha gode forebyggende helsetjenester bidrar man til å redusere risiko for sykdom senere i livet (11). Man vet at overgangsfasene i livet er særlig sårbare. Overgangene fra barnehage til skole, barneskole til ungdomsskole og ungdomsskole til videregående skole, overgangene mellom de ulike klassetrinnene er også sårbare (11). Å ha en god helsesøstertjeneste tilgjengelig for barn og unge i alle aldre har stor betydning slik at de kan oppleve trygghet ved å ha noen å snakke med dersom de har spørsmål eller ting er vanskelig (2, 5). Selv om det stort sett er trivsel blant barn og unge i Norge, er det likevel en betydelig andel som har problemer med å mestre hverdagen (11, 12). I følge St.meld.34 er det et stort problem med frafall i videregående opplæring (11). 31% fullfører ikke videregående opplæring (13). I følge lederen i landsgruppen for helsesøstre, Astrid Grydeland Ersvik, er det ikke uvanlig at svake skoleprestasjoner, skulk, smilsmissebakgrunn, enslige foreldre, liten grad av støtte fra foreldre i forhold til skolearbeid fører til frafall i videregående skole (14). Å ha en helsesøstertjeneste som er tilgjengelig for ungdommene er viktig, men det er også viktig at den er tilgjengelig for lærere og andre profesjoner. På denne måten kan man bedre samarbeide om ungdom man er i tvil om, og sammen kanskje kunne hjelpe flere (11). Der helsesøstertjenesten er til faste tider blir den brukt av 50% av ungdommene (14). Regjeringens ønske er å styrke de forebyggende helsetjenestene til barn og unge (11). Ressursene som kommunene bruker står ikke i forhold til behovene (11). Styrking og videreutvikling av helsesøstertjenesten er en viktig sak, og det ble gitt 180 millioner kroner til kommunene som skulle brukes på helsesøstertjenesten (11, 15). Dessverre viser en undersøkelse fra Norsk Sykepleierforbund at kun halvparten av pengene gikk til helsesøstertjenesten (15).

En undersøkelse som ble gjennomført om ungdommer mellom 13- 16 år av Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA), viser at de fleste ungdommer mellom 13- 16 år trives godt både hjemme og på skolen (12). Til tross for dette er det en god del unge som sliter med psykiske helseplager (12). Det er stress lignende symptomer som det å ”tenke



at alt er et slit” eller ”å bekymre seg for mye om ting” (12). Ungdommene ønsker seg at helsesøster skal være mer tilgjengelig, ha tid, være mer synlig og kontoret til helsesøster må ligge et sted der det ikke er så synlig at man går dit (16).

Nina Misvær, helsesøster og forsker ved Høgskolen i Oslo og Akershus (HiOA) hevder at helsesøstertjenesten er forsket lite på og at det er et behov for å spørre barn og unge hva som er viktig for dem (13).

## *1.2 Begrunnelse for valg av tema*

Helsesøstertjenesten har det siste året hatt fokus i media (17, 18). Blant annet skrev Aftenposten i april 2013 om et ønske om 300 nye helsesøsterstillinger i tillegg til de som allerede er. For å styrke det forebyggende arbeidet for barn og unge 0- 20 år. Dette tilsvarer 180 millioner norske kroner (15). Disse pengene ble ikke øremerket og det er bare halvparten av kommunene som har brukt midlene slik de var tenkt (15).

Helsesøstertjenesten jobber forebyggende og fremmer helsen til barn og unge mellom 0- 20 år. Ungdommer har selv uttrykt at de ser helsesøster sjelden (19). Det dreier seg om at ungdom opplever at de ikke møter helsesøster, at helsesøster ikke er tilgjengelig nok. Helsesøstre forteller om at de har dårlig tid til å ha ”åpen dør” og til å stille gode spørsmål til ungdommene. Syv av ti helsesøstre sier at de har unnlatt å stille de riktige spørsmål til ungdommene fordi de ikke har tid til å følge de opp (18). Dette er bekymringsfullt og jeg er interessert i å finne ut hvordan ungdommer i rurale områder opplever og erfarer helsesøstertjenesten. Rural er *”Tett- og spredtbygde områder. Tettbygde strøk defineres som hussamlinger med maks 50meter mellom husene og hvor det er bosatt minst 200 personer”* (20 s. 170). Regionen jeg har valgt å forske i består av seks småkommuner, som alle er bygdesamfunn med et innbyggertall på 5000 bosatte eller mindre. Jeg er selv oppvokst i en rural kommune og har derfor erfart at det å nå ulike tilbud som er tilrettelagt for ungdom kan være vanskelig. Dette på bakgrunn av geografiske avstander og lite kollektiv trafikk. En annen utfordring er kanskje at det kun er en eller to helsesøstre i hver kommune.

Jeg opplever det som viktig at ungdommenes erfaring og opplevelse av helsesøstertjenesten skal komme frem. Uansett om man er en aktiv bruker eller ikke. Nordals studie viser at ungdommer opplever trygghet ved å ha en tilgjengelig helsesøstertjeneste (21). Ved å få frem

ungdommenes stemmer ønsker jeg at min studie kan være et bidrag til å påvirke hvordan denne tjenesten kan forbedres. Det er ungdommene som er brukerne og det er derfor viktig å få frem deres erfaringer og opplevelser. Det er viktig å poengtere at ungdommene i denne undersøkelsen ikke skiller mellom skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom. De ser for seg hele tilbudet under ett.

### *1.3 Problemstilling*

Å belyse hvilke erfaringer og opplevelser ungdommene har er i følge FNs barnekonvensjon artikkel 12 en rett barn og unge har fordi det er saker som angår dem selv (22). I min oppgave har jeg valgt å intervju ungdommer for å få frem deres erfaringer og opplevelser knyttet til helsesøstertjenesten.

#### *Problemstilling:*

*”Hvilke erfaringer og opplevelser har ungdom med helsesøstertjenesten?”*

Mine informanter begrenses til ungdom i alderen 16- 18 år som er bosatt i rurale områder. Ungdom over 16 år er helserettlig myndige og har i følge Lov om pasient- og brukerrettigheter §4-2 samtykkekompetanse med mindre annet følger av særlig lovbestemmelse eller av tiltakets art (23). Ungdommene kan derfor selv bestemme om de vil delta i undersøkelsen eller ikke. Årsaken til at aldersgruppen 16-18 år ble valgt er fordi dette er hoved- aldersgruppen som er ved videregående skole. Denne aldersgruppen har fått erfaringer fra helsesøstertjenesten gjennom skolegangen og noen via helsestasjon for ungdom det er interessant å høre hvilke erfaringer og opplevelser de har.

Å få frem ungdommenes perspektiv er viktig for å få kunnskap om hvilke ønsker og behov de har i forhold til helsesøstertjenesten. Fordi perspektivet handler om ungdommers opplevelser og erfaringer knyttet til selve helsesøstertjenesten er det ikke ønskelig å få informasjon fra ungdommene om hvorfor de har benyttet seg av tilbudet. Jeg har intervjuet et utvalg ungdommer, og vil dermed få et lite utsnitt fra virkeligheten (1).

### *1.4 Oppgavens oppbygning*

*2.0 Tidligere forskning*, her presenterer jeg forskning jeg har funnet som anses som relevant for mitt forskningsprosjekt. Det vil bli gjort en presentasjon av hvor det er søkt etter litteratur

og hvilke søkeord som er brukt. På slutten av dette kapittelet presenteres forskningen som er mest relevant for mitt prosjekt.

**3.0 Teori**, i dette kapittelet vil det bli gjort en rede for relevant teori for mitt forskningsprosjekt. Her presenteres ungdomstiden, hvilke helsesøstertjenester man har for ungdom, hva profesjonell praksis innebærer, kommunikasjon og etikk.

**4.0 Vitenskapsteoretisk ståsted**, her er det en kort presentasjon av mitt vitenskapelige teoretiske ståsted.

**5.0 Metode**, i dette kapittelet blir det gjennomgått hvilke metode som er valgt for studien, hvordan jeg har samlet informanter og hvilken metode jeg har valgt for å komme frem til mine funn. I dette kapitelet kommer det også frem etiske overveielser og analyse. Til slutt kommer det her metodiske refleksjoner der det vil bli reflektert rundt studiens kvalitet.

**6.0 Presentasjon av funn**, her presenteres funnene med sitater for å belyse ungdommenes uttalelser.

**7.0 Diskusjon**, funnene vil her bli diskutert. Disse blir diskutert opp mot tidligere forskning og teori som er presentert i teoridelen av oppgaven. I diskusjonsdelen er det også utsagn fra informantene i studien. Dette er blitt gjort for å belyse det som diskuteres.

**8.0 Avslutning**, her studiens viktigste funn presentert samt noen refleksjoner rundt konsekvenser for praksis og videre forskning.

## 2.0 Tidligere forskning

For å finne tidligere forskning har jeg søkt i ulike databaser som Norart, PubMed, PubMedPsych, Medline, Primo, Google scholar og Cinahl, de artiklene jeg fant hadde lite eller ingen fokus på ungdomsperspektivet. Det ble benyttet søkeord knyttet opp mot problemstillingen i ulike kombinasjoner. Søkeordene ble funnet ved hjelp av MESH- ord i de ulike databasene. MESH- ord som er brukt; community nursing, adolescence, power, communication, health communication, public health nurse, school nurse, rural. Ut i fra mine søk kan man ikke generalisere å si at det ikke finnes noe forskning på området. Mine søk har ikke direkte vist ungdommene sitt perspektiv. Mye av forskningen har gitt et godt bilde på hvorfor det er viktig å få frem ungdommens erfaring og opplevelser om helsesøstertjenesten. Det er stort fokus på hvorfor det er viktig med tilgjengelig helsesøstertjeneste for ungdom. I søkeprosessen har jeg ikke funnet så mye relevant forskning som fokuserer på hva ungdommenes egne erfaringer og opplevelser.

Under presenterer jeg forskning jeg anser som relevant for mitt forskningsprosjekt. De jeg har valgt ut er forskning som får frem et ungdomsperspektiv. Det er ikke alle studiene jeg presenterer som går direkte på ungdommenes perspektiv, likevel anser jeg disse som relevant for min studie for å belyse mine empiriske funn. Noen ser på tilgjengelighet, konfidensialitet og hva som har betydning for brukerne i møte med helsesøstertjenesten. Forskning sees likevel på som relevant fordi de tar opp viktige perspektiv som for eksempel hvordan helsesøster kan bedre samtale- og det tverrfaglige tilbudet til ungdommene. Det anses som relevant og relateres til mitt prosjekt.

*K. Langaard: Et utviklingsperspektiv som ramme for samtaler med ungdom i skolehelsetjenesten: aktivitet, intensjonalitet og tilpasset utviklingsstøtte (24).*

Langaard har jobbet som klinisk sosionom sammen med helsesøstre der hun la merke til at helsesøstre i skolehelsetjenesten hadde utviklet en egen kompetanse når de møtte ungdommene. Møtet var preget av åpenhet og imøtekommendehet. Dette har Langaard skrevet en doktoravhandling om der målet var å gjøre profesjonell rådgivning mer tilgjengelig i skolene og å videreutvikle samtaletilbudet. Metoden som er brukt i studien er intervjuer med ungdommer, deltagende observasjon under samtaler mellom de profesjonelle og ungdommer, gruppesamtaler med de profesjonelle og også egne erfaringer som deltager i prosjektet.

Prosjektet foregikk på to skoler i Oslo. Den ene skolen var yrkesfaglig og den andre skolen var primært allmennfaglig. Det ble intervjuet 46 ungdommer ved de to skolene. Som deltagende observatør var Langaard med i 14 samtaler med totalt 15 ungdommer. Det deltok 4 helsesøstre i studien og to kliniske pedagoger. Langaard var deltagende observatør og hadde gruppesamtaler og erfaringer med deltagende helsesøstre og pedagoger i prosjektet. Samt at hun har tatt med egne erfaringer som også er en del av datamaterialet i doktorgradsarbeidet

Kort oppsummert fant Langaard i sin studie at helsesøster må vise omsorg, men ikke for mye omsorg. Hun må være profesjonell i jobben sin. Helsesøster bør veilede ungdommene slik at ungdommene kan ta sine egne valg. Ungdommene peker også på at overholdelse av taushetsplikt er avgjørende om de skal ha tillit til å betro seg til noen om sine problemer.

*Clancy A, Svensson T. Perceptions of public health nursing consultations: tacit understanding of the importance of relationships. (25).*

Artikkelen er en del av Clancys doktorgradsoppgave. Hun har observert tolv ulike konsultasjoner ved barnekontroller gjennomført på helsestasjon, helsestasjon for ungdom og helsesøster i skolehelsetjenesten i videregående skole. Samt at det ble gjennomført to individuelle intervjuer med foreldre, tre intervju med par og fem individuelle intervju med helsesøster. Målet var å se på helsesøsterstiltærning og tolke hvordan helsesøster og brukerne opplevde konsultasjonene. Artikkelen viser at særlig ungdommene er opptatt av taushetsplikten og helsesøsters åpne tiltærning og hennes måte å veilede på. De setter også pris på at helsesøster er en god rådgiver og lytter.

Helsesøstre er profesjonelle, men de er også personer med ulike interesser. Clancy påpeker at dette kan være på å påvirke i konsultasjonene. Det kan være bra at man som profesjonell helsesøster viser empowerment ved å være åpen, ærlig og møter de behovene som ungdommen, barn eller foreldre har behov for. For at relasjonen mellom barn, unge og foreldre skal vedvare, så er det viktig å være ærlig og direkte.

*Olaisen K. Utviklingsfremmende samtaler med ungdom: samhandling på tvers (26).*

Denne boka med Olaisen som hovedforfatter er et resultat av et prosjekt som har gått over flere år ved videregående skole i Oslo. Olaisen er teamleder for prosjektet og spesialist i



klinisk pedagogikk og har lang erfaring innenfor Barne- og ungdomspoliklinikk (BUP). Prosjektet fokuserer på å få et helhetlig tilbud til skolehelsetjeneste i videregående skole. Kjernen i prosjektet var å få til et godt samarbeid mellom skolehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Det presenteres tjue artikler i boka der erfaringer fra kommunehelsetjenesten, Barne- og ungdomspoliklinikk for psykisk helse (BUP), skolen, politikere, administratorer, fagfolk fra psykisk helse (RBUP) og ungdommene selv presenteres. Prosjektet presenterer ulike sider ved skolehelsetjenesten. Det ble klart at det er mye å hente for skolehelsetjenesten ved å prioritere samarbeid på systemnivå. Å bli flinke til å jobbe omkring ungdommene ved å inkludere foreldre, lærere, PP-tjenesten, BUP og barnevern. Dette for at ungdommene skal kunne oppleve et helhetlig tilbud og for at det å ha problemer/utfordringer i livet ikke skal bli så stigmatiserende for ungdommene.

Prosjektet ønsket å løfte frem; kontinuitet, være lett-tilgjengelig, bygge på ungdommenes behov/bestilling, gi ungdommene tid, taushetsplikt, respekt, være utvikling- og mestringsfremmende. Det skulle ikke være noen diagnostisering på dette nivået men øke henvisningskompetansen til 2. linjetjenesten.

*Jentoft G. Tillitsfulle stemmer: unges møte med helsestasjonen (27).*

Dette forskningsprosjektet er en masteroppgave ved den Nordiske högskolan för folkhälsvetenskap av helsesøster Greta Jentoft. Hun har intervjuet ni ungdommer i aldersgruppen 16-20 år som oppsøkte forskjellige helsestasjoner for ungdom i Nordland og Troms fylke. Problemstillingen er *hvilke forventninger, erfaringer og opplevelser har unge jenter og gutter til helsestasjon for ungdom i forhold til deres helsebehov*. Studien viser at ungdom har en tillit til helsepersonell umiddelbart når de oppsøker helsestasjon for ungdom. Forskningen viser også at tillit til helsetjenester overføres mellom venner. Erfaringer venner har med helsesøstertjenesten tar man med tilbake til vennekretsen og kan påvirke den andres forventninger.

*Nordal LN. En kvalitativ studie av ungdoms ønsker og behov for skolehelsetjeneste (21).*

Masteroppgave i Flerkulturelt forebyggende arbeid med barn og unge ved högskolen i Telemark. Lise Narvesen Nordal er psykiatrisk sykepleier og har mange års erfaring fra voksenpsykiatrien. Problemstillingen er *Hvilke betydning har skolehelsetjenesten for ungdommenes helse? 1. Hva ønsker skoleungdom seg av helsesøster og skolehelsetjenesten? 2. Hva kan kunnskap om ungdommenes ønsker, knyttet til skolehelsetjenesten, bidra med i det*

*forebyggende og helsefremmende arbeidet med skoleungdom?* Nordal har tatt utgangspunkt i en kvantitativ undersøkelse ved Thor Heyerdal videregående skole i Larvik fra 2006. Det deltok 47 ungdommer i undersøkelsen alle over 18år. Innhenting av data foregikk slik at hun fikk elever til å skrive ned svar på fire ulike spørsmål, der målet var å få tak i elevenes tanker og følelser om dagens skolehelsetjeneste. Deretter fikk de tilbud om å være med på dybdeintervju. to av ungdommene deltok i dybdeintervju. Studien viser at ungdommene ønsker seg større tilgjengelighet i skolehelsetjenesten i form av økte ressurser. Ressursene bør bestå av noen de kan snakke med. De ønsker seg en helsesøstertjeneste med taushetsplikt, at de kan stole på fagpersonen. Det er et behov for støtte, veiledning og informasjon rundt psykiske utfordringer. I tillegg til dette ønsker de fleste seg en internett- tjeneste der de kan få svar på vanskelige spørsmål. Det er viktig å ha tillit til den fagpersonen som er på skolen, men også de som styrer internettsidene.

*Hansen LAB. En kvalitativ studie av ungdommers opplevelse av tilgjengelighet i tilbudet (28).* Dette er en masteroppgave skrevet ved NTNU, Dragvoll- Pedagogiske Institutt. Hansen skriver ikke noe om sin bakgrunn i oppgaven. Hennes problemstilling; *hvilke oppfatninger, ønsker og forventninger har ungdomsskoleelever til skolehelsetjenesten og helsesøsters rolle.* Det ble intervjuet 16 ungdomsskoleelever gjennom fokusgruppeintervju. Studien viser at ungdommene ved 10 trinn opplever skolehelsetjenesten som et lite tilgjengelig tilbud. De etterspør kontinuitet og en mer synlig helsesøster ved skolen. Det rår noe usikkerhet om hva de kan snakke med helsesøster om. Et forbedringspotensiale når det gjelder markedsføring og at helseundervisningen bør tilpasses ungdom kommer tydelig frem.

*Luzette: Foregone Mental Health Care and Self- Reported access barriers among adolescents (29).*

Dette er en studie som er gjennomført i Minnesota, USA. Forfatterne har ulik bakgrunn. Alt fra å være helsesøster til å ha doktorgrad og være professorer. Dette er en tverrsnitts studie. Studien har tatt utgangspunkt i en studie fra 2000 og viderefører denne. Studien viser at 57% av 16 åringene har hatt behov for psykiatrisk hjelp. Ungdommene har en barriere mot å oppsøke tjenesten. De har manglende tillit til at den profesjonelle ivaretar konfidensialitet. Ungdommene er også usikre på om de problemene de har er alvorlige nok, og om de blir forstått. Noen oppgir at de er redde for å bli stigmatiserte.

*Barneombudet, Helse på barns premisser (19).*

Rapporten ble publisert i mars 2014 av Barneombudet. Barneombudet har blant annet sett på skolehelsetjenesten. Her skriver barneombudet at det mangler ca. 1500 stillinger i skolehelsetjenesten for at Helsedirektoratets anbefalte norm for tjenesten skal oppnås. Dagens skolehelsetjeneste kan kun tilby det absolutt mest nødvendige. Barneombudet har snakket med elever (det er ikke oppgitt alder eller klasse) og de forteller at helsesøster er lite tilgjengelig, de mangler informasjon om tjenesten og de savner en skolehelsetjeneste på skolen hver dag.

### 3.0 Teori

Teorigrunnlaget er valgt ut i fra min oppfatning om hva som er relevant for problemstillingen, og hvordan teorigrunnlaget kan være med å belyse ungdommenes uttalelser fra mitt empiriske materiale.

#### 3.1 Ungdomstiden

Ungdomstiden er en tid der det skjer svært mye. Ikke bare kroppslige forandringer, men også emosjonelle, samt at mange valg skal tas som har betydning for fremtiden. Sagt med andre ord, er dette tiden man må forholde seg til store fysiske, psykiske og sosiale forandringer (30, 31). Antonovsky presenterer dette som en tid preget av konstant turbulens, forvirring, dårlig selvtillit og følelse av å være utestengt (32). Man utvikler seg fra barn til voksen og den går over mange år. Ungdom er i en utviklings- og læringsprosess og de erfaringer de får er med på å utvikle handlingsberedskap for å ta vare på seg selv og sin egen helse (26 s. 7).

Ungdomstiden antas å begynne rundt 12 års alder og varer til rundt 18 år (33).

Identitetsdannelsen og at ungdommer begynner å relatere seg til foreldre og andre voksne på nye måter, er i følge Tetzchner det viktigste kjennetegnet for ungdomstiden (33). *I ungdomstiden legges grunnlaget for helsen senere i livet, og denne gruppen er derfor viktig sett i et folkehelseperspektiv (4 s. 118).*

Noen går gjennom ungdomstiden uten noen form for problemer og utfordringer, mens andre kan ha små og store problemer. Problemene kan være både fysiske, psykiske så vel som sosiale. De fysiske problemer er ofte enklere å håndtere, og er heller ikke like tabubelagt som psykiske problem (34). St.meld.34 og Andersen skriver at mellom 15-20% av alle ungdommer i Norge har psykiske problemer som går ut over deres evne til å fungere (11, 34). Langaard oppgir at nesten hver fjerde ungdom sliter med psykosomatiske, psykiske eller psykososiale problemer (35). Langaard peker også på at disse problemene blir håndtert ved medisiner. Om man ikke har noen psykiske problem før man går inn i ungdomstiden, kan likevel denne perioden føre til at man utvikler psykiske symptomer som vider kan føre til en psykisk diagnose over tid (36).

Satsing og styrking av skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom er viktig sett i et folkehelseperspektiv (13, 30). Ungdommer er mennesker under oppbygging, som er utrustet med egne kvaliteter og har iboende ressurser som kan være tydelige og utydelige (37).

Voksne er ansvarlige for å beskytte barn og unge, en av samfunnets viktigste oppgaver er derfor å hjelpe og støtte de unge (37). Å vektlegge de faktorer som er med å fremmer egen helse er et viktig arbeid innen det forebyggende arbeidet (32). I følge Antonovsky er de menneskene som har en opplevelse av sammenheng (OAS) de som best klarte livets problemer, hindringer og kriser (32).

### **3.2 Helsesøstertjenesten for ungdom**

Helsesøstertjenesten for ungdom innebærer både skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom (HFU). Dette er to tilbud som utfyller hverandre. Skolehelsetjenesten er en lovpålagt oppgave som er hjemlet i Kommunehelsetjenesteloven (2, 5). Styrking av det forebyggende tilbudet til barn og unge er et satsningsområde i Norge (38). Det er viktig at tilbudene er lett tilgjengelig for barn og unge. Både i skolehelsetjenesten og HFU er det viktig å samarbeide både med foreldre og eventuelt andre instanser som for eksempel psykiatrisk sykepleier (2, 39, 40). Helsesøster har taushetsplikt og må ha samtykke fra ungdommene før man eventuelt kan opprette et samarbeid med noen utenom visse tilfeller. Dersom ungdommene er over 16 år sier Lov om pasient- og brukerrettigheter § 4-4 Samtykke på vegne av barn, at ungdommer over 16 år er helserettslig myndige (23).

I henhold til lov om kommunehelsetjenesten står det at man skal (5):

- Fremme psykisk og fysisk helse
- Fremme gode sosiale og miljømessige forhold.
- Forebygge sykdom og skade.

Både i skolehelsetjenesten og HFU skal man derfor jobbe helsefremmende og forebyggende (41). Helsefremmende arbeid er tiltak der man styrker ressursene til individet eller en gruppe i stedet for å fokusere på sykdom og risikofaktorer (42). *Det kan være samfunnsmessige, miljømessige, sosiale, kulturelle eller individuelle forutsetninger for en god helseutvikling (42 s.15).* Forebyggende arbeid handler om å iverksette tiltak for å redusere sykdom eller skader, og eller risikofaktorer som kan bidra til sykdom, skader og tidlig død (42).

#### **3.2.1 Helsestasjon for ungdom**

I 2011 hadde 72% av kommunene etablert helsestasjon for ungdom (11). HFU er et tilbud til ungdom fra 13-20 år, en del steder er tilbudet utvidet til 23, 24 eller 25 år. Årsaken er at man



har sett at det er et behov for lavterskeltilbud til den aldersgruppen som er i overgangsfasen fra ungdom til voksen (43). Tilbudet kan benyttes av alle både gutter og jenter, det omfavner også de som ikke går på skolen. Det har vært litt problematisk å få gutter til å benytte dette tilbudet, og det har derfor enkelte steder blitt egne åpningstider for gutter (11). HFU er et lavterskeltilbud hvilket innebærer at det skal være lett tilgjengelig gjerne på ungdommenes arena, ha gode åpningstider, gratis og ikke være behov for å bestille time. Å bestille time hos eksempelvis fastlege krever mer planlegging enn å møte opp på et drop- in tilbud som HFU er ment å være (27). HFU har som oftest lege tilgjengelig.

Åpningstid på døgnet og antall ukedager varierer fra kommune til kommune. Det gis rådgivning og veiledning om det ungdommene er opptatt av (42). Temaer som er aktuelle for ungdomshelsestasjon er: Seksuell helse, prevensjon, seksuelt overførbare sykdommer og å prate om ting som kan være vanskelig og utfordrende i livet (2, 30).

### **3.2.2 Skolehelsetjenesten**

Skolehelsetjenesten er en lovpålagt tjeneste, jf. Folkehelseloven og helse og omsorgstjenesteloven §1-3 (26). Det utføres helsefremmende og forebyggende arbeid, der man ser og vurderer ungdommenes ressurser og muligheter til å ta vare på egen helse (10, 44). Skolehelsetjenestens mål er å fremme den totale helsen og forebygge sykdom blant alle elever som er i både offentlig og privat skole (2). Skolehelsetjenesten jobber både på individ og gruppe nivå (2). Det er også et mål for tjenesten å ha et godt samarbeid tverrfaglig og med elevens hjem, man oppfordrer også foreldre til å ta kontakt med skolehelsetjenesten (2).

Skolehelsetjenesten skal ha gode lokaler på hver skole, de skal være egnede og være på et fast sted (26). Som helsesøster i skolen er det viktig å være synlig og tilgjengelig. Helsesøster bør informere både skolens lærere og elever om når det er kontortid og hvor de kan oppsøke helsesøster. Det kan også være en fordel om helsesøster er tilgjengelig på telefon slik at det blir enklere å ta kontakt. Andre tiltak man kan benytte er brosjyrer, plakater, informasjon om skolehelsetjenesten på skolens webside (26, 41)

Helsesøsterposisjon i skolehelsetjenesten er unik (26). Gjennom vaksinasjon og andre gruppetilbud har ungdommene vært i kontakt med helsesøster flere ganger. Ved overgang fra ungdomsskole til videregående skole bytter de fleste helsesøster. Likevel vet ungdommene at

tilbudet er lett å komme til og blir som regel sett på som ”ufarlig” (26). Skolehelsetjenesten har samarbeid med skolen store muligheter for å intervensere tidlig. At skolehelsetjenesten identifiserer elever på et tidlig tidspunkt og fremmer fysisk og psykisk helse samt forebygger sykdommer og skader, kan være avgjørende for at elevene ikke dropper ut av skolen (14, 26). I flere rundskriv om forebyggende innsats for barn og unge er det fokus på tidlig intervensjon. Det er også mye fokus på samarbeid om psykisk helsevern (26, 38). Når man vet at hver skole har en stillingsbrøk mellom 20 – 50%, kan man forstå at skolehelsetjenesten ikke blir så effektiv som man ønsker at den skal være (45).

### *3.3 Profesjonell praksis*

I profesjonell helsesøsterpraksis yter man personlige tjenester (46). Begrepet profesjonell omfavner mye. I profesjonell praksis forholder man seg til kunnskap som er anerkjent innenfor profesjonen og til etiske fordringer (46, 47). Profesjonell praksis deles gjerne inn i fire områder.

- 1) Den organisatoriske sammenheng: Ulike instanser har ulike rammer for profesjonell praksis. Konteksten for virksomheten dannes her. Profesjonell ledelse innenfor helse- og sosialfeltet vil være med på å danne overordnede rammer for virksomheten samtidig som leder ved hver enkelt arbeidsplass er med å danner rammer for den enkelte arbeidstaker. (47).
- 2) Forskning og teori: For å kunne sikre god praksis er det essensielt å benytte forskning og teori. Forskning er med å legge grunnlaget mellom god og dårlig praksis og derfor vil forskning kunne være med å sikre en bedre praksis (47). Teori handler om både fagteori, etikk og vitenskapsteori. Å kunne teorien i forhold til den profesjonen man har er av betydning for å føle seg tryggere i praksis.
- 3) Erfaring og skjønn: Står i relasjon til forskning og teori, da de erfaringer man har og skjønn bidrar til å tolke og forstå forskningen og fagkunnskapens generelle regler (47). Dette er noe som utvikles gjennom systematisk og langvarig praksis. Her inngår den profesjonelles private og personlige livserfaring (47). Noe som også vil være med å forme profesjonell praksis, særlig i de situasjonene praksisen er samtalebasert (47).
- 4) Brukermedvirkning: Her baserer man seg på myndiggjørelse av den personen man møter gjennom sin profesjon. Brukermedvirkning skal skje på politisk nivå, systemnivå og på individ- og gruppenivå (47). Brukermedvirkning innenfor

helsestasjonstjenesten kan man også kalle empowerment. Det er et begrep som blir mye benyttet og betyr ” *en prosess der folk oppnår større kontroll over beslutninger og handlinger som berører egen helse*”(26 s.76). For å kunne vektlegge empowerment i møtet med eksempelvis en ungdom i skolehelsetjenesten eller HFU må man kjenne til ulike sider ved kommunikasjon (47). Man er avhengig av å ha en dialog som består av gjensidighet og tillit (27, 30)

I hvert enkelt møte med ungdommer vil ulike sider av helsesøsters profesjonelle og personlige kompetanse bli brukt sammen gjennom de krav hver enkelt situasjon og relasjon stiller (47). Selv om man har kunnskapen om hva som bør gjøres og hvordan, vil det alltid være en viss usikkerhet om hva som er klokt å gjøre. Når man jobber med mennesker vil hvert møte være en ny erfaring og det er derfor alltid rom for usikkerhet og feilavgjørelser (47). ”*Den praktiske kunnskapens kjennetegn er at den er noe man må finne ut hver enkelt gang*” (48 s. 21). Kjennetegn ved profesjonsutøvelse er usikkerhet, kompleksitet og utøvelse av skjønn, her er det et ansvar og en frihet fordi den situasjonen man kommer opp i vanskelig lar seg standardisere (47). Man kan derfor si at kunnskapen er i levende utvikling hos hver enkelt profesjonsutøver. Som helsesøster møter man barn og unge nesten hver dag der dialog og kommunikasjon står sentralt, da snakker man gjerne om *kunnskap i handling* (47).

I den profesjonelle relasjon er det et asymmetrisk maktforhold, her er det den profesjonelle som har makt til å definere hvordan og hvilke behov den andre har (49). Brukeren trenger noe fra den profesjonelle (47). De har tillit til at den profesjonelle har den fagkunnskapen som de skal ha (46). Dette er en asymmetri som gjerne blir kalt for den *epistemisk asymmetri* (46). I følge Grimen er asymmetri ved praktisk kunnskap en større utfordring å forandre enn ved teoretisk kunnskap, fordi man ikke kan lese seg til likeverdighet (46). En slik type asymmetri er sterkere i noe profesjoner enn i andre. Brukeren er sårbar overfor profesjonen. Som profesjonell så må man også stole på at brukeren gir korrekte opplysninger om det som det må opplyses om, man bør derfor ha en gjensidig tillit (46).

Taushetsplikt gjelder for mange yrkesgrupper og man har ulike varianter av den. For helse- og omsorgstjenesten og helsepersonell som jobber etter helse- og omsorgstjenesteloven gjelder taushetsplikt etter forvaltningsloven § 13-13e og helsepersonell loven §21 (50). Taushetsplikten omfatter personlige forhold som fysisk, psykisk helse, følelsesliv, personlighet og personlighetsforstyrrelser, økonomisk situasjon, utdanning, familieforhold og

når man utøver helsehjelp (50). Taushetsplikten omfatter derfor omtrent alt. Taushetsplikten kan oppheves dersom ungdommen samtykker til at informasjon kan gis for eksempel til foreldrene (26). Opplysning kan drøftes anonymt dersom man anser det som hensiktsmessig (50). Dersom man som helsepersonell bryter taushetsplikten kan dette medføre konsekvenser som ikke bare handler om tillitsbrudd med den personen det gjelder. Helsepersonell kan bli straffet etter straffebestemmelser i enkelte av lovene, og generelt etter straffeloven § 121 (50). Brudd kan medføre arbeidsrettslige konsekvenser (50). Helsepersonell kan få advarsel fra tilsynsmyndigheten (50). I ekstreme tilfelle kan man miste autorisasjonen, noe som er mer sjeldent (50)

### **3.4 Kommunikasjon**

I dialog mellom helsesøster og ungdommen fokuseres det ofte på veiledning. Veiledning har en form for interaksjon som innehar aspekt av handling, relasjon og kommunikasjon (51). Kommunikasjon deles inn i verbal og nonverbal. Mens det nonverbale språket uttrykkes gjennom følelser og kroppen vår, foregår verbal kommunikasjon med ord og setninger (47, 52).

Føringene i Ottawa charteret sier noe om at helsepersonell har en veiledningsfunksjon overfor brukerne (53). Veiledning har en sentral rolle i helsesøsters arbeid (54). Veiledning er et begrep som blir bruk i mange sammenhenger, veiledning kan blant annet være å gi informasjon om helseopplysninger via plakater, internett eller undervisning (51). Veiledning er også en viktig funksjon i empowerment prosessen. Empowerment blir mye brukt i helsefremmende arbeid og handler om at det enkelte individ skal kunne oppnå større kontroll over eget liv og beslutninger som berører deres helse (54). Tenkningen er med på å jevne ut det asymmetriske maktforhold mellom helsepersonell og bruker (46, 54). Veiledning er en pedagogisk metode (51). Dette er en prosess som skal være både pedagogisk og profesjonell. Hovedhensikten ved veiledning er at brukeren skal kunne oppleve mestring ved selvstendigjøring (51, 55). Veiledning gjøres ved en form for dialog. Kommunikasjon er et viktig begrep i veiledning. Man kan veilede i enkelt samtaler, i grupper og ved å gi informasjon (47). Samtalen må tilpasses den enkelte slik at brukeren føler seg møtt på en god måte (56). Veiledning er en sammensatt prosess og hensikten er mestring i sitt eget liv. I en veiledningsprosess vil det alltid være en form for asymmetri (56). I en slik situasjon skriver Christiansen skriver at Kierkegaard uttrykker det: ”*Min merforståelse (som profesjonell)*

*hjelper ikke den andre hvis jeg ikke forstår det han forstår” (56 s. 166).* For å kunne hjelpe den andre må det oppstå en relasjon der tillit står sentralt. Man er i veiledning avhengig av den andre får at kvaliteten skal bli god. Dersom veiledning skal lykkes må den som skal hjelpe være bevist hvor oppmerksomheten er (56). Er den rettet mot PC-en, papirer eller personen? Har man blikk-kontakt? Hvordan er kroppsholdningen? Dersom man i samtalen er vendt mot personen man samtaler med åpner man opp for samhandling. Snur man seg vekk signaliserer man utilgjengelighet.

I den helsefremmende samtalen legger man vekt på hva som skal til for at man skal beholde og fremme egen helse (37). Aron Antonovsky beskriver en slik tilnærming i hans opplevelse av sammenheng (OAS) (32). Antonovsky ser på hva som fører til at noen mennesker kan overleve og ha et godt liv selv om de har hatt et liv fullt av utfordringer og hindringer (32). Når man kommuniserer med andre mennesker så har OAS en stor rolle (32). Antonovsky presenterer mennesker med sterk og svak OAS. De som har en svak OAS har vanskeligere for å ha et god liv dersom de har opplevd utfordringer og hindringer i sitt liv, sterk OAS er de som klarer å leve et godt liv selv om de har møtt mange utfordringer (32). I følge Börjesson har mennesker med svak OAS sannsynligvis større problemer med å kommunisere (37). Videre sier hun at å omsette Antonovskys teori handler om kommunikasjon (32, 37).

### **3.5 Etikk**

Ved å være profesjonell yrkesutøver særlig når man jobber med mennesker, står man hver dag overfor etiske utfordringer. Etikk handler om hva som er moralsk godt, rett og rettferdig (57, 58). I helsesøstertjenesten handler etikk om service, kvalitet og de enkeltvalg man gjør hver dag (58). Videre handler det om handlinger, holdninger og verdier. Som helsesøster er man knyttet opp til de yrkesetiske retningslinjene for Norsk Sykepleierforbund.

*”Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet.*

*Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene, og være kunnskapsbasert.” (57 s. 7)*

Det er ingen tydelig definisjon på hva tillit er (59, 60). Tillit sies å være samfunnets lim, smøremiddel og grunnmur (60). I relasjonen er tillit et vesentlig aspekt (51). Løgstrup skriver



i den Etske Fordring at tillit handler om å utlevere seg selv, man gir noe av sitt liv til den andre (59). En utlevering av seg selv kan for eksempel være at man stoler på en annen person og at man stoler på at den andre snakker sant. Noen mener at tillit finnes bare når det ikke er nødvendig å tenke på om den er til stede (60). Tilliten er jevnbyrdig, og det fundamentale og mistillit oppstår ved mangel på tillit (59). Tillit kan misbrukes ved at man ikke tar vare på den andre forteller (61). Selv om det er mange definisjoner på hva tillit er, er det likevel noe alle er enige om: Dersom A tillitsgir stoler på B tillitsmottaker er det gjerne slik at den ene overlater noe i den andres varetekt (59, 60). Tillitsgir overlater i følge Grimen alltid og av og til juridisk skjønnsbasert makt til tillitsmottaker (60). Det tillitsgir gir til tillitsmottaker er av betydning for tillitsgir. Tillitsgir forventer derfor at tillitsmottaker ikke kommer til å gjøre noe som skader tillitsgivers interesser, at tillitsmottaker er kompetent til å ivareta tillitsgivers interesser (60). Tillitsgivers forsvarlighet er avhengig av den andres pålitelighet (60). Dersom noen utnytter vår tillit eller misbraker tilliten man har vist vedkommende er ofte mistillit den eneste fornuftige måte å reagere på (46). Tillitsgir gir noe viktig til tillitsmottaker, og man har en forventning om at det skal bli tatt i mot med respekt. Det kan oppstå svært sterke og varierende følelser ved et tillitsbrudd. Disse kan variere fra en liten lett irritasjon til en varig opplevelse av svik (60).

Makt er knyttet til tillit. Ubalanse i forhold til makt og tillit er vanskelig (46, 60). En som har mye makt må ikke nødvendigvis holde det han lover. Som profesjonell er man avhengig av andres tillit, relasjon kommer av at man stoler på hverandre (60). At begge parter har en interesse i relasjonene kan være med å balansere makten i tillitsforholdet (46). Tillitsgir gir noe til tillitsmottaker som er viktig for tillitsgir. Tillitsmottaker kontrollerer det som er viktig for tillitsgir og man får da et asymmetrisk maktforhold fordi tillitsgir har behov for noe tillitsmottaker kan gi (60). Partene kan erfare avmakt når den ene parten bruker makten som den har (62). En profesjon har ekspertkunnskap som tillitsmottakeren har behov for, dette gir profesjonene stor makt (51, 63). I all møte med mennesker står kommunikasjon sentralt. Kommunikasjon er avgjørende for kontakt, forståelse og tillit mellom mennesker (30).

Tillit blir gjerne delt inn i personlig tillit og systemtillit (46). Personlig tillit er til folk man kjenner, denne bygger på gjentatte samhandlinger (60). Systemtillit er ikke avhengig av tillit til personer man kjenner godt, men man er avhengig av at internkontroller fungerer (46). Det

bygger ikke på den enkelte ansatte men på hele systemet til for eksempel en arbeidsplass, at det fungerer slik det skal gjøre (60).

#### 4.0 Vitenskapsteoretisk perspektiv

Det er forskningsspørsmålet som styrer valg av metode og hvor mitt ståsted i den vitenskapelige teoretiske tilnærming er. Når man snakker med ungdommene prøver man å forstå og fortolke det som blir sagt, ikke forklare det. Oppgaven er derfor inspirert av en fenomenologisk hermeneutisk forskningstradisjon (1, 64). Fenomenologi handler om hvordan verden erfares for menneskene (64). Ved bruk av fenomenologi analyserer og kartlegger man verden hvordan den oppleves for subjektet, som i denne sammenheng er ungdommene (64). Hermeneutikk handler om å få en forståelse og fortolkning av menneskets erfaringer og meninger (1, 64, 65). Forståelsen man har overfor subjektet vil være påvirket av tiden man lever i og hvilket perspektiv man går inn i forskningen med. Ved å være inspirert av en fenomenologisk hermeneutisk forskningstradisjon er intensjonen å ha en tilnærming der informantenes stemme blir representert så lojalt som overhode mulig (1).

Denne vitenskapsteoretiske tilnærmingen ligger under den kvalitative metodikk. ”*En kvalitativ metode er forskningsstrategier for beskrivelse og analyse av karaktertrekk og egenskaper eller kvaliteter ved de fenomenene som skal studeres*” (1 s. 26). Et fenomen kan alltid belyses fra flere ulike perspektiver og forskerens perspektiv og posisjon er av betydning for hva man får fram i undersøkelsen (1).

## 5.0 Metode

Metode er et verktøy og en handlingsmåte for å innhente materiale til et forskningsspørsmål (1). Det er lange tradisjoner for vitenskapelig forskning helt tilbake til Aristoteles.

Vitenskapelig forskning utvikler seg stadig. Likevel er det en grunnleggende forståelse for hva vitenskapelig forskning er. I følge Malterud *handler det om en systemisk og refleksiv prosess der kunnskapsutviklingen kan etterprøves og deles, med en ambisjon om overførbarhet av funnene ut over den sammenhengen der den enkelte studie ble gjennomført* (1 s. 16). Det er flere som er kritiske til bruk av kvalitativ metode. De stiller spørsmål ved om den er vitenskapelig nok (66).

I arbeidet med forskningen er det essensielt at man er systematisk og kritisk til det man gjør. Kunnskap er makt (1). Ny kunnskap gjennom forskning er av faglig felles interesse (1). For å systematisk og kritisk kunne jobbe seg gjennom forskningsspørsmål velges det et forskningsdesign og en analyseringsmetode.

Ved bruk av en kvalitativ metode kan man få innsikt i menneskelig og sosial opplevelse, kommunikasjon, tanker, forventninger, meninger, holdninger og prosesser som er kjernen i klinisk kunnskap, se kapittel 5.1.2 det kvalitative intervju (1, 66). Man får innsikt i dette fordi man observerer og/eller intervjuer mennesker som har en erfaring som man som forsker ser nytten av (1). Det handler om menneskers opplevde erfaringer (1). Videre skriver Malterud: *Det er måten å forvalte innhenting og håndtering av kunnskapen på som bestemmer hvorvidt den holder mål* (1 s. 15).

Kunnskapsbasert praksis hører man ofte i hverdagen, og det er viktig og nødvendig at man forsker innenfor alle fagfelt slik at praksis og teori henger sammen (1). Der man har en tjeneste som omhandler mennesker kan det være vanskelig å plassere funnene inn i statistikk. Det handler om å få frem tanker, meninger og opplevelser til personene som benytter de ulike tjenestene. Ved bruk av en kvalitativ metode ønsker man å være med på å videre utvikle og forhåpentligvis gjøre tjenestene bedre innenfor det fagområde man studerer. Kunnskapen som innhentes i studien skal være systematisert og i samsvar med de krav som den vitenskapelige kultur anerkjenner (1).

## 5.1 Datainnsamling

### 5.1.1 Informanter

Informantene er ungdommer mellom 16- 18 år. Dette er ungdommer som går på videregående skole. I utgangspunktet var det ønskelig at informantene hadde vært i kontakt med helsesøster like før intervjuet. Da det ikke ble noen respons her måtte kravet til informanter endres. Det ble derfor endret til at informantene ikke måtte ha vært hos helsesøster på videregående skole eller HFU. Samtlige av ungdommene har erfaring med helsesøster fra helsesøstertjenesten på barne- og ungdomsskolen og/ eller HFU. Selv om man ikke har benyttet helsesøstertjenesten aktivt, kan man likevel ha viktige synspunkter, man kan ha hørt andres og/eller venners erfaring og opplevelser og derfor dannet seg et bilde som kan være viktig å belyse.

I utgangspunktet skulle informantene innhentes via helsesøster på videregående skole og HFU. Første kontakten var via rektor ved den aktuelle skolen og leder ved HFU. Dette for å få tillatelse til å benytte skole arenaen og HFU til forskningsprosjektet. Både rektor og ledende helsesøster sa ja til dette. At rektor sa ja til dette forskningsprosjektet medførte også at hun sa ja til at ungdommene kunne få fri fra timene til å delta i studien, og at dette ikke ville ha noen negative innvirkninger for ungdommene i skolesammenhengen. Jeg antok at det var flere ungdommer som ville delta dersom intervjuene foregikk på skolen og i skoletiden. Helsesøster fikk et informasjonsskriv (Vedlegg 1) og et informasjonsskriv med informert samtykke (vedlegg 2) som skulle gis til ungdommene.

Etter at det hadde gått 1 1/5 måned hadde det ikke meldt seg en eneste informant til studien. Jeg tror det var flere årsaker til dette. Helsesøster hadde det svært travelt i sin jobbhverdag og det ville gå utover samtalen om hun skulle gi ut skjemaet og informere om studien. En annen faktor kan være at terskelen er høyere for å melde seg til en slik studie dersom ungdommene ikke har fått hilst på den som gjennomfører forskningsprosjektet.

Da denne måten å prøve å skaffe informanter på ikke fungerte ble det sendt en endringsmelding (vedlegg 3) til Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste (NSD) med forespørsel om ungdommene kunne få informasjonen klassevis. Dette ble godkjent av NSD. Rektor ved skolen fikk informasjon om endringen og sendte meg kontaktinformasjon til de ulike avdelingene ved skolen. Slik kunne jeg selv avtale med hver enkelt lærer når det måtte

passer å informere de ulike klassene. Lærerne fikk et informasjonsskriv om studien på samme måte som helsesøster fikk tidligere (vedlegg 4). Jeg opplevde at positiviteten blant lærerne var veldig høy og de oppfordret elevene til å delta på studien. Dette tror jeg var med å påvirke elevene. Ungdommene fikk informasjonsskrivet når det ble gitt informasjon i klassene.

Totalt meldte det seg 14 ungdommer, hvorav en trakk seg ved forespørsel om intervju. På informertsamtykke skrev elevene under med fullt navn og telefonnummer. Informantene fikk et tilfeldig nummer mellom 1-13. Det ble laget en liste med fornavn og telefonnummer til vedkommende slik at intervjuet kunne avtales. Informertsamtykke ble lagt i en lukket konvolutt og låst inn. tre gutter meldte seg til studien en av de trakk seg. Det var 11 jenter som hadde meldt seg. Disse ble tilfeldig valgt om hvem som fikk være med. De som ikke ble valgt til å delta på intervju fikk en SMS der jeg takket for at de viste engasjement for studien, men at det ble gjort en loddtrekning om hvilke informanter som ble valgt.

Totalt ble det intervjuet to gutter og fem jenter. Grunnen til at begge guttene ble valgt var for å få med noen gutters syn på helsesøstertjenesten. Det er også beskrevet i ulik litteratur at gutter ikke bruker helsesøstertjenesten like mye som jenter (26, 30). Derfor synes jeg det var interessant å få høre guttenes synspunkt på helsesøstertjenesten også. Etter at syv intervju var gjennomført opplevde jeg ikke at det ble tilført noe nytt. Det ble fortalt det samme, men på ulike måter. I følge Kvale så avhenger antallet informanter av formålet med studien, man intervjuer så mange personer som det trengs for å finne ut det man trenger å vite (67). Formålet med denne studien er å få frem ungdommers erfaringer rundt tilbudet på helsesøstertjenesten. I løpet av mitt syvende intervju opplevde jeg at det som var blitt sagt tidligere ble gjentatt. I følge Kvale skal det da være et tilstrekkelig antall informanter fordi metningspunktet er nådd (67). Det betyr selvfølgelig ikke at om det hadde blitt intervjuet 8 ungdommer til at de ikke hadde tilført studien noe nytt. Likevel med tanke på oppgavens omfang, tid og når man ser på metodelitteraturen har jeg valgt at syv informanter er tilstrekkelig for denne oppgaven også med tanke på forberedelse og analysen. Dersom det hadde vært 15 informanter i denne oppgaven ville blant annet analysedelen tatt for lang tid (67).

Intervjuene foregikk på skolen og det var på forhånd avtalt med lærere og rektor at elevene ikke ville få fravær. Videre ble det påpekt at om elevene ville delta skulle ikke dette påvirke lærerens vurdering av elevene. Skolene ble valgt som intervjusted da det var enklere å nå de

her i skoletiden, samt at det var kjente og trygge rammer for informanten. Intervjuene foregikk på et kontor der vi kunne sitte uforstyrret.

### 5.1.2 Det kvalitative intervju

Det ble benyttet et semistrukturert intervju for å belyse forskningsspørsmålet (1). Denne metoden å intervju på er en av flere som tilhører det kvalitative forskningsdesignet. Kvalitativt forskningsintervju brukes når man ønsker å forstå sider ved intervjupersonens perspektiv fra dagliglivet (67). Det vil si at intervjuet skal få frem informantens opplevelse, forståelse og erfaring av fenomenet (67).

Et semistrukturert intervju er verken et åpent eller lukket intervju. Det gjennomføres ved å bruke en intervjuguide som består av de temaer og forslag til spørsmål som brukes under intervjuet (68). Under intervjuet ble det benyttet lydopptak som ble transkribert<sup>1</sup> i etterkant av hvert enkelt intervju. Det ble gjennomført to prøveintervju, for å se hvordan mine spørsmål i intervjuguiden (vedlegg 5) fungerte. Små endringer ble gjort underveis på intervjuguiden, slik Kvale og Malterud anbefaler (1, 67). Lengden på de syv intervjuene varierte fra 13- 58 minutt. Det ble mange spørsmål i intervjuguiden. Dette fordi jeg i forkant var usikker på hvor mye ungdommene snakket. Det viste seg at å ha flere spørsmål var nyttig, da noen av ungdommene var kortfattet i sine svar. I intervjuguiden prøvde jeg å ha spørsmål som var åpne og ikke for ledende.

Tid for hvert enkelt intervju ble avtalt med hver enkelt ungdom per SMS. Det ble i tillegg sendt en påminnelse kvelden før. For at ungdommene ikke skulle utlevere seg personlig informerte jeg de på forhånd om at intervjuet skulle handle om hvordan de erfarte og opplevde tjenestetilbudet, ikke om hva de hadde benyttet helsesøster til. Grunnen til at jeg valgte å gjøre det slik var fordi det var tjenestetilbudet jeg var ute etter. Å gjøre ungdommene bevisst dette på forhånd gjorde at de også fikk vite litt om hva intervjuet skulle handle om og at de kunne forberede seg litt mentalt om at de ikke skulle utlevere seg selv.

---

<sup>1</sup> Transkripsjon: Betyr å skrive lydopptak etter et intervju ned på papir.



## *5.2 Etiske overveielser*

Det har vært sendt en fremleggelsesvurdering (vedlegg 6) til Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) for å få en vurdering om prosjektet falt under de. I følge REK faller prosjektet utenfor komiteens mandat, jf. Helseforskningsloven §4. Bakgrunn for dette er at det er selve helsesøstertjenesten man er interessert i å undersøke. Prosjektet søkte derfor Norsk Samfunnsvitenskapelige datatjeneste (NSD) og fikk der godkjenning for å kunne gjennomføre prosjektet (vedlegg 7 og 8) .

En endring ble gjennomført i måten å innhente informanter på. Det ville vært uetisk å informert ungdommene i klassen og at kun de som hadde benyttet seg av helsesøstertjenesten kunne melde seg som informanter. Ungdommene kunne ikke bli utsatt for en situasjon der de eventuelt måtte ha utlevert seg for å bli med i min studie. Det kunne fått ulike konsekvenser for ungdommene. Jeg tror at det blant annet kunne ha skapt psykisk uro som man ikke bør utsette de for gjennom et forskningsprosjekt (1).

Informantene i min studie er alle over 16 år. I følge norsk lov er man helserettslig myndig ved fylte 16 år og et samtykke fra foreldre og foresatte er derfor ikke nødvendig (23). Ungdommene var oppfordret til å informere sine foreldre om deltakelse i studien. I informert samtykke var det informasjon om forskningsprosjektet, hvordan data skulle samles inn, håndteres og brukes (vedlegg 2). Informantene fikk også informasjon om hvem som hadde tilgang til materialet. At de hadde muligheter for å trekke seg fra studien når som helst, uten at det ble noen konsekvenser for de og at det var frivillig å delta, sto også i det skriftlige informerte samtykket.

I intervjusituasjonen var det viktig at ungdommene opplevde at jeg hadde tillit til de og at de følte seg komfortable. De fikk på nytt informasjon om at de når som helst kunne trekke seg fra studien. For at de ikke skulle dele personlige ting som ikke er hensikten med studien, fikk de informasjon om dette før intervjuet startet. Dersom jeg i løpet av intervjuet forstod at man dreiet inn på personlig informasjon ble de stoppet. Det var ikke store sjanser for at ungdommene skulle oppleve noe ubehagelig, likevel var jeg på forhånd bevisst på at det kunne føre til psykisk uro (1). Helsesøstrene ved de aktuelle skolene var klar over at det foregikk et forskningsprosjekt og var interessert i å hjelpe dersom det kom frem at det var noen som kanskje hadde behov for samtale med helsesøster etterpå.

Når intervjuene var gjennomført ble ikke informasjon om informantene og intervjuene oppbevart på samme sted. Intervjuene ble transkribert på min personlige datamaskin som er låst med passord. Det blir ikke nevnt i oppgaven i hvilket distrikt informantene er hentet i fra. Dialekt er skrevet om til bokmål. Alle disse tiltakene er viktig for å bevare anonymiteten til informantene. Når oppgaven er ferdigstilt vil dataene bli slettet.

## **5.4 Analyse av datamateriale**

Før man kan starte en analyse må datamaterialet transkriberes. Det vil derfor være en presentasjon av transkripsjon først før beskrivelse av analyseprosessen blir redegjort for.

### **5.4.1 Transkripsjon**

Å transkribere betyr at den muntlige samtalen blir skrevet om til skriftlig tekst (1). Gjennom den enkelte informant får man kun en versjon av virkeligheten for forskningsspørsmålet (1). Likeledes så kan kunnskapen man får gjennom den enkelte informant være viktig. Å håndtere rådataene så nøyaktig som mulig gjennom transkripsjonen er viktig for å få frem det informantene forteller så nøyaktig som mulig. Selv den mest nøyaktige transkripsjon kan i følge Malterud aldri gi mer enn et avgrenset bilde av det vi skal studere (1). Ved transkripsjon struktureres lydopptakene inn i skriftlig tekst og det blir lettere å få oversikt over materialet (1, 67). Allerede her starter analyseprosessen, ved at man strukturerer teksten (67).

Transkripsjonen gjennomførte jeg selv etter å ha hørt gjennom hvert enkelt intervju flere ganger. Det var flere grunner til at jeg valgte å gjennomføre dette selv. Både for å lære mer om hvordan jeg intervjuet hver enkelt informant, dette er en fin måte å lære på når man er fersk som forsker (67). Det ble jobbet med et og et intervju om gangen. Det betyr at et og et intervju ble gjennomført for så å bli transkribert slik lærte jeg av mine feil underveis i prosessen. Å transkribere selv så jeg som en fordel da jeg selv har vært til stede i samtalen, samtidig var det dette som også var praktisk mulig for meg å gjøre. Informantene snakket dialekt og dette ble skrevet om til bokmål, så her kan noe av meningene ha falt bort. Å bli kjent med eget materiale før man begynner analysere er en fordel (1, 67).

Å transkribere tok tid og det endte opp med mye datamaterialet. Ferdig utskrevet tekst kom på 55 sider.

### 5.4.2 Analyse

Metoden som benyttes er Malterud sin 4- trinns analyse som er inspirert av Giorgi og modifisert av Malterud. Malterud skriver at metoden også kan brukes for nybegynnere (1). Materialet ble forsøkt analysert steg for steg etter Malteruds beskrivelse. For å tydeliggjøre min analyseprosess presenteres hvert steg som et eget kapittel. Materialet ble sett over flere ganger steg for steg, slik at funn skulle bli presentert så nøyaktig og korrekt som mulig. I følge Malterud er påfølgende analyserunder en styrke i det at man skjerper prosjektets fokus og problemstilling og at totaloversikten blir bedre (1).

#### Steg 1: Helhetsinntrykk- fra villnis til temaer

Steg 1 handler om å bli kjent med materialet, får et helhetsinntrykk samt at man identifiserer foreløpige temaer. Temaene jobber man videre med i de kommende stegene. Det ble benyttet to andre forskere (som selv skriver masteroppgave) for å være med og diskutere de foreløpige temaene. De ble instruert i hvordan steg 1 skulle gjennomføres. Etter at begge hadde lest hele materialet gikk vi gjennom intervju for intervju sammen. Vi presenterte temaene overfor hverandre og diskuterte oss frem til foreløpige temaer. Dette var en tidkrevende, men nyttig prosess.

Det ble identifisert 7 ulike temaer. Malterud skriver at i første steget kan man identifisere 4- 8 ulike temaer. Temaene som ble identifisert var: Informasjon, helsesøster, synlighet, samarbeid, tilgjengelighet, organisering og tillit.

#### Steg 2: Meningsbærende enheter – fra temaer til koder

I denne delen av analysen skal materialet organiseres. Dette ble gjort ved at hvert intervju ble lest linje for linje for å finne meningsbærende enheter. Ved identifisering av de meningsbærende enhetene skal man være bevisst de temaene som ble identifisert i første steg. Det er dette Malterud kaller koding (1). Temaene som ble identifisert i første steg fikk hver sin farge i det transkriberte materialet. Det empiriske materialet ble lest og de ulike temaene i teksten ble farget. Slik ble det lettere å systematisere kodene etter at materialet var ferdig kodet. Hele materialet ble kodet og systematisert opp på vegg etter tema, for å få en god oversikt. Temaene ble videre systematisert og delt inn i kodegrupper. En del av prosessen var

å se på de meningsbærende enhetene for hvert enkelt tema og plassere disse under en kodegruppe. Det empiriske materialet ble benyttet for å ha sammenheng i materialet som allerede var oppdelt. For å få en bedre oversikt er steg 1 og steg 2 plassert inn i en tabell. Her ser man hvilke tema som gikk inn under hvilken kodegruppe.

Kodegruppene som ble identifisert:

<b>Steg 1: Tema:</b>	<b>Steg 2: Kodegrupper:</b>
Informasjon	Informasjon: Måten og hvor informasjon blir gitt på er av betydning for ungdommene. Dette ble identifisert som et eget tema og er videreført til å bli en kodegruppe fordi i de meningsbærende enhetene ser man at ungdommene mener dette er en viktig del av helsesøstertjenesten.
Helsesøster	Profesjonalitet: At ungdommene opplever helsesøstertjenesten som profesjonell kommer frem som essensielt for ungdommene. Profesjonalitet omhandler mye, og man vil se at dette også har sammenheng med kodegruppene informasjon og organisering.
Tillit	
Synlighet	
Samarbeid	Organisering: Ene tema her heter organisering. I løpet av arbeidet med de meningsbærende enhetene ser man at det er en dekkende kode for både samarbeid og tilgjengelighet.
Tilgjengelighet	
Organisering	

Tabell 1.

### Steg 3: Kondensering – fra kode til mening

I dette steget begynner man å samle sammen teksten som er delt opp i steg 1 og 2 av analysen. Kunnskapen fra de meningsbærende enhetene skal få en mening (1). Mening skapes ved å kondensere innholdet. Et kondensat er et kunstig sitat der man bruker det konkrete innholdet fra de meningsbærende enhetene (1).

Det ble jobbet med hver enkelt kodegruppe. Disse ble sett på hver for seg. Det ble lest over tekstutklippene under hver enkelt kodegruppe. Her ble det ikke tatt hensyn til hvilken

informant som sa hva. Det ble notert stikkord for å systematisere kodene. Noen av gruppene var større enn andre og det var derfor nyttig å lage subgrupper. Subgruppene er eksempelvis under kodegruppen informasjon, ”bruk av internett” og ”informasjon på skole”. Subgrupper er noe Malterud anbefaler å bruke for og bedre organisere og få system innad i hver enkelt kodegruppe (1). Hvilke subgrupper man ender opp med i denne analyseprosessen avhenger av hvilket perspektiv forskeren har (1). Eksempelvis om en pedagog og en helsesøster skulle analysert materialet ville man kunne fått ulike funn fordi man har ulik fagbakgrunn. For å komme frem til subgruppene ble stikkordene som ble skrevet for hver enkelt kodegruppe benyttet. Da var det enklere å få oversikt over kodegruppene og hvilke subgrupper som passet inn under hver enkelt kodegruppe. De subgruppene som er identifisert presenteres i figuren under. Denne figuren er videreført fra steg 2.

<b>Steg 2: Kodegrupper:</b>	<b>Steg 3: Subgrupper</b>
Informasjon:	Informasjon til ungdommene, hva er nyttig?: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bruk av internett</li> <li>• Informasjon på skolen</li> </ul>
Profesjonalitet:	Profesjonalitet: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Asymmetrisk maktforhold, tillit til helsesøstertjenesten.</li> <li>• God kommunikasjon gir bedre tillit.</li> </ul>
Organisering av helsesøstertjenesten:	Organisering av helsesøstertjenesten: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Samarbeid mellom kommuner i distriktet.</li> <li>• Opplevelsen av at tilbudet er lavterskel.</li> </ul>

Tabell 2.

Etter at subgruppene ble identifisert ble det laget kondensat for hver og enkelt av de. Disse blir ikke presentert her. Dette er i følge Malterud en del av forberedelsene til å presentere funnene (1). For å lage kondensat gikk jeg systematisk gjennom hver enkelt kodegruppe og

skrev ned stikkord som var viktig for hver enkelt subgruppe. Disse stikkordene ble etter hvert et kondensat som ble skrevet i jeg form.

#### Steg 4: Sammenfatning – fra kondensering til beskrivelser og begreper

Malterud kaller dette rekontekstualisere (1). Det betyr at funnene skal sammenfattes og presenteres i en sammenheng som er lojal overfor informantene og som gir leseren innsikt og tillit til materialet. Her ble kondensatene fra steg 3 benyttet. Man formidler til leseren hva materialet forteller om en utvalgt side av problemstillingen (1). Når man sammenfatter teksten er det viktig at man vurderer om resultatene som foreligger gir en gyldig beskrivelse (1). Da resultatene var ferdig skrevet var det viktig å hente frem transkripsjonen for å se at det som ble skrevet i resultatene står i korrekt sammenheng.

Omtalen av resultat får et eget kapittel der hver enkelt kodegruppe får et eget underkapittel og subgruppene et eget avsnitt. De kodegruppene som blir presentert i kapitlet ”6.0 presentasjon av resultat” er:

- Profesjonalitet
  - Asymmetrisk maktforhold, tillit til tjenesten
  - God kommunikasjon gir bedre tillit
- Informasjon til ungdommene, hva er nyttig?
  - Informasjon på internett
  - Informasjon på skolen
- Organisering av helsesøstertjenesten
  - Samarbeid mellom kommuner.
  - Opplevelsen av at tilbudet er lavterskel.

#### 5.5 Metodiske refleksjoner

Kvalitativ forskning kjennetegnes som fortolkning av mening (1, 67). Valg av en kvalitativ metode til denne studien tenker jeg var et valg som i henhold til litteraturen var korrekt. Hadde valget vært en kvantitativ metode ville jeg ikke fått ungdommenes tanker og meninger om helsesøstertjenesten slik ønsket var (1). Likevel kan det tenkes at dette også ville vært en god metode å bruke her. Man hadde antageligvis ikke fått de samme svarene og forskningsspørsmålet burde da vært annerledes fordi jeg har vært ute etter ungdommenes

opplevelser og erfaringer. Valget av å bruke intervju ble naturlig siden jeg ønsket å snakke med ungdommen. Fordi jeg er helt ny som forsker var det mest trygt å benytte seg av et semistrukturert intervju. Ved å benytte denne metoden kunne informantene snakke mer fritt. Det er verken en åpen eller lukket intervjuform men en kombinasjon, noe som jeg anså som en fordel fordi jeg er ny og uerfaren forsker. Denne metoden legger også til rette at man kan stille oppfølgingsspørsmål uten at de står i en intervjuguide (1).

Jeg ser i etterkant at spørsmålene kunne vært forbedret. Dette fordi det er en prosess der jeg utvikler meg som forsker. Nå når jeg har mer kunnskap om temaet så ser jeg blant annet andre måter spørsmålene kunne vært stilt på. Spørsmålene i intervjuguiden er ikke alle like gode og noen ble endret underveis. Under bakgrunnsinformasjon ser jeg nå i etterkant at ungdommene svarte ofte likt på spørsmål om ”forventning til helsesøstertjenesten” og ”hvilke sammenhenger ser du nytte av helsesøstertjenesten”. Dette er kanskje litt vanskelige spørsmål og det hadde antageligvis vært nok å ha ett av disse. I spørsmålene om helsesøster har jeg ett underspørsmål om ”hvordan helsesøster skal være når ungdommene møter henne”. Dette spørsmålet er nok noe ledende. Underveis i intervjuene var det viktig for meg å få frem ”hvordan ungdommene erfarte og opplevde helsesøstertjenesten”, her var det i de første intervjuene som ble gjennomført ingen underspørsmål. Dette ble tilført i intervjuguiden da ungdommene ikke helt forsto dette spørsmålet. Endringene i intervjuguiden foregikk underveis blant annet fordi transkriberingen ble gjennomført etter hvert enkelt intervju.

Anbefalingene fra litteraturen er at når man er ny forsker er det fint om man intervjuer en informant, deretter transkribere intervjuet før man har (1, 67). Man utvikler seg da som forsker, og det er nok gjeldende i min studie at første intervjuet ikke ble like bra som det siste. Jeg ble veldig opptatt av intervjuguiden selv om jeg kunne denne, og avbrøt min første informant mer enn det som ble gjort på de siste informantene. Dette hadde mye og gjøre med at jeg var nervøs, usikker på hvordan mine spørsmål faktisk ville fungere og fordi jeg aldri hadde gjort noe slikt før. Det ble gjennomført to prøveintervju på to ungdommer så jeg visste ca. hvordan spørsmålene fungerte. Likevel opplevde jeg det noe annerledes ved det første intervjuet. Prøveintervjuene er ikke en del av det empiriske materialet. Gjennom de syv intervjuene ble det en stor forbedring og jeg ble bedre til å stille spørsmål og la informantene snakke mer fritt. Det var viktig for meg på forhånd av et intervju å tydeliggjøre hensikten med intervjuene. At jeg også hadde vært inne i klassene og informert ungdommene opplevde jeg som positivt for da hadde vi allerede hilst på hverandre før. Intervjuguiden ble ikke levert



ut på forhånd. Dette tenker jeg i ettertid var fornuftig. Da kunne ikke ungdommene forberede seg på spørsmålene, så de svarene de kom med var spontane. De har ikke nådd å ”pynte på” virkeligheten.

### 5.5.1 Studiens kvalitet

Fordi jeg har valgt Malteruds metode i analysen, velger jeg å bruke hennes metode for å se på studiens kvalitet. Malterud har tre begreper som er til hjelp i kvalitetssikringsprosessen (1). Disse er refleksivitet, validitet og gyldighet. Disse presenteres i de neste avsnittene.

#### Refleksivitet

Refleksivitetsbegrepet hos Malterud er grunnlaget for studiens troverdighet. *”Refleksivitet handler om forskerens forutsetninger og tolkningsramme”* (1 s.17). Min bakgrunn og interesse har vært med å påvirke mitt valg om hva jeg ønsket å studere. Den forforståelsen man har med seg inn i forskningen vil være av betydning for hvordan man tolker og forstår fenomenene (1).

Jeg startet denne studien for å få en dypere forståelse av ungdommers erfaring og opplevelse av helsesøstertjenesten. Kunnskapen som fremkommer er produkt av forskerens menneskelig tolkning og samhandling, og den menneskelige faktoren er av betydning underveis i hele prosessen (1). Jeg kom inn i dette forskningsprosjektet med egen erfaring ved å bo i en rural kommune. Dersom det hadde vært en annen person med et annet perspektiv ville kanskje den forskeren funnet andre tema i intervjuene verdt å fokusere på (1). Å skrive ned forforståelsen i starten av et prosjekt kan være nyttig (1). Når prosjektbeskrivelsen ble lagd ble forforståelse skrevet ned, i etterkant ser jeg at det hadde vært en fordel å være mer tydelig her. Det er skrevet ned hvorfor jeg ønsker å forske på fenomenet. Hvilke funn jeg antok å finne er ikke skrevet ned, eller hvor mitt faglige perspektiv og ståsted var før prosjektstart. Dette er også noe som er anbefalt å skrive ned ifølge Malterud (1). Noe av det kommer frem i prosjektbeskrivelsen, men ikke alt.

Selv om jeg ikke har vært tydelig med min forforståelse helt fra starten av har jeg så langt jeg har klart prøvd å være bevist denne gjennom mitt forskningsprosjekt. Dette var nyttig for meg, fordi jeg merket at det var svært lett at min forforståelse kom tilbake i de ulike fasene i arbeidet. Å innta et metaperspektiv, for å prøve å se forskningen utenfra er viktig for studiens

troverdighet (1). Dette opplevde jeg som utfordrende og jeg var usikker på hvor mye min forforståelse påvirket meg. Derfor ble det benyttet to andre forskere (som selv skriver masteroppgave) til å lese materialet, i steg 1 av analyseprosessen. Malterud skriver at man gjerne kan gjøre analysen med en annen forsker (1). Slik kunne jeg være noe tryggere på at de temaene som ble identifisert i steg 1 av analysen ikke ble påvirket for mye av min forforståelse. Tanken her var at dersom min forforståelse hadde påvirket meg for mye i steg 1 er det lett at man drar det med seg inn i de andre stegene i analyseprosessen.

Analysen er en viktig del av arbeidsprosessen i et forskningsprosjekt. Dette er veien for å finne funnene i et empirisk materiale. Det er mange metoder å velge mellom. Metoden man velger vil ha en betydning for hvordan materialet blir organisert, fortolket og sammenfattet (1). Å benytte en metode som fremsto som oversiktlig og enkel å forstå var med å styre mitt valg. På grunn av oppgavens tidsbegrensning så hadde jeg ikke tid til å sette meg inn i altfor mange analysemetoder og valget falt derfor på Malterud sin analysemetode. Dette fordi det var denne jeg synes var mest oversiktlig og enklest å forstå i starten. Om jeg hadde sett på flere metoder og satt meg godt inn i disse kan det være at analysemetoden hadde vært en annen. Jeg usikker på om en annen analysemetode ville gitt meg andre typer resultater.

I analysen og diskusjonen ligger den teoretiske referanserammen til grunn (1). Intervjuene ble analysert i lys av min kunnskapsplattform. Ungdommenes erfaringer og opplevelser kom frem i intervjuene. Det var jeg som analyserte intervjuene og derfor vil også mitt perspektiv være med å styre hva jeg anser som betydningsfullt. Derfor kan enkelte av aspekt som ungdommene fortalte om ha blitt utelatt eller oversett (1). Fordi ungdommene har sine egne perspektiver i intervjuene kan det være fare for at utsagn har blitt tillagt en betydning som muligens ikke var den riktige (1). Ved å beskrive analyseprosessen håper jeg at leser får en forståelse for hvordan denne har foregått og forhåpentligvis en bedre forståelse for diskusjonsdelen (1).

### Relevans

Relevans er Malteruds begrep for overførbarhet. ”*Relevans handler om hva kunnskapen kan brukes til*” (1 s. 17). Mitt empiriske materiale er hentet fra syv ungdommer. Syv ungdommer er ikke nok til å kunne generalisere studien, men man kan få et lite utsnitt av virkeligheten. Det er heller ikke målet i kvalitativ forskning å kunne generalisere, men heller å få frem

erfaringer og fortolkninger fra de menneskene som man observerer eller samtaler med (1). Selv om det ikke er en veldig stor studie tenker jeg likevel at den kan være overførbart i både helsesøstertjenesten, og i lignende tjenester som for eksempel psykisk helsetjeneste rettet mot ungdom.

Man kan ikke få mer enn et utsnitt av virkeligheten, og noe mer vil man ikke kunne få til i en slik studie (1). Ungdommenes erfaring og opplevelser er viktig å få frem, og selv om de er kun syv i denne studien så presenterer disse ungdommene flere viktige tema. Ungdommene påpeker viktige tema om profesjonalitet, konfidensialitet/tillit, kommunikasjon og organisering av helsesøstertjenesten. Dette er tema man kan tenke at andre ungdommer også kunne ha tatt opp, og man ser også at forskning som Nordal, Langaard og Hansen presenterer samt den nye rapporten fra Barneombudet presenterer en del av de samme problemstillingene som ungdommene i min studie kommer med (19, 21, 24, 28). Fordi annen forskning også har noen av de samme funnene tenker jeg at det er med å bygge opp om at studien er overførbart. Studien er nok ikke banebrytende, men noe nytt i forhold til det man visste fra før. Det er vanskelig å si hvor mye av det som har kommet frem i min studie som er overførbart, men man kan tenke seg at studien er overførbart for andre aldersgrupper i ungdomstadiet og det kan nok også være at ulike profesjoner kan dra nytte av studien. Man kan derfor argumentere for at studien har relevans. I følge Malterud så avhenger forskningens troverdighet av dette (1).

I etterkant ser jeg at mine søk etter tidligere forskning kunne vært gjennomført på en litt annen måte. Studien kan ha en svakhet i at det er lite forskning fra andre land enn Norge. I mine søk var jeg veldig fokusert på å få frem ungdommers erfaringer og opplevelser av helsesøstertjenesten. Dette gav som tidligere nevnt lite treff i mine søk. Dersom jeg hadde endret søkene mine ved å for eksempel sett på ungdomsperspektivet i skolehelsetjenesten i USA tenker jeg at det kunne kommet frem mer relevant forskning. De har skolehelsetjeneste der, selv om den ikke fungerer på helt samme måte tenker jeg at dette likevel er overførbart til vår skolehelsetjeneste her i Norge.

Det er fortsatt viktig å få frem brukerperspektivet for helsesøstertjenesten, på den måten kan helsesøstertjenesten utvikles og bedres for brukerne.

## Validitet

*Validitet handler om gyldighet- hva forskeren egentlig har funnet ut noe om (1 s. 17).* Dette begrepet er nært knyttet til relevans. Man skal her se om man svarer på forskningsspørsmålet. Malterud skriver at en forutsetning for validitet er at man synliggjør metode og analyseprosess (1). I etterkant av intervjuene har jeg vurdert om kanskje å benytte fokusgruppe intervju kunne vært bedre. Da kunne ungdommene sammen ha diskutert seg gjennom spørsmålene. På den andre siden så kan det være at noen ikke ville ha fortalt akkurat hva de mente og blitt påvirket av det de rundt dem sa. Å være ærlig overfor det innhentede materiale er viktig. Det har jeg prøvd å være bevist på gjennom hele forskningsprosessen ved å vise til sitat for å belyse ungdommenes utsagn.

## 6.0 Presentasjon av resultat

Ved presentasjon av resultat er informantene anonymisert. Det blir referert til informantnummer ved sitat, disse numrene står ikke i samsvar med rekkefølgene ungdommene ble intervjuet. Sitatene i intervjuene er skrevet om fra dialekt til bokmål. Regionen informantene er hentet fra blir ikke presentert for å bevare deres anonymitet. Det er viktig å påpeke at informantene i intervjuene ikke skiller mellom skolehelsetjenesten og HFU. De snakker her om hele tilbudet.

Ungdommene har ulik erfaring med helsesøstertjenesten, noen har benyttet tilbudet mye, andre ikke fullt så mye og noen har ikke benyttet tilbudet i det heletatt men har likevel en formening om hvordan det bør være.

Presentasjon av informantene:

Informant 1, gutt 17 år:

Informant 2, jente 18 år.

Informant 3, jente 16år.

Informant 4, jente 17 år.

Informant 5, jente 17år.

Informant 6, gutt 16 år.

Informant 7, jente 18 år.

### 6.1 Profesjonalitet

#### 6.1.1 Asymmetrisk maktforhold, tillit til helsesøstertjenesten

*”Jeg mener det er helt utmerket at helsesøster har taushetsplikt. De sier vel ikke noe til noen da, eller gjør de? De har mye makt og får vist mye. Det må være vanskelig å holde den. Selv om jeg vet at hun egentlig har taushetsplikt så kan det jo være hun sier det til barna sine som jeg også kjenner. Hun har jo taushetsplikt, men jeg kjenner jeg blir usikker om jeg helt kan stole på dette.”*

Sitat informant nr. 4.

Det er en gjenganger i alle syv intervjuene at det er usikkerhet om helsesøster overholder taushetsplikten. Mange av informantene vet ikke helt hva taushetsplikt innebærer og hva

konsekvensene kan bli dersom helsesøster bryter denne. De forventer at helsesøster ikke sier noe videre. Samtidig poengterer flere at de bor i et lite samfunn der alle kjenner alle og at dette gir utfordringer i relasjonen til helsesøster. Særlig dersom man er bekjente. Som flere av informantene påpeker så er det avhengig av hvordan helsesøster er og hvor profesjonelt hun forholder seg til sin profesjon. Dersom hun klarer å skille sine roller mellom jobb og privat og er tydelig på dette så sier de fleste informantene at det ikke er noe problem å gå til helsesøster som de kjenner.

De aller fleste ønsker å benytte tjenesten når man har vanskelige spørsmål eller dersom det er behov for prevensjon, men at man da selv kan velge hvilken helsesøster man går til. Når man møter helsesøster, er det viktig at hun klarer å skape tillit til ungdommene med en gang. Det er blant noen av informantene usikkerhet om man kan stole på helsesøster og om hun har den fagbakgrunnen hun skal ha. For å unngå tillitsbrudd presenterer alle ungdommene at det første møtet er avgjørende. Selv om de har møtt helsesøster på skolen når hun har gitt informasjon eksempelvis i klasserommet er møtet med helsesøster alene i samtalen viktig og avgjørende for videre bruk av tjenesten. De to guttene som er intervjuet er noe mer usikre på om de ville benyttet seg av helsesøstertilbudet. Det kan se ut fra det som kommer frem i intervjuene, uten å generalisere, at det blant jentene er mer akseptert å benytte tjenesten enn hos gutter. Alle jentene som er intervjuet forteller at det er akseptert i venninnegjengen å gå til helsesøster, man snakker også gjerne om det. Begge to guttene sier at de ikke kunne snakke med sine kamerater om dette. En av guttene sier:

*”Det skal være ganske alvorlig problem før jeg vil ta kontakt med helsesøster, og dersom noen oppdager at jeg går dit da ville jeg ha slutta med en gang. Man får jo lett rykte på seg når man bor på bygda.”* Informant nr. 6.

At helsesøster ikke blir overasket over noen av de problemstillingene ungdommene kommer med er viktig. Ungdommen forteller at de da opplever å bli trodd, de får tillit til henne og man tørr da å fortelle enda mer. Dersom problemstillingene er vanskelige ønsker de aller fleste informantene videre oppfølging. Helsesøster skal ifølge informantene ikke ta for lett på noe og må tilby nye samtaler dersom ungdommen ønsker dette. Selv om det kan dreie seg om alt fra kjærlighetssorg til selvmordstanker, ønsker ungdommene at helsesøster skal være seriøs og ikke ta for lett på noe. Som informant nr. 3 sier:

*”Jeg forventer at helsesøster tar meg på alvor uansett hvilke problemer jeg tar opp med helsesøster. De er for meg alvorlige når jeg velger å fortelle.”*

Flere av informantene forteller at det er vondt å be om hjelp, men det er en stor lettelse å få hjelp dersom man opplever å bli møtt på en god måte av helsesøster. Mange gruer seg over lengre tid før de tar et valg og bruker helsesøstertjenesten. Særlig dersom det dreier seg om vanskelige problemstillinger som emosjonelle problemer, psykisk helse og familieproblematikk. Å bli møtt med respekt er for flere av svært stor betydning. Flere av informantene påpeker at de er redd for å få ”skråblikk”, rykte på seg eller å miste venner ved å benytte seg av helsesøstertjenesten. Informant nr. 1 sier:

*”En venninne av meg mista noen venner fordi hun gikk til helsesøster, det er klart jeg er skeptisk til å benytte meg av tjenesten når jeg hører slik”.*

Samtidig er det andre informanter som ikke tenker på hva andre mener om at de benytter seg av helsesøstertjenesten.

## **6.2 God kommunikasjon gir bedre tillit**

For å oppnå tillit til helsesøster forteller alle ungdommene at hvordan helsesøster fremtrer og hvor sikker hun er i sin rolle kan være av betydning for om ungdommene velger å benytte seg av helsesøstertilbudet som er i kommunene. Helsesøster må ifølge ungdommene være åpen, blid, ha en rolig uttøning og ha en god faglig tyngde. De må være bevisst hva de kan og ikke kan. Helsesøster må være åpen og ærlig om sin kunnskap dersom det kommer situasjoner der hun må forhøre seg med andre. Man blir mer trygg dersom helsesøster er bevisst hva hun kan og ikke kan. Dersom helsesøster opptrer med usikkerhet blir også ungdommene usikre.

*”Dersom helsesøster ikke tror på seg selv, og fremtrer usikkert, blir man selv usikker som ungdom. Derfor kan man også miste tillit til helsesøster...”* Informant nr. 2.

Ungdommene forteller at det første møtet med helsesøster stort sett er i forbindelse med informasjon om skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom. Flere av informantene presenterer at hvordan helsesøster her fremtrer kan være av betydning for om de velger å benytte helsesøstertjenesten. Dersom helsesøster virker trygg og selvsikker er det større sjans for å benytte seg av helsesøstertilbudet både på skolen og helsestasjon for ungdom. Samtidig er det viktig at helsesøster fremtrer som blid, positiv og har en rolig, behagelig fremtøning og er enkel å bli kjent med.



Ungdommene påpeker at det også er av betydning hvordan helsesøster er i enkeltsamtaler. Nonverbal kommunikasjon er viktig. Helsesøster må i følge informant nr. 1.

*”Ha et ansiktsuttrykk i forhold til det man snakker om. Helsesøster må vise medfølelse og forståelse.”*

Det informant 1 snakker om her er at helsesøster eksempelvis ikke må sitte å smile dersom man snakker om noe som er trist og vanskelig å snakke om. Dette er noe også de andre ungdommene påpeker som viktig. Helsesøster må få ungdommene til å føle seg velkomne.

Noen av ungdommene påpeker at helsesøster er god til å stille spørsmål og at dette er viktig for å få i gang en god samtale. Dersom helsesøster viser interesse for det ungdommen ønsker å snakke om oppstår det en tillit som gjør at ungdommene blir tryggere og forteller mer til helsesøster. Under samtale er det viktig at helsesøster ser på ungdommene som likeverdige.

*”Hun må ikke snakke ned til meg, men til meg.”* Informant nr. 4.

Det er av betydning for ungdommene at helsesøster forstår dem, og at hun stiller spørsmål uten å virke nysgjerrig. Noen av ungdommene synes det var vanskelig å komme i gang med samtale hos helsesøster og at det da ble stilt gode spørsmål, skape et trygt miljø og spørre om litt andre ting før man begynner samtalen gjør det enklere for ungdommene. Helsesøster må respektere ungdommene dersom de ikke ønsker å fortelle alt.

Dersom helsesøster uttrykker at hun skulle vært et annet sted, ser stadig på klokka så er dette i følge ungdommene en samtalebryter. Da føler de seg til bry og får ikke snakket om det de ønsker.

Ungdommene sier også at dersom helsesøster er mer synlig i skolebildet så ser man at helsesøster er på skolen og det er for noen enklere å ta kontakt med henne for å be om en samtale. Flere av ungdommene sier også at dersom hun er mer synlig blir de bedre kjent med henne og det kan være enklere å gå til henne og snakke om vanskelige tema.

### **6.3 Informasjon til ungdommene, hva er nyttig?**

Informasjon om helsesøstertjenesten bør komme i tidligere klassetrinn og være mer modernisert. I følge ungdommene er det lite informasjon. Likevel så tenker de fleste at de vet

hva helsesøster kan hjelpe dem med, selv om det blant noen av ungdommene er litt usikkerhet.

### 6.3.1 Bruk av internett

Alle ungdommene mener at vi nå har et samfunn der mye av informasjonen bør foregå over internett. Ungdommene er ikke helt enige om informasjonen bør foregå på sosiale medier som facebook, fronter som er skolen sin internett side eller om helsesøstertjenesten bør opprette en egen internettside der man er uavhengig av å være medlem noe sted. En av informantene påpeker at det ikke er alle som er på facebook og at hun også kjenner noen som ikke går på skole og da går disse ungdommene eventuelt glipp av informasjonen. At det derfor ville vært mer nyttig å ha en egen internettside der alle ungdommer har tilgang.

*”Informasjon via internett er svært nyttig, men det kan likevel ikke erstatte å ha en helsesøster fysisk til stede.”* Informant nr. 7.

Ungdommene sier at ved å ha en egen internettside så går det kjapt å finne informasjon, og man er sikker på at den informasjonen man finner er god. Her kan det stå litt om lover og regler, informasjon om hva man kan snakke med helsesøster om. På en slik internettside mener ungdommene det også bør være kontaktinformasjon til alle helsestasjonene i distriktet. Det bør være informasjon om hvem som jobber der, hva man kan snakke med helsesøster om og generelle tips og råd. Man kan ha telefonnummer til hjelpetelefoner og linker til nyttige internettsider for ungdom. Informantene mener at måten informasjonen blir gitt nå er for gammeldags, og at det ikke følger trenden som ungdommene følger. Noen av ungdommene mener også det kunne være nyttig at man kan kontakte helsesøster på andre måter en bare ved å ringe eller møte opp på kontoret hennes. Det er enklere å ta kontakt med helsesøstertjeneste om man kan gjøre dette bak en skjerm.

Selv om man har sider som ung.no og klaraklok.no så vil ikke disse erstatte en side for et distrikt. Der man kan legge ut relevant informasjon for ungdommen som lever her.

### 6.3.2 Informasjon på skolen

Informantene forteller at de normalt har en informasjonsrunde fra helsesøstertjenesten i starten av skoleåret. Her informerer hun om hvem hun er, når hun er på skolen og hvor hennes kontor er. Det kunne også vært en fordel å informere om helsestasjon for ungdom,

hva det er og når man kan møte opp der. Samtidig som det gis informasjon om hva man kan snakke med helsesøster om, at helsesøster har taushetsplikt og hva dette innebærer.

Bruk av plakater som henger oppe der ungdommer befinner seg er nyttig. Da ser ungdommene at tilbudet finnes. Det er ikke nødvendig at det står telefonnummer på slike plakater i følge noen av ungdommene fordi det ikke er noen som går inntil en slik plakat og skriver det ned. Plakaten bør informere om når man kan møte helsesøster, hvor og hva man kan snakke med henne om. De fleste av disse plakatene trenger utskifting da de som regel er gamle og utslitte. Plakatene bør være et blikkfang med sterke farger og bør henges opp der ungdommer befinner seg. En av ungdommene foreslår å henge opp slike plakater på innsiden av toalettdører.

At helsesøster er innoom klassene med jamne mellomrom og har undervisning og forteller er også viktig. De mener at helsesøster kunne hatt mer undervisning i skolen enn de har i dag. Fordi man da også får et inntrykk av helsesøster, vet litt mer hvem hun er om man ikke kjenner henne fra før.

#### **6.4 Organisering av helsesøstertjenesten**

Informantene tror de vil oppleve et mer helhetlig tilbud dersom kommunene, skolene, lærere og alle andre som jobber med ungdommer har et godt samarbeid. Å ha en organisering som handler om samarbeid, som gjør at tjenesten blir enkel å nå poengterer alle informantene som viktig.

##### **6.4.1 Er helsesøster tilgjengelig nok?**

Ungdommene forteller at de opplever et helsesøstertilbud som skulle hatt mer tilgjengelighet. Under intervjuet er det kun 1 informant som vet når helsestasjon for ungdom er åpen, og det overasker ungdommene at dette er på dagtid og at mange ikke når dit på grunn av reisevei mellom skole og hjemkommune.

*”Jeg har ikke funnet ut noe sted hvor lenge de har oppe.”* Informant nr. 3.

Flere av informantene har likevel fått kontakt med helsesøster på et annet tidspunkt i uka. De sier det er en fordel dersom helsesøster er aktiv bruker av telefon og SMS da er det enklere å kunne avtale time for å få hjelp til det som skulle være aktuelt. Til tross for dette mener

ungdommene at det burde vært lengre åpningstider på HFU og gjerne også på kveldstid. Da ville det for flere vært mulighet å nytte gjøre seg av tilbudet uten at det byr på store problemer å komme dit. Flere poengterer også at fordelene med å ha et tilbud til ungdom på kveldstid er at ungdommene tenker at de blir mer anonyme, at det ikke er så mange som ser de bruker tjenesten. En av informantene sier også at dersom hun skulle bruke HFU på dagtid, så ville hun få fravær fra skolen.

Ungdommene synes helsesøster burde vært flere og lengre dager på skolen. Det er flere av informantene som har møtt en stengt dør når de har prøvd å oppsøke helsesøster på skolen, og at de da heller finner andre løsninger på sine problemer. En av informantene påpeker at han mister tillit til helsesøstertjenesten dersom han ikke treffer helsesøster når hun sier hun skal være på kontoret. De opplever at det er vanskelig å møte helsesøster på skolen. Å gå til helsesøster er ifølge de fleste av informantene vanskelig, og man bruker gjerne noe tid på å bestemme seg for å oppsøke helsesøster. En av ungdommene foreslår at for at helsesøster skal nå flere gjennom skolehelsetjenesten kan hun ha samtale med alle. Da blir det ikke stigmatiserende fordi alle må gå til helsesøster. Informantene sier også en annen mulighet er om man kan få utdelt et spørreskjema på e-post som alle må svare på, om hvordan man har det. Det er en fordel at dette kommer på e-post fordi man da kan gjennomføre dette hjemme uten at andre ser hva man svarer.

Tross i at det er vanskelig å treffe på helsesøster på skolen og at det er noen hindringer i og komme på HFU. Er det flere av ungdommene som sier at fordelene med å komme fra et ruralt område at man kan sende en SMS og få time uten at det verken er i forbindelse med skole eller helsestasjon for ungdom. Det er ikke alle ungdommene som er klar over muligheten med å bruke SMS til timeavtaler og det er viktig at alle ungdommene får samme informasjon.

Det kommer frem i intervjuene at dersom helsesøster er tydelig med sin informasjon og klarer å organisere arbeidet sitt slik at hun er på kontoret sitt når hun skal være der, er opplevelsen av et tilgjengelig tilbud bedre for ungdommene.

#### **6.4.2 Samarbeid – en viktig faktor for opplevelsen av et helhetlig tilbud**

For at informantene skal oppleve at helsesøstertjeneste tilbudet rundt seg oppleves mer helhetlig ønsker de et bedre samarbeid. De ønsker et samarbeid mellom kommuner i

distriktet, mellom lærere og helsesøster, mellom helsesøster på ungdomsskolen og helsesøster i videregående skole og et godt samarbeid mellom andre yrkesgrupper som jobber med ungdommer.

Et samarbeid mellom kommuner er ønskelig slik at man selv kan velge hvem man skal gå til og når. Man kan velge den helsesøster som man opplever å ha gode samtaler med eller den helsesøster som man ikke kjenner. Distansen mellom kommunene er ikke lang i distriktet som informantene er intervjuet i og de går også gjerne på skole i en kommune, men bor i en annen. Det er viktig at kommunene informerer ungdommene dersom det er mulighet for slike løsninger. Flere av ungdommene poengterer at det ville bli enklere for de dersom de kan velge hvilke helsesøster de kan gå til.

*”Man finner som regel en helsesøster det funker å snakke med.”* Informant nr. 1.

Samarbeid mellom lærer og helsesøster. Enkelte av ungdommene forteller at de kunne ønske at lærer og helsesøster ser på det helhetlige rundt eleven sammen. Informant nr. 6 sier.

*”Det er som regel en grunn til at man skulker eller ikke får gjort leksene, for meg er ikke anmerkninger og dårlige tilbakemeldinger alltid det beste. Helsesøstertjenesten kunne helt sikkert ha oppdaget en del flere elever med problem dersom samarbeid mellom lærere hadde vært bedre”*

De påpeker også at et samarbeid mellom helsesøster på ungdomsskolen og helsesøster i videregående skole bør være til stede for ungdommer som begynner på videregående skole. Eller så er det noen av ungdommene som ønsker å fortsette med den samme helsesøster, uten å benytte helsesøster som er i videregående skole. Det er tungt for elevene å fortelle hele sin livshistorie på nytt, om hva som har skjedd, hva man tenker og føler.

## 7.0 Diskusjon

### 7.1 Tillit og asymmetrisk maktforhold

For alle ungdommene i mitt empiriske materiale var det viktig at helsesøster var profesjonelle og overholdt konfidensialiteten. Det kunne føre til bedre tillit til helsesøster og helsesøstertjenesten. Ungdommene poengterte at hvordan de opplevde tilliten til helsesøstertjenesten var med på å styre om møtet opplevdes godt.

*”Helsesøster er en trygghetsperson som man må få tillit til ganske med en gang, man merker om hun er usikker. Er hun usikker blir jeg også usikker og da vil jeg ikke snakke om det jeg hadde tenkt på.”* Sitat informant nr. 2.

#### 7.1.1 Tillit til helsesøster og helsesøstertjenesten

Forskningen til Jentoft viser at ungdommene i hennes studie har nok informasjon og kunnskap til å velge og benytte helsesøstertjenesten fremfor andre helsetjenester. De har en umiddelbar tillit (27). Jentoft skriver at ungdommene opplever en trygghet til helsesøstertjenesten når de oppsøker den. Denne tryggheten handlet både om konfidensialitet og trygghet på fagkunnskapen til de ansatte (27). Det som her er interessant er at Jentoft i sin studie viser at ungdommene har en umiddelbar tillit til helsesøstertjenesten. Når man ser på annen forskning som for eksempel Nordal og Luzette, så har de i sine ulike studier funn som viser at ungdom er usikre på om konfidensialiteten blir overholdt og at dette kan oppleves som en barriere for ungdommene (21, 29). Clancy sin studie viser ikke at ungdommene hadde umiddelbar tillit eller mistillit til konfidensialiteten men at de var opptatt av det (25). Konfidensialiteten handler i følge forskningen både om usikkerhet rundt taushetsplikt, men også at det kan oppleves som stigmatiserende å benytte seg av tilbudene (21, 29).

Ungdommene i mitt empiriske materiale uttrykker en usikkerhet overfor konfidensialiteten.

*”Stort sett tror jeg at helsesøster overholder taushetsplikten, men samfunnet vårt er så lite og det kan nok være lett at helsesøster glipper litt med taushetsplikten.”* Sitat informant nr. 1.

*”Helsesøsters kontor skal være sentralt, men litt bortgjemt. Slik at ikke noen merker at man går dit.”* Sitat informant nr. 3.

Grimen sier at dersom det oppstår mistillit kan det likevel under noen omstendigheter føre til tillit (60). Mistillit er ifølge Grimen å ta forhåndsregler, noe som medfører at samhandlingen blir brutt eller ikke kommer i gang (60). Det kan tenkes at når man jobber som helsesøster at det er lett å si at man har taushetsplikt, og at dette innebærer at man ikke kan si noe videre til noen andre. Det kan oppstå misforståelse for de som ikke er innenfor fagfeltet. Dersom helsesøster forklarer tydelig hva taushetsplikt innebærer kan det kanskje være med å løse misforståelser og unødig mistillit.

Helsesøster bør innhente samtykke fra ungdommene. Samtykke kan man innhente både muntlig og skriftlig (23). Et muntlig samtykke er like bindende som et skriftlig samtykke. Fordelen med å ha et skriftlig er dersom det i ettertid blir spørsmål om samtykke er gitt så har man det dokumentert (69). Samtykke bør innhentes dersom helsesøster skal snakke med andre profesjoner. Slik kan ungdommene oppleve at de blir tatt på alvor og at det de kom til helsesøster for ikke blir bagatellisert. Noe som videre kan føre til økt tillit til helsesøstertjenesten og dermed en positiv effekt (46). Dersom en ungdom opplever mistillit og går sint og misfornøyd fra helsesøsterkontoret, kan det være enklere å si noe til noen andre om at helsesøstertjenesten ikke er noe bra. Om ungdommene ikke har tillit til tjenesten vil det være få som oppsøker den (26). Kanskje er det slik at dersom ungdommene opplever for eksempel at helsesøster bryter taushetsplikten og forteller konfidensiell informasjon til andre, så må helsesøster prøve å forklare hvorfor det ble gjort til ungdommen. Helsesøster skal ikke fortelle konfidensiell informasjon videre til for eksempel foreldre eller venner av ungdommen, det er et lov brudd. Samtidig kan det kanskje være vanskelig dersom helsesøster er bekjent av familien.

Taushetsplikten er ikke ensbetydende med at man ikke kan gå videre med de opplysningene man har fått fra ungdommen. Helsesøster har anledning til å rådføre seg med andre kollegaer for eksempel anonymt. At kollegaen da ikke forstår hvem det her er snakk om er viktig. Dersom man lever i rurale områder kan man i enkelte tilfeller lett gjenkjenne hvem det er snakk om. I stede for da å diskutere det anonymt med en annen kollega i kommunen kan man for eksempel benytte seg av kollegaer i andre deler av Norge. På den måten kan man klare å bevare anonymiteten. Det kan være at helsesøster har fått vite noe fra ungdommen som er av så alvorlig grad at man må rådføre seg med andre profesjoner for å kunne hjelpe. Man kan få utløst opplysningsplikt til for eksempel barnevernet (70). Ungdommen kan oppleve mistillit fordi helsesøster gikk for langt og sa det til noen andre. Når helsesøster da forklarer

ungdommen hvorfor dette ble gjort, kan det være at det da fører til tillit igjen. I mitt empiriske materiale sier informantene at de ønsker informasjon om hva taushetsplikt for helsesøster innebærer.

*”Helsesøster bør forklare hva taushetsplikten innebærer. Jeg hadde blitt veldig skuffa dersom hun sier hun har taushetsplikt og så sier hun det videre til en lege eller noen andre.”* Sitat informant nr. 5.

I forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten er hovedformålet i § 1-1, å fremme psykisk og fysisk helse, fremme gode sosiale og miljømessige forhold og forebygge sykdom og skade (5). For at helsesøstertjenesten skal kunne gjennomføre lovens formål på en god måte er man avhengig av å ha tillit fra ungdommene på at helsesøstertjenesten er noe man kan benytte dersom man har behov for hjelp. Ungdommene må oppleve helsesøstertjenesten som nyttig og konstruktiv (26). Tillit til tjenesten er ikke nødvendigvis basert på egne erfaringer. De kan også være basert på venners erfaringer slik studien til Jentoft viser (27). Man snakker her om ”ryktet” til helsesøstertjenesten (26).

Det er kanskje lett å tenke at et brudd på tillit lettere kan skje i rurale områder der alle kjenner alle. At helsesøstertjenesten i disse områdene er mer sårbar fordi det ikke er så mange helsesøstre, og dersom det har oppstått mistillit mellom helsesøster og en ungdom så kan ryktet lett spre seg. Men er det slik at det kun er i rurale områder man opplever dette? Kan det være slik at man i urbane områder kan oppleve det samme? Det er ikke slik at alt som foregår i urbane samfunn nødvendigvis blir anonymisert. Man har skoler og distrikt her også. Dersom helsesøster er lite tilgjengelig, ikke har tid eller har brutt taushetsplikten kan det tenkes at ungdommene snakker med hverandre. Selv om skolene er noe større og samfunnet er større så vil ikke mistillit til helsesøstertjenesten være usynlig. Det vil være naturlig at noen reagerer dersom helsesøster ikke er tilgjengelig, bryter med konfidensialitet eller dersom det oppstår mistillit. Forskningen som Nordal har gjennomført på Thor Heyerdals skole i Larvik underbygger dette (21). Ungdommene her er ikke fornøyd med at helsesøster er så lite tilgjengelig, de har også et ønske om å få flere ressurser i form av noen de kan samtale med. Samtidig har de et ønske om en helsesøstertjeneste der de opplever anonymitet og at de kan stole på at taushetsplikten overholdes (21) Kan det være bedre å være i et ruralt samfunn fordi man kjenner bedre til helsesøster? Er det fordel eller ulempe at helsesøster kjenner (kjenner til) ungdommen og familien? Kan dette føre til at tilliten til helsesøster blir bedre?



Mange kan ha kjent helsesøster i mange år og kan oppleve det som trygt å gå til helsesøster og har et godt forhold fordi man kjenner helsesøster? Avhengig av hvor profesjonell helsesøster er sier ungdommene at dersom helsesøster klarer å skille mellom jobb og privat og er tydelig på dette så sier de fleste at dette ikke er noe problem (28). Ungdommene i mitt materiale er ikke helt enige om dette.

*”Jeg synes det er greit å gå til helsesøster som kjenner meg og familien fordi det blir på en måte enklere å snakke med henne. Hun kjenner allerede noe av min bakgrunn.”*  
Sitat informant nr. 3.

*”Jeg vil ikke møte helsesøster på butikken etter jeg har fått prevensjon fra henne. Det synes jeg ikke noe om.”* Sitat informant nr. 5.

### 7.1.2 Asymmetrisk maktforhold

Tidligere har jeg vist til at ungdommene har noe usikkerhet om helsesøster overholder taushetsplikten. Hvor stor grad av usikkerhet varierer noe fra informant til informant. Ungdommene sier at helsesøster har makt i relasjonen.

*”Helsesøster har stor makt, de får visst mye og det må være vanskelig for helsesøster å ikke si noe til noen.”* Sitat informant nr. 4.

I hvert møte med ungdommer som brukere av helsestasjonen og helsesøster oppstår det et maktforhold. Det oppstår som regel et maktforhold fordi den ene har kunnskap om noe som den andre ikke har kunnskap om (47, 51). Makt har mange ansikter og behøver ikke alltid å være negativt. I Norge har vi lov-, forskriftsmessig og økonomiske grunnlag for noe av makten som utøves av profesjoner i forhold til å ta avgjørelse i saker som berører brukere (47). Den mest aktuelle makten overfor ungdommer som brukere av skolehelsetjenesten og HFU er den makten som omhandler asymmetri (47). Ungdommene trenger noe fra helsesøster. Dersom helsesøster ikke gir et godt nok tilbud kan det være vanskelig for ungdommene å si i fra. Kanskje de er redd for at helsesøster ikke skal forstå. Hva gjør i så fall det med kommunikasjonen?

Mistillit i en relasjon kan oppstå (46). Dersom det skjer er det viktig å bygge denne opp igjen. Helsesøster har stor makt i møte med ungdommene (46, 71). Ved at helsesøster er bevisst sin makt i relasjonen og er varsom med den så kan ungdommene oppleve et godt møte (63).

Makt i relasjonen oppstår fordi makt er grunnleggende i mellommenneskelige relasjoner (71). Løgstrup sier at når en annen person oppsøker oss med tillit holder man noe fra noens liv i sine hender (59). Dette er en makt som forplikter oss til å hjelpe (71). Dersom helsesøster ikke ønsker å hjelpe eller eliminerer bort noen viktige faktorer som ungdommene tar opp, må man stille seg kritisk til det asymmetriske maktforholdet (71). Helsesøster kan ha et asymmetrisk maktforhold til ungdommene (62). Likevel kan helsesøster og helsesøstertjenesten utøve denne makten på en forsvarlig og god måte (62). Forutsetningen for at makten skal utøves på en forsvarlig måte handler om at det er et tillitsforhold mellom helsesøster og ungdommene (46, 62).

Som profesjonsutøver i helsesøstertjenesten har man et moralsk ansvar (57). Ansvaret man har og de beslutninger man tar må man kunne begrunnes (71). Hvorfor gjorde man som man gjorde, eller hvorfor unnlot man å gjøre noe som helst? Helsesøster kan velge å foreta seg noe eller "vente å se", noen ganger kan det være riktig andre ganger ikke. Helsesøster gjør vurderinger hele veien i sitt arbeide. Når man jobber som helsesøster er man ansvarlig for at ungdommene får de helsesøstertjenestene som de har krav på. Det kan være utfordrende for helsesøster å oppleve at helsesøstertjenesten som blir gitt ikke er tilstrekkelig nok for ungdommene. Helsesøster har et ansvar i forhold til å henvise ungdommene videre dersom det er et behov for dette. Grunner til at mange helsesøstre opplever at de ikke får gitt en tilstrekkelig helsesøstertjeneste til ungdom, kan være at det mangler 1500 helsesøster stillinger i Norge (19). Å være helsesøster som har et moralsk ansvar for at ungdommene skal få den helsesøstertjenesten de har krav på, kan være svært utfordrende. Jobben blir i mange tilfeller gjort alene, og i noen tilfeller må man kanskje handle der og da dersom situasjonen tilsier det. Å ha et fagmiljø der man kan diskutere situasjoner man står i kan i mange tilfeller være en fordel. Dette kan være en utfordring i rurale områder der det kan være bare en helsesøster i kommunen. Helsesøster ser et behov for økt tilgjengelighet for ungdommene, men har ikke nok tid og/ eller ressurser til å stille ungdommen de rette spørsmålene for at de skal kunne få best mulig hjelp (13). "Satt på spissen" kan helsesøster her oppleve at hun ikke overholder det moralske ansvaret og at hun bryter med de yrkesetiske retningslinjene fordi hun ikke har nok tid i sitt arbeide.

I møte med helsesøster vet man at det eksisterer et asymmetrisk maktforhold. I relasjoner der helsesøster møter ungdom eksisterer det også et slikt maktforhold. Likevel er det noen faktorer som er viktige for at ungdommene skal kunne oppleve et godt møte. De syv

ungdommene i mitt empiriske materiale har like meninger om hva som er viktig. Helsesøster skal være blid, aktiv lytter, vennlig, ikke stressende og må stille spørsmål slik at ungdommene selv bestemmer hva de skal si.

*”Helsesøster må ikke snakke ned til meg, men til meg.”* Sitat informant nr.4 .

*”Helsesøster må være blid, virke positiv, være imøtekommende og ha tid.”* Sitat informant nr. 7.

*”Jeg må selv få bestemme hvor mye jeg ønsker å si”.* Sitat informant nr. 5.

At ungdommene føler seg likeverdige i møtet er viktig, og at de selv bestemmer hva de skal si og ikke si. Det er med å bygge tillit i følge ungdommene, noe som også støttes i litteraturen (49). Her ser man at det er viktig for ungdommene å ha selvbestemmelse og opplevelse av innflytelse i et møte. De sier da at de føler seg møtt på en god måte. At helsesøster klarer å ha respekt for den de er gir et godt grunnlag for å få opplevelsen av et bedre møte for ungdommene (49, 57, 63). Brukerens egen innflytelse er en viktig del innenfor godt faglig etisk arbeid (71). Ved at ungdommen får innflytelse overfor sitt eget liv innebærer at det blir en maktutjevning (71). Langaard sin doktoravhandling støtter opp om at ungdommene har selvbestemmelse i samtalen, den sier også at omsorg er et viktig aspekt (24). Ungdommene må bli møtt på en forståelsesfull måte (35). Omsorg i denne sammenheng sier Langaard handler om smil og et vennlig blikk, eller ved å bestemme farten i samtale selv balansert med emosjonell avstand fra helsesøster (24, 35). Også prosjektet som Team Lavterskel gjennomførte sier at det er viktig å vise omsorg for ungdommene, at det er med å fremmer tillit til både helsesøster og helsesøstertjenesten (26). Ungdommene ønsker å bli møtt med omsorg, samtidig som det er viktig å ha en viss avstand fra helsesøster (24, 26).

Ungdommene er ulike og det er viktig at helsesøster husker at måten de tar kontakt på eller måten de uttrykker seg på kan variere. Å møte ungdommene med respekt og la de styre tempoet i møtet/samtalen selv tenker jeg er viktig. Slik at ungdommene opplever et godt møte, der de føler at de problemer/utfordringer/spørsmål de måtte ha blir tatt på alvor (37). At ungdommene opplever helsesøster som ”en person som bryr seg” og som kan involvere seg i ungdommenes problematikk er avgjørende for hvordan møtet oppleves (24). Et asymmetrisk maktforhold i relasjonen behøver ikke alltid å være noe negativt det kan også være noe produktivt og positivt (72). Når en ungdom oppsøker helsesøstertjenesten for å få ny kunnskap eller dersom han/hun har et problem har helsesøster noe å tilby ungdommen ved å

ha kunnskap om noe ungdommen ikke har kunnskap om. Ungdommen er da villig til å la seg bli utspurt og veiledet til å ta en selvbestemt avgjørelse noe som også er et maktspekt (72). Det er en asymmetri i møtet her, men likevel kan denne asymmetrien for ungdommen oppleves bra, fordi ham/hun får hjelp til sin problematikk. Dersom helsesøster utøver makten på en etisk og moralsk faglig måte kan et møte med helsesøstertjenesten oppleves bra for ungdommen.

## 7.2 Kommunikasjon

Det er store sosiale forskjeller på helse (11). Regjeringen ønsker å bygge en helsetjeneste forankret i verdier om likeverd, og det er nødvendig og gi det forebyggende helsearbeidet et løft (11). Regjeringen skriver i St.meld.nr. 34 at hovedinnsatsen må rettes inn mot barn og unge. En viktig faktor for å oppleve og bli møtt i helsesøstertjenesten er hvordan kommunikasjonene foregår. Kommunikasjon er noe vi gjør i alle møter hele tiden uansett sosial bakgrunn, og hvordan man kommuniserer kan være en viktig faktor for om ungdom opplever tillit eller mistillit til helsesøster eller helsesøstertjenesten. Kommunikasjon handler ikke bare om å snakke med hverandre. Det er komplekse mønstre for mening og handling (47).

### 7.2.1 Bli- kjent- fasen

Ungdomstiden er en utviklings- og læringsprosess og erfaringene man har med seg fra denne tiden kan ha betydning inn i voksenlivet (26, 31). Det er viktig at helsesøster legger til rette for en tillitsfull relasjon i bli- kjent- fasen (51). Et tillitsbrudd i denne fasen med helsesøster og helsesøstertjenesten er lite heldig i følge mitt empiriske materiale.

*”Dersom helsesøster ikke tror på seg selv, og fremtrer usikkert, blir man selv usikker som ungdom. Da kan man også miste tillit til helsesøster og la være å benytte seg av tilbudet”. Sitat informant nr. 2.*

Forskning viser at det første møtet er viktig uansett. Langaard skriver at den profesjonelle må bidra til å skape en trygg atmosfære gjennom en åpen og direkte væremåte (35). I Clancy sin studie var alle informantene opptatt av å opprettholde et godt samarbeid med helsesøster og at måten helsesøster veiledet de på var viktig (25). Det presiseres at dialogen er viktig og at man ikke føler seg trygg dersom helsesøster er utrygg. Helsesøster er en god veileder og lytter. Samtidig er helsesøster en profesjonell yrkesutøver, men også en person som har ulike

interesser og holdninger som kan ha innvirkning i et møte. Bli- kjent- fasen er i følge Olaisen avgjørende for om ungdommen kommer igjen senere eller ikke (26). Som profesjonell yrkesutøver er det helsesøster som legger til rette for bli- kjent- fasen for ungdommen. Dersom helsesøster selv er ny i veiledningssituasjonen kan det være nyttig å snakke om hva veiledning er for å tydeliggjøre det både for helsesøster og ungdommen (51). Møtet med ungdommene kan være i forbindelse med undervisning/informasjon i klassen eller ved konsultasjoner der ungdommen oppsøker helsesøster. Flere av informantene forteller at hvordan helsesøster fremtrer i slike situasjoner kan være betydningsfulle for om de velger å benytte seg av helsesøstertjenesten eller ikke. Dette er to situasjoner som er ulike, men likevel kan man kanskje trekke noen sammenhenger her.

Det er helsesøster som legger rammene for møtet og dialogen er viktig. Relasjonen som skapes i bli- kjent- fasen kan være avgjørende for å lykkes (47). Hvordan relasjonen starter er også med på å sette en ramme for kommunikasjonen. Det er forskjell på om helsesøster er i klasserommet med undervisning/informasjon eller om helsesøster ber om å snakke med en ungdom eller om ungdommen oppsøker helsesøstertjenesten selv. Hvordan rammen skapes av helsesøster er viktig for eventuelle senere møter. For noen ungdommene i mitt materiale var det viktig at helsesøster stilte spørsmål og var interessert i dem. Dersom helsesøster er tilstede i klasserommet med informasjon/ undervisning og viser trygghet overfor sitt fag er dette med å skape tillit overfor ungdommene. Tillit som kan være betydningsfull dersom en ungdom vurderer å gå og snakke med helsesøster. Har han/ hun tillit til at helsesøster er en dyktig fagperson er sjansen større for at ungdommene velger å benytte seg av helsesøstertjenesten (27). Ungdommene sier at dersom helsesøster er mer synlig i skolebildet så kan det være enklere å ta kontakt. Det er viktig hvordan helsesøster fremtrer og hvor sikker helsesøster er i sin rolle som fagperson for at ungdommene skal få tillit til og benytte seg av helsesøstertilbudet. I følge Olaisen kan det være et behov for flere innledningstimer før den unge får tillit til helsesøster og åpner seg (26). Ungdommene i mitt materiale sier at det er viktig at helsesøster stiller spørsmål, men på en slik måte at hun ikke virker nysgjerrig. Clancy skriver at et forhold bygd på tillit handler om en balansegang med å rådgive på en måte som viser at man bryr seg uten å være nysgjerrig (25). Å gi tilbud om flere samtaler og ikke være for brå i starten kan gi rom for at ungdommene etter hvert tar opp en mer kompleks problematikk. Det kan være at dette er en faktor som er viktig for at ungdommen skal oppleve en god kvalitet på helsetjenesten slik som er regjeringens mål (11). At helsesøster

kommer tidlig inn i ungdommenes problematikk kan være en del i det å oppnå god helse i befolkningen (11).

Ved at ungdommen er bevisst og har kunnskap om hva helsesøsters funksjon er og hvorfor helsesøster velger å benytte seg av kunnskapen til andre faggrupper, kan man kanskje unngå misforståelse og dermed også unngå mistillit til helsesøstertjenesten. Dersom ungdommene har en god opplevelse av møte med helsesøstertjenesten er sjansen for at de kommer tilbake større. Antonovsky sin teori om OAS anser jeg som relevant i denne sammenheng. Dersom ungdommene opplever møtet med helsesøstertjenesten som meningsfullt og trygt. Og at de opplever at kontakten med helsesøster er til hjelp og støtte er sjansen for at ungdommen kommer tilbake større (32). Dette kan også føre til at det går ”rykte” om at helsesøster er dyktig og at ungdommen anbefaler vennene sine og bruke helsesøstertjenesten fordi man selv har god erfaring (27).

### 7.2.2 Relasjon og dialog

I en dialog skal man kunne forstå det ungdommen snakker om. Det dreier seg både om hva som blir sagt, hva ungdommen ønsker med dialogen, hvordan man betrakter forholdet i dialogen og hvordan vi forstår han/hun i dialogen (47, 51). I en dialog vil det oppstå en form for relasjon mellom helsesøster og ungdommen. Relasjon som oppstår bør være støttende, utfordrende og anerkjennende (51). Dette er en viktig blant annet for å kunne ha en utvikling av bevissthet i forhold til egen helse (51). Ungdommen og helsesøster har ulike inngangspunkt til dialogen. Helsesøsters tilnærming er fra en profesjonell posisjon. Hva tillitsgivere gjør og hva tillit gjør i relasjonen mellom personer er et perspektiv som er viktig å se på når ungdommene sier noe om at det å ha tillit til helsesøster og helsesøstertjenesten er essensielt (46).

Ungdomstiden er en tid som kan være fylt av utfordringer og ungdommene kan ha behov for noen å snakke med som ikke er foreldrene (26, 30). Det skjer kroppslige og emosjonelle forandringer og mange valg skal tas (31). At 15- 20% av alle ungdommene i Norge har psykiske problemer som går utover deres funksjonsevne er alvorlig (11, 34). Det er derfor svært viktig å ha en helsesøstertjeneste der ungdommene føler seg møtt, og at de kan få hjelp til de problemer og utfordringer de måtte ha. Å ha en helsesøstertjeneste man kan fortelle sensitiv informasjon til kan være med å gjøre at ungdommene får det lettere (46). Den

informasjonen helsesøster får fra ungdommene må håndteres på en profesjonell og respektfull måte for å kunne yte god hjelp til ungdommene.

Ungdommene kommer ikke rent sjelden til helsesøster med kompleks problematikk. Det er en tradisjon blant ungdommer også i denne studien at de tenker at man kan gå til helsesøster for tjenestens tradisjonelle oppgaver som prevensjonsveiledning, vaksinasjon, fysisk og psykiske utfordringer. Dette ser man også i doktoravhandlingen til Langaard (24).

Ungdommene kommer gjerne til helsestasjonen og presenterer et typisk tradisjonelt ærend som kan være å få en vaksine eller ny resept på p-piller. Det er viktig at helsesøster da er sensitiv og ”ser etter de små tegn” for om det er noe annet ungdommen ønsker å ta opp (24). Tveiten kaller dette for å se mer enn det umiddelbare (51). At helsesøster ikke bare har fokus på ”her-og-nå”, men klarer å se ungdommen i et helhetsperspektiv der helsesøster også er nysgjerrig eksempelvis på ungdommens bakgrunn kan være nyttig (51). Eller at man er en aktiv lytter og klarer å fange det som sies ”mellom linjene” (51). Dersom helsesøster klarer å så mer enn det umiddelbare kan det være et bidrag til at ungdommene får en bedre tillit til helsesøster. Helsesøster gir da et uttrykk om et ønske om og hjelpe å forstå.

*”Det er fint om man selv kan velge hvor mye man ønsker å fortelle helsesøster.”* Sitat informant nr. 7.

At helsesøster lytter og gir ungdommene tid og selvbestemmelse i møtet er med å bygge tillit. Det er den enkelte som kjenner sine egne grenser, seg selv og sine behov. Ottawacharteret legger føringer for at det forebyggende helsearbeidet skal ha en veiledningsfunksjon (53, 54). Dersom helsesøster i samtalen benytter seg av empowerment i veiledningsprosessen så vil det da være ungdommen selv som kommer frem til løsningen (54). Empowerment er noe som også vektlegges i St.meld.nr. 34 (11). Mitcheson skriver at for å få til en god og suksessfull dialog er det viktig å ha gjensidig tillitsforhold mellom praktiserende og klient kombinert med en dyktig og åpen kommunikasjonsmåte som å vektlegge empowerment (55). Helsesøster må i følge ungdommene fremtre pålitelig, kunnskapsrik og vennlig. Ungdommene i min forskning men også i Langaard sin ønsker at helsesøster skal bry seg, være personlig, men samtidig holde avstand (24). Dette berører nærhet- avstand- dimensjonen i profesjonell samhandling (24). En god relasjon kan opprettes blant annet ved å vise ungdommen omsorg slik som Langaard skriver i sin doktorgrad (24). Det er viktig når man legger til rette for ungdommene at man tar hensyn til deres selvstendigjørelse (26). De erfaringene ungdommene gjør seg kan være nyttige inn i voksen

livet (26). Å være en aktiv lytter og deltakende i det ungdommene snakker om slik at han/hun får en opplevelse av å bli tatt på alvor er viktig i det første møtet, men også senere (54). Skape et trygt miljø, slik at ungdommen føler seg trygg er et godt utgangspunkt for en god samtale (37, 47). Som profesjonell er det viktig at helsesøster sørger for at ungdommen føler seg velkommen og sikker (37, 47). St.meld.nr. 34 presiserer at man skal tilpasse tilbudet til brukerne (11). Å legge til rette for at ungdommen kan ta med enn venn eller foreldre hvis det oppleves bedre enn å gå alene kan være en måte å tilpasse tilbudet på. Dersom ungdommen alltid har med en venn kan det bli vanskelig i forhold til konfidensialitet og kanskje heller ikke ungdommen får tatt opp de virkelig vanskelige tingene. Om dette er tilfellet kan helsesøster oppfordre ungdommen til å komme alene til neste samtale. Det skapes da et rom for ungdommen til å ta opp det som er vanskelig. Tillit er med på å lette overføringen av informasjon og kunnskap (46).

For å oppnå en god relasjon kommuniserer vi med hverandre. Man kan ikke velge å ikke kommunisere, fordi kommunikasjon er noe vi gjør hele tiden. Enten verbalt eller nonverbalt. Forholdet mellom disse to er komplisert (52). Det er mange faktorer som er med å påvirke en samtale. Det er viktig at helsesøster har tro på at dialogen kan være av betydning for ungdommen (37). Gjennom kroppsspråket uttrykker vi mye og dersom man har det travelt og skulle vært ferdig med en dialog så vil det være med å påvirke samtalen ubevist (37, 51). For å lykkes med en dialog er det viktig å ha tid. Dette kan være utfordrende i en travel hverdag dersom det er mye som skulle vært gjort. At helsesøster får ungdommen til å slappe av, ikke føle seg presset eller utfordret er avgjørende for om en dialog skal kunne lykkes (26, 37). Tilhørighet og bekreftelse er også en viktig del av dialogen, at man blir sett og forstått (37). Tveiten skriver at det er ikke alltid at svarene er "svar" men det kan være en form for oppdagelse eller bevisstgjøring. For at ungdommene skal kunne kjenne på dette er det viktig at helsesøster er en aktiv lytter og er sensitiv for det ungdommen sier. Dette kan være tillitsvekkende og kan føre til at ungdommen åpner seg mer opp. Når man samtaler med tenåringer kan det være en inngangsport å spørre hva de er opptatt av eller hvilke interesser de har og stille noen nøytrale spørsmål i starten (37). Ungdommene er i en sårbar periode i livet og det å gjøre ungdommene trygge i omgivelsene og på helsesøster kan være en avgjørende faktor for om de velger å ta opp vanskelige tema. Ha et positivt fokus gjennom samtalen. Å ha fokuset på den man snakker med å ikke til stadighet se på telefonen eller klokka tydeliggjør at man er tilstede i dialogen. Helsesøster bør i følge mine funn være med i dialogen, se på ungdommen og vise interesse. Clancy skriver også at det for brukerne er



viktig at helsesøster er i imøtekommende og blid (25). Dersom helsesøster ser på bildet på veggen eller ikke ser på ungdommen kan det oppfattes som at vedkommende er uinteressert. Å sitte vendt mot den man samtaler med er et annet viktig element for å vise interesse (47).

#### 7.2.4 Informasjon om helsesøstertjenesten

Informasjon handler om å formidle noe til noen og er derfor også en form for kommunikasjon (54). For at ungdom skal kunne få profesjonell hjelp er det viktig at det er god informasjon om helsesøstertjenesten (2, 21, 28, 37). Dette er stadig et tilbakevendende tema i helsevesenet som har stort utviklingspotensial (51). Tveiten skriver at informasjon også kan være en form for veiledning. God informasjon om helsesøstertjenesten kan være den avgjørende faktoren om ungdommene velger å komme til helsesøster for å snakke. Ungdommene peker på at det er viktig at informasjonen også blir tilgjengelig andre steder slik som på internett.

*”Informasjon via internett er svært nyttig.”* Sitat informant nr. 7.

Det er god omsorg å gi god og tilrettelagt informasjon (26). I samhandlingsreformen er et av målene å utvikle en bærekraftig tjeneste blant annet ved å styrke det forebyggende arbeidet (9). Å legge til rette for god informasjon der man har gode IKT løsninger er en målsetning, og samhandlingsreformen peker på at det da kan bli en bedre utnyttelse av ressursene (9). Å tilrettelegge god informasjon via internett om hvem man kan ta kontakt med, når, telefonnummer, åpningstider og hva man kan snakke med helsesøster om kan gjøre at brukerne opplever en bedre tilrettelagt tjeneste slik som en av målsetningene er i St.meld.nr 34. Ungdommene i mitt empiriske materiale opplever generelt manglende informasjon om hva helsesøster gjør, når man kan snakke med henne, hva man kan snakke om, hvor og ta kontakt. Plakatene som henges opp av helsesøstertjenesten er i følge ungdommene ikke så veldig nødvendige. Fordi det oppleves som stigmatiserende å gå inntil plakatene å skrive ned telefonnummer. Tveiten skriver at det kan være vanskelig å skille mellom informering, undervisning og rådgivning (51). Noen av informantene sa i intervjuene at det ville vært fint om helsesøster var mer konkret når hun gir informasjon i klassen. En kombinasjon av informasjonsmetoder kan kanskje være det beste. For ungdommene mener ikke at helsesøster ikke skal presentere seg i klassen, men at det med fordel kunne vært en internettside de kunne gå inn på for å lese mer om hva de kan snakke med helsesøster om. Det er viktig at internettsiden er tilpasset til kommunen eller distriktet.

Nordal skriver i sin forskning at ungdommene er svært positive til å kommunisere med helsesøster på internett. De mener det vil gjøre det enklere å komme i dialog med skolehelsetjenesten (21). Internett-siden kan også brukes som informasjonsverktøy. At den er tilpasset den enkelte skole eller distrikt. Nordal poengterer at det er viktig at det her også er linker til andre nyttige sider som klaraklok.no, ung.no osv. (21). Klara-klok.no er en anonym internettbasert spørre- og informasjonsside for barn og unge mellom 10- 25 år, formålet med tjenesten er å gi informasjon og veiledning i forhold til spørsmål om helse (73). Ung.no: Informasjon rettet mot aldersgruppen 13-20år. Dette er det offentliges informasjonskanal til ungdommene (39). Hansen skriver i sin forskning at informasjon om helsesøstertjenesten prioriteres når elevene er nye på skolen, informasjonen blir ikke vedlikeholdt (28). Både i prosjektet til Olaisen og i Hansen sin forskning sier ungdommene at å ha plakater hengende rundt på arenaer der ungdom er anses som nyttig (26, 28). Hvordan informasjon om tjenesten presenteres for ungdommene og at de får med seg informasjon kan være avgjørende for om ungdommene opplever helsesøstertjenesten som tilgjengelig. Informasjon bør være tilrettelagt på ungdommenes premisser. Helsesøstertjenesten må være synlig i miljøer der ungdom befinner seg (30 s. 170). Dette kan være kafeer, dodører på offentlige steder, treningsarenaer, informasjonsskjermer på skoler osv. Selv om ungdommene i mitt empiriske materiale sier de ikke har særlig nytte av disse plakatene ser man at annen forskning viser noe annet (26, 28). Derfor tenker jeg at det kan være fornuftig å henge opp plakater, men at man kanskje tenker nøye gjennom hvor man plasserer de.

*”Å plassere plakatene på innsiden av toalett dører er fint. Da får man lest de i fred og ro og kan lagre telefonnummer til helsesøster uten at noen ser det.”* Sitat informant nr. 2.

Å ha informasjon av helsesøster i klassen er nyttig i følge ungdommene i min studie. Når helsesøster er inne i klassen forteller ungdommene at det er større sjans for at de vil benytte seg av helsesøstertjenesten dersom helsesøster fremtrer som en trygg og tillitsfull person. Da vil man i følge ungdommene bli bedre kjent med helsesøster. I følge Hansen sier ungdommene i hennes studie at dersom de hadde visst at helsesøster var tilstede ved skolen hver dag, så var det flere som ville benytte seg av tilbudet (28). Hansen skriver også at ungdommene har et ønske om at helsesøster skal være mer i klassen med undervisning (28). Tilstedeværelse vil være med å etablere en felles referanseramme (26). Ungdommenes utsagn både i studien til Hansen og min sier noe om behovet for at ungdommene har et ønske om å være sikre på at helsesøster er en person de kan få en god relasjon til (28, 63). Kontinuitet på

hvilke dager helsesøster er tilstede er noe som vektlegges i både Nordal og Hansens studie (21, 28).

#### *7.4 Organisering av helsesøstertjenesten, tilgjengelighet og samarbeid*

Dersom ungdommene skal nyttiggjøre seg av helsesøstertjenesten er det viktig at helsesøstertjenesten er organisert på ungdommens premisser. Ungdommene er gjerne spontane og kan derfor ha et annet behov for tilgjengelige helsetjenester en voksne. Ungdommene påpeker at det er viktig at helsesøstertjenesten er tilgjengelig. Ungdommene sier at helsesøster ikke er så ofte på skolen og at det kan være vanskelig å komme seg til helsestasjonen. Det er utfordringer med åpningstider og geografiske avstander.

*”Det er viktig at helsesøstertjenesten ligger sentralt. Og så burde åpningstidene vært slik at de passer med buss eller aktiviteter på kvelden.”* Sitat informant nr. 2.

Hansen og Nordal sin forskning og en rapport fra Barneombudet støtter opp om at helsesøster har lite kontortid på skolen, ungdommene i deres forskning sier også at helsesøster er lite tilgjengelig (19, 21, 28). Helsesøster bør ha et ”drop- in” tilbud og ikke ventetid på flere uker, det er i følge ungdommene i rapporten fra Barneombudet ikke tilgjengelighet (19). Ungdommene i mitt empiriske materiale ønsker også flere valgmuligheter med hvilke helsesøster man kan snakke med, fordi man ikke har like god kjemi med alle.

*”Man finner som regel en helsesøster det funker å snakke med. Det går liksom ikke å snakke med hvem som helst.”* Sitat informant nr. 1.

Dette er noe som kan være utfordrende i rurale områder. Blant annet på grunn av at det ikke er mange helsestasjoner, og helsesøstre og velge mellom. Et samarbeid mellom de ulike kommunene kan da være aktuelt. Samarbeidet bør omfatte både hvordan man organiserer åpningstider, informasjon og tverrfaglig samarbeid.

Folkehelseloven 2011 ”... bidra til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse, herunder utjevner sosiale helseforskjeller- Folkehelsearbeidet skal fremme befolkningens helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold og bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse” (10). Loven pålegger kommuner, fylkeskommuner og statlige helsemyndigheter å samordne sin virksomhet. Team lavterskel er et prosjekt som har fått dette til. Her jobber de på tvers av organisasjoner og nivåer. Det var i dette prosjektet viktig å

gi et tilbud i ungdommenes naturlige miljø (26). Tilbudet skulle ikke virke stigmatiserende, ingen forsinkelser som for eksempel som følge av henvisningskrav, et tilbud med tverrfaglig samarbeid med helsesøstre kliniske pedagoger, sosionomer, psykologer og leger (26). Ungdommenes fysiske og psykiske helse ble sett under ett (26). Ved å ha blant annet barne- og ungdomspsykiatrien (BUP) ute i skolehelsetjenesten, bidrar dette til å ufarliggjøre det å ha problemer (26). Prosjektet poengterer at en forutsetning for å lykkes er at skoleledelsen ønsker en god skolehelsetjeneste (26).

Helsesøstre møter ofte ungdommer med komplekse problemstillinger. Det er en fordel å kunne nyttiggjøre seg av tverrfaglig samarbeid. De ulike profesjonene har ulik kompetanse, og det vil være en styrke både for ungdommene men også for helsesøster, helsesøstertjenesten og andre profesjoner dersom man er god på tverrfaglig samarbeid (74). I St.meld.nr. 34 skriver de at det er en utfordring å sikre god og nødvendig samordning og koordinering av instanser, likevel oppfordres de ulike instanser innad i kommunene og interkommunalt for et tverrfaglig samarbeid med (11). Ved at de ulike profesjonene samarbeider er sjansen også større for at man får mer tillit til hverandre. Tilliten i denne sammenheng kan være med å muliggjøre ting som ellers ikke ville vært mulige (46). Tilliten åpner for et handlingsrom, et tverrfaglig samarbeid der man stoler på at de andre profesjonene kan være med å frigjøre tid, krefter og man vil gjerne oppleve en mer helhetlig helsesøstertjeneste (9, 26, 60). Dersom man for ungdommene tydeliggjør et tverrfaglig samarbeid, viser erfaringer at dette er med å bygge tillit slik at ungdommene opplever en mer helhetlig helsesøstertjeneste (26). Uansett om man bor i urbane eller rurale områder bør helsesøstertjenesten legge til rette for et tverrfaglig samarbeid. Det kan så klart by på noen utfordringer i rurale områder på grunn av geografiske utfordringer. Likeledes er det i 2014 flere måter å løse dette på. Eksempler på dette kan være mer videooverføring ved møter og en mer aktiv bruk av telefon, SMS og e-post.

At helsesøster ikke har tid til å være lenge på skolen, eller å være tilgjengelig for ungdommene har vært et gjentagende tema i media den siste tiden (18, 75). Helsesøster bør få mer tid i skolen slik at det blir rom for å snakke med ungdommene. Å ha mulighet til å ha et ”drop-in” tilbud i tillegg til planlagte avtaler er viktig dersom tilbudet skal oppleves som lavterskel og for at ungdom skal kunne benytte seg av helsesøstertjenesten. For ungdommene er det kanskje ikke avgjørende om det er en helsesøster man snakker med, eller om det er for eksempelvis er en psykiatrisk sykepleier. Regjeringen pålegger helsestasjons- og

skolehelsetjenesten å ha rutiner for samarbeid med kommunale tjenester (11). En helsesøster veileder og fokuserer på brukermedvirkning og mestring hos ungdommene. Her behøver man ingen timebestilling og kan komme på helsesøsters dør. En studie viser at ungdommene knytter navnet psykiatrisk sykepleier opp mot sykdom (40). Dette kan være noe uheldig dersom de ikke får informasjon om funksjonen til den psykiatriske sykepleieren. Studien som er gjort av Larsen viser at både ungdommer og lærere har god erfaring med opplæring om psykisk helse og at psykiatrisk sykepleier er i skolen (40). Dersom psykiatrisk sykepleier har et helsefremmende og forebyggende perspektiv og har introdusert seg for ungdommene og kanskje også hatt undervisning. Vil det mest sannsynlig være en ressurs å ha en psykiatrisk sykepleier som kan gjennomføre samtaler med ungdommene (40). Både Olaisen og Larsen skriver at det er viktig at ungdommene blir kjent med den de skal snakke med enten gjennom undervisning eller samtaler. Derfor er det viktig å ha god tid for at det skal oppleves best mulig for ungdommene (40). Rapporten som kommer fra Barneombudet viser at ungdommene savner mer kompetanse (19). Ungdommene Barneombudet har snakket med ønsker en helsesøster med mer kompetanse på psykiske helseplager (19). Med disse utsagnene kan man kanskje tenke at ungdommene ville opplevd det som nyttig å ha en psykiatrisk sykepleier tilgjengelig.

Barneombudet har et ønske om mer tverrfaglig samarbeid i kommunene (19), Da vil ungdommene kunne ha flere de kan henvende seg til, og helsesøstertjenesten blir heller ikke så sårbar.

*”Det er som regel en grunn til at man skulker eller ikke for gjort leksene, for meg er ikke anmerkninger og dårlige tilbakemeldinger alltid det beste. Helsesøstertjenesten kunne helt sikkert ha oppdaget en del flere elever med problem dersom samarbeid mellom lærere hadde vært bedre.”* Sitat informant nr. 6.

Jeg tenker at når elevene selv etterlyser mer samarbeid, bør helsesøstertjenesten og lærere gå gjennom samarbeidsrutiner for å bedre et samarbeid. Kanskje opplever eleven her et tillitsbrudd til både lærere og helsesøstertjenesten. Lærer kan kanskje oppleve at de lurar på hvorfor en elev er så mye borte, eller hvorfor han/hun stadig ikke kommer tidsnok på skolen. Lærerne har det også travelt, så om det kunne vært et samarbeid om ulike problemstillinger tror jeg at ungdommen har rett i at man kunne oppdaget flere elever med problemer/utfordringer. Prosjektet team lavterskel har god erfaring med å jobbe tverrfaglig (26). Olaisen skriver at for at et samarbeid mellom helse- og skolesystemene skal fungere er

det helt nødvendig at planer, avtaler og lovverk legger til rette for det (26). St.meld.nr. 47 Samhandlingsreformen, legger opp til mer tverrfaglig samarbeid i kommunene (9). Dersom man har et godt tverrfaglig samarbeid i kommunene kan dette være med å avlaste helsesøster i noen av sine oppgaver. Det er mange helsesøstre som opplever at de ikke har tid og at det er for lite ressurser. En undersøkelse som er gjort av Tidsskriftet sykepleien viser det både ungdommene i min studie sier, men også det ungdommene i Nordal (21) sin studie sier. Nemlig at ungdommene opplever at helsesøster ikke har tid. 7 av 10 helsesøstre sier at de har unnlatt å stille spørsmål, fordi de ikke har tid til å følge opp svarene (18). Respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet som de yrkesetiske retningslinjene peker på er her viktig i arbeidet (57). Å lytte til ungdommene, hvilke ønsker og behov de har, er noe som vektlegges i utviklingen av helsesøstertjenesten av både Barneombudet og i team lavterskel (19, 26). Ungdommene i min studie sier alle at de kunne tenkt seg et samarbeid med andre omliggende kommuner. På den måten ser de at de kan være mer anonyme, taushetsplikten overholdes bedre og de kan velge en helsesøster de opplever å ha en god samtale med.

*”Mange er redde for å få rykte på seg for å gå til helsesøster. Rykte på bygda kommer med en gang. Å ha et samarbeid med de andre kommunene ser jeg på som en fordel, for da har man større valgmuligheter.”* Sitat informant nr. 3.

Et samarbeid i distriktet ser ungdommene på som en fordel. De forteller at de ikke har et slik samarbeid nå. Slik jeg oppfatter ungdom vil et samarbeid oppleves mer profesjonelt, fordi helsesøstertjenesten da vil bli mer tilgjengelig for alle. Det vil være større valgmuligheter for ungdommene og de sier at de tror flere vil benytte seg av helsesøstertjenesten. Et samarbeid på tvers av kommuner kan da kanskje være fornuftig. At man da har et felles ansvar for de tilbudene som gis til ungdommene (76). Ansvaret handler om politiske, juridiske, økonomiske og etiske forpliktelser (76). Samarbeid kan være vanskelig å få til. Det er gjerne et ord som man sier ofte, men som man ikke gjør så mye med (77). For at man skal ha et samarbeid som er til det beste for ungdommene, må det være forankret hos ledelsen (77). Det må være et ønske om samarbeid fra kommunene. Det praktiske samarbeide blir enklere når man kjenner hverandre (77). Det kan ta tid å komme i gang, det er viktig å starte opp for så å lære av de erfaringene man gjør. Utveksling av erfaringer og gode diskusjoner kan gi tillit, som igjen fører til at man tør spørre når man er usikker (77). Hvordan et samarbeid fungerer i starten vet man ikke, men dersom man har et felles mål kan det bli enklere å gjennomføre. Det er viktig å få inn ungdommenes perspektiv og hvilke erfaringer de har av dette slik at helsesøstertjenesten blir så optimal som mulig for ungdommene. Hvordan et samarbeid

praktisk skal løses må være opp til hvert distrikt og finne ut av. Det kan være ulike løsninger for ulike distrikt. En ting som er sikkert er at det er viktig at når man inngår et samarbeid informerer man ungdommer om dette, slik at de vet hvilke alternativ de har.

Helsesøstertjenesten må ha forståelse for hvor ungdom befinner seg i livet og hvordan man kan tilrettelegge for at flest mulig benytter seg av helsesøstertjenesten (37). Dette behøver ikke bare gjelde for rurale kommuner, men også bydeler i byer. Der det heller ikke er så store samfunn, og ungdommene kan kjenne helsesøster privat der også.

Helsesøstertjenesten er den helsetjenesten som barn og unge møter mest i sitt unge liv. De erfaringer de samler inn i forhold til dette kan være med å prege holdningene ikke bare til helsesøstertjenesten, men også helsevesenet som helhet hele livet (32). Dersom man legger til rette for en god helsesøstertjeneste for barn og ungdom, vil de fleste kunne oppleve en god erfaring som gir tillit. På lengre sikt kan det da være enklere å benytte helsesøstertjenesten og andre helsetjenester dersom man har med seg gode erfaringer fra både barn- og ungdomstid (32).

## 8.0 Avslutning

Etter å ha belyst ungdommers erfaringer og opplevelser av helsesøstertjenesten gjennom intervju har jeg fått noen uventede funn. Da jeg startet denne studien hadde jeg forventninger om at ungdommene opplevde at helsesøster var lite på skolen og at det kunne være vanskelig å nå helsesøstertjenesten. At ungdommene var usikre på om helsesøster overholder konfidensialiteten, at tillit og et asymmetrisk maktforhold skulle komme frem i intervjuene var ikke forventet fra meg. Jeg opplever at funnene mine var svært interessante å jobbe med, og at de er relevante for helsesøstertjenesten (se kapittel 8.2 Konsekvenser for praksis). Målet gjennom prosessen har vært å få frem ungdommers erfaring og opplevelser og diskutere disse. Jeg har valgt å lage en konklusjon ut i fra det ungdommene i denne studien sier. Det er nok en gang viktig å poengtere at denne studien er for liten til å kunne generalisere funnene.

### 8.1 Studiens viktigste funn

*”Hvilke erfaringer og opplevelser har ungdom med helsesøstertjenesten?”*

Det er viktig at helsesøster og helsesøstertjenesten fremstår profesjonelt. Ved å ha en profesjonell helsesøstertjeneste med god informasjon om deres rolle og funksjon kan dette oppleves for ungdommene som en mer helhetlig helsesøstertjeneste. Det er noe stigmatiserende å benytte seg av tilbudet. Dersom helsesøster er mer tilstede på ungdommens arena og jobber for å øke kunnskapen til ungdommene om hva helsesøstertjenesten er, så forstår jeg det slik på ungdommene at det er større sjanse for at flere benytter seg av helsesøstertjenesten. Det er flere positive effekter med dette. De treffer helsesøster lettere, de vet bedre hvem hun er og de vil mest sannsynlig få en bedre oversikt over når hun er å treffe.

For ungdommene er det viktig å ha tillit til helsesøster og helsesøstertjenesten, de er usikre på om konfidensialiteten blir i varetatt. Usikkerheten rundt dette kan føre til at ungdommene unnlater å gi viktige opplysninger til helsesøster eller at de unnlater å benytte seg av tilbudet. I møtet har helsesøster makt og et ansvar for at ungdommene skal kunne føle seg komfortabel. Å legge til rette for den- første- fasen på en trygg, respektfull og direkte måte kan være viktig for ungdommens opplevelse av møtet med helsesøster. Denne fasen er viktig for om ungdommene velger å komme tilbake. Det kan være et behov for flere innledningstimer for at det skal oppstå tillit til helsesøster og helsesøstertjenesten. Helsesøster må være interessert i å hjelpe den enkelte som er til samtale hos henne. Hvordan samtalen



forløper og hvordan helsesøster veileder ungdommene er viktig for at de skal føle seg i varetatt eller ikke.

Ungdommenes erfaring og opplevelse av informasjon om helsesøstertjenesten har et stort forbedringspotensial. Helsesøstertjenesten bør i følge ungdommene fornye seg og benytte seg av for eksempel internett. Helsesøster kan også være mer inne i klassen for undervisning og informasjon. På den måten kan de bli bedre kjent, og informasjon kan også bli gitt i disse situasjonene. Det er god omsorg å gi god og tilrettelagt informasjon og den må tilpasses ungdommene i den tiden vi lever i. Det er flere som er positive til å kunne kontakte helsesøster på internett. Flere av ungdommene ser et poeng i å ha et samarbeid med helsesøstertjenestene på tvers av kommunene, slik at de har flere valgmuligheter og det kan oppleves enklere for de å ta kontakt med noen de ikke kjenner eller som kjenner deres familie. Avslutningsvis sier ungdommene at et samarbeid på tvers i kommunen med for eksempel psykiatrisk sykepleier gjør at de har flere valgmuligheter i forhold til hvem de kan snakke med.

## *8.2 Konsekvenser for praksis*

Funnene viser at helsesøstertjenesten bør ha et bedre samarbeid og være tydeligere på sin informasjon til ungdommene. Det bør kanskje være en gjennomgang i distriktene hvordan man bør gå frem for å lage best mulig helsesøstertjeneste til ungdommen. Selv om det er en stor jobb tenker jeg det kan være aktuelt å ta med ungdommene i å utvikle helsesøstertjenesten til det bedre for ungdommene. Det er ungdommene som skal bruke helsesøstertjenesten og ved å lytte til ungdommenes behov tror jeg at helsesøstertjenestene kan oppleves bedre. Det kan for eksempel gjennomføres en brukerundersøkelse der det benyttes spørreskjema. Ved å vise ungdommene tillit til dette arbeidet kan det også være en positiv effekt ved at ungdommenes terskelen for å ta kontakt med helsesøstertjenesten kan bli lavere.

Ny tenkning ved oppretting av internettsider for distriktet der ungdommer kan stille spørsmål via Chat kunne kanskje også vært aktuelt å få flere til å benytte helsesøstertjenesten og å være mer tilgjengelig på telefon. Det er klart at et internett tilbud ikke vil kunne erstatte den helsesøstertjenesten der man kan oppsøke helsesøster på kontoret, men det kan være et

supplement og kanskje også en inngangsport til at flere vil snakke med helsesøster. Ved at de for kunnskap og informasjon om helsesøstertjenesten.

### *8.3 Videre forskning*

Å forske videre på hva ungdommer ønsker for helsesøstertjenesten er viktig slik at helsesøstertjenesten bli så bra som overhode mulig for ungdommene. Å få ungdommenes stemme frem fra ulike perspektiver er viktig. En studie som går på hva ungdom ønsker seg fra en lokal internett- helsesøstertjeneste tenker jeg er relevant. Det er internett ungdommer bruker i dag for å sjekke opp på ting de lurer på. Og å se på hvordan ungdommene ønsker helsesøstertjenesten tilrettelagt både med informasjon, hvor ofte helsesøster skal være tilgjengelig, hvor informasjon bør være tenker jeg kan være nyttig. Det er sagt noe om det i denne studien, men man trenger flere studier om dette temaet. En annen studie som kunne vært interessant er å fordype seg i er hva ungdommer tenker om konfidensialitet og hva de faktisk vet om det. Eventuelt benyttet en annen form for kvalitativ metode som fokusgruppe intervju som jeg nevnte tidligere. Det kunne også vært interessant å følge opp denne studien med en kvantitativ spørreundersøkelse.

## Litteraturliste

1. Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring. Oslo: Universitetsforl.; 2011. 238 s. : fig. p.
2. Helsedirektoratet. IS- 1154. Veileder til forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Veileder til forskrift av 3.april 2003 nr. 450 2003 [cited 2014 03.05]. Available from: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/veileder-til-forskrift-om-kommunens-helsefremmende-og-forebyggende-arbeid-i-helsestasjons--og-skolehelsetjenesten-/Publikasjoner/veileder-til-forskrift-kommunens-helsefremmende-og-forebyggende-arbeid-i-helsestasjons--og-skolehelsetj-.pdf>.
3. LaH Lfh. Helsesøster - mer enn et sprøytestikk: Landsgruppen for Helsesøstre, Norsk Sykepleie Forbund; 2008 [cited 2014 07.04]. Available from: [http://www.nsf.no/Content/396553/Helses%C3%B8ster\\_web1.pdf](http://www.nsf.no/Content/396553/Helses%C3%B8ster_web1.pdf).
4. Glavin K, Kvarme LG. Helsesøstertjenesten: fra menighetssykepleie til folkehelsevitenskap. Oslo: Akribe; 2003. 238 s. : ill. p.
5. HOD, omsorgsdepartementet H-o. Forskrift om Kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten 2003 [updated 17.01.2013; cited 2014 07.04]. Available from: [http://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-04-03-450?q=kommunens ansvar barn 0-20\\*](http://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-04-03-450?q=kommunens%20ansvar%20barn%200-20).
6. HOD, omsorgsdepartementet H-o. IS- 1798 Utviklingsstrategi for helsestasjons- og skolehelsetjenesten: Helsedirektoratet; 2010 [cited 2014 07.04]. Available from: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/utviklingsstrategi-for-helsestasjons--og-skolehelsetjenesten/Publikasjoner/Utviklingsstrategi-for-helsestasjons-og-skolehelsetjenesten.pdf>.
7. Kjelvik J. Helsestasjons- og skolehelsetjeneste i kommunene Statistisk Sentralbyrå Norge 2007 [cited 2014 07.04]. Available from: [http://www.ssb.no/a/publikasjoner/pdf/notat\\_200732/notat\\_200732.pdf](http://www.ssb.no/a/publikasjoner/pdf/notat_200732/notat_200732.pdf).
8. HOD, omsorgsdepartementet H-o. St.Meld. 20 Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller: Helsedirektoratet; 2006-2007 [cited 2014 07.04]. Available from: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2006-2007/Stmeld-nr-20-2006-2007-.html?id=449531>.
9. HOD, omsorgsdepartementet H-o. St.meld.nr.47 Samhandlingsreformen Rett behandling - på rett sted - til rett tid 2008-2009 [cited 2014 07.04]. Available from: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2008-2009/stmeld-nr-47-2008-2009-.html?id=567201>.

10. HOD, omsorgsdepartementet H-o. Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven): Helsedirektoratet; 2012 [updated 14.06.2013; cited 2013 14.04.]. Available from: <http://lovdata.no/all/tl-20110624-029-001.html>.
11. HOD, omsorgsdepartementet H-o. Stortingsmelding 34, Folkehelsemeldingen God helse - felles ansvar: Helsedirektoratet; 2013 [cited 2014 07.04]. Available from: <http://www.regjeringen.no/pages/38307106/PDFS/STM201220130034000DDDPDFS.pdf>.
12. Bakken A. NOVA Rapport 10/13 Ungdata - Nasjonale resultater 2010 - 2012: NOVA; 2013 [cited 15.03 2014]. Available from: [http://nova.07.no/asset/7229/1/7229\\_1.pdf](http://nova.07.no/asset/7229/1/7229_1.pdf).
13. Balci S. Etterlyser flere helsesøstre: Høgskolen i Oslo og Akershus; 2014 [cited 2014 31.01.]. Available from: <http://www.forskning.no/artikler/2014/januar/379874>.
14. Ersvik AG. Faktaark i forhold til frafall i videregående skole, skolehelsetjenestens bidrag for å sikre at flest mulig unge fullfører videregående utdanning: NSF Norsk Sykepleierforbund; 2013 [cited 2014 03.03]. Available from: <http://www.nsf.no/Content/982067/Faktaark%2C%20frfall%20i%20videreg%20g%20ende%20skole.240812.pdf>.
15. Helmers A-KB, Dolonen KA. Halvparten gikk til helsesøster: Norsk Sykepleierforbund; 2014 [cited 2014 27.02]. Available from: <http://www.sykepleien.no/nyhet/1427674/halvparten-gikk-til-helsesostre>.
16. Dolonen KA. Tid til å prate: Norsk Sykepleierforbund; 2013 [cited 2014 03.03]. Available from: <http://www.sykepleien.no/nyhet/1286179/tid-til-a-prate->.
17. Dommerud T. Regjeringen vil ha 300 nye helsesøstre: Aftenposten; 2013 [cited 2013 28.04.]. Available from: <http://www.aftenposten.no/helse/Regjeringen-vil-ha-300-nye-helsesostre-7184648.html> - .UX02c4j5V-I.
18. Helmers A-KB, Dolonen KA. "Vi rekker ikke følge opp de som sliter": NSF Norsk Sykepleierforbund; 2013 [cited 2014 24.02.]. Available from: <http://www.sykepleien.no/nyhet/1125103/%E2%80%9Dvi-rekker-ikke-folge-opp-de-som-sliter%E2%80%9D>.
19. Barneombudet. Barneombudets fagrapport 2013: Helse på barns premisser: Barneombudet; 2014.
20. Berg NG. Mennesker, steder og regionale endringer. Trondheim: Tapir akademisk forl.; 2004. 227 s. : ill. p.
21. Nordal LN. Skolehelsetjenestens betydning for ungdoms helse. - En kvalitativ studie av ungdoms ønsker og behov for skolehelsetjeneste Høgskolen i Telemark, avd. for helse og sosialfag2009.

22. BOF, Familiedepartementet B-o. FNs konvensjon om barnets rettigheter: Barne- og Familiedepartementet; 1989 [cited 2014 07.04]. Available from: [http://www.regjeringen.no/upload/kilde/bfd/red/2000/0047/ddd/pdfv/178931-fns\\_barnekonvensjon.pdf](http://www.regjeringen.no/upload/kilde/bfd/red/2000/0047/ddd/pdfv/178931-fns_barnekonvensjon.pdf).
23. HOD, omsorgsdepartementet H-o. Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven). Helse- og omsorgsdepartementet; 2001 [updated 21.06.2013; cited 2014 04.03]. Available from: <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>.
24. Langaard K. Et utviklingsperspektiv som ramme for samtaler med ungdom i skolehelsetjenesten: aktivitet, intensjonalitet og tilpasset utviklingsstøtte. Oslo: Unipub; 2011. 1 b. (flere pag.) : ill. p.
25. Clancy A, Svensson T. Perceptions of public health nursing consultations: tacit understanding of the importance of relationships. *Primary Health Care Research & Development*. 2010;11(04):363-73.
26. Olaisen K. Utviklingsfremmende samtaler med ungdom: samhandling på tvers. Oslo: Kommuneforl.; 2012. 294 s. : ill. p.
27. Jentoft G. Tillitsfulle stemmer: unges møte med helsestasjonen. Göteborg: Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap; 2005. 60 s. p.
28. Hansen LAB. En kvalitativ studie av ungdommers opplevelse av tilgjengelighet i tilbudet: Mastergradsoppgave ved NTNU, Dragvoll- Pedagogisk institutt; 2013 [cited 2014 11.03.]. Available from: <http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:663937/FULLTEXT01.pdf>.
29. Samargia LA, Saewyc EM, Elliott BA. Foregone mental health care and self-reported access barriers among adolescents. *Journal of School Nursing* (Allen Press Publishing Services Inc). 2006;22(1):17-24. PubMed PMID: 2009111121. Language: English. Entry Date: 20060707. Revision Date: 20120302. Publication Type: journal article.
30. Økland T, Glavin K. På ungdoms premisser: helsestasjon for ungdom. Oslo: Akribe; 2005. 208 s. : fig. p.
31. Tetzchner Sv. Utviklingspsykologi. Oslo: Gyldendal akademisk; 2012. 742, CXXXVIII s. : ill. ; 29 cm p.
32. Antonovsky A, Sjøbu A. Helsens mysterium: den salutogene modellen. Oslo: Gyldendal akademisk; 2012. 224 s. p.
33. Tetzchner Sv. Utviklingspsykologi: barne- og ungdomsalderen. Oslo: Gyldendal akademisk; 2001. XII, 706 s. : ill. ; 29 cm p.

34. Andersen BJ. Effekter av undervisning om psykisk helse i videregående skoler. . Oslo: Unipub; 2011. 1 b. (flere pag.) : ill p.
35. Langaard K. Ungdom, psykisk helse og profesjonell hjelp. Tidsskrift for ungdomsforskning 2006;6(2):25-40.
36. Nordfjærn T, Flemmen G, Dahl H. Psychosocial factors related to mental distress among Norwegian adolescents. International Journal of Mental Health Promotion. 2012;Volume 14(No.3):151-61.
37. Börjesson M, Aspelund E. Motivasjon, mestring og medfølelse: om å samtale med tenåringer. Oslo: Gyldendal akademisk; 2013. 170 s. : ill. p.
38. BLP, Barne- L-, og Inkluderingsdepartementet. Satsing på barn og ungdom In: Barne- L-, og Inkluderingsdepartementet BLP, editor. 2013.
39. Ung.no. Helsestasjon for ungdom: ung.no; 2014 [cited 2014 01.02.]. Available from: [http://www.ung.no/helse/668\\_Helsestasjon\\_for\\_ungdom.html](http://www.ung.no/helse/668_Helsestasjon_for_ungdom.html).
40. Larsen M. Skolen som arena for helsefremmende og forebyggende arbeid relatert til psykisk helse hos ungdom. Tidsskrift for psykisk helsearbeid. 2011;8(01).
41. Erdal B. Veiviser for skolehelsetjenesten i videregående skole: NSF's Landsgruppen av helsesøstre; 2005.
42. Mæland JG. Forebyggende helsearbeid: folkehelsearbeid i teori og praksis. Oslo: Universitetsforl.; 2010. 234 s. : ill. p.
43. Helsedirektoratet. Helsestasjon for ungdom 2011 [cited 2013 26.08]. Available from: <http://www.helsedirektoratet.no/helse-og-omsorgstjenester/helsestasjon-skolehelsetjenesten/helsestasjon-for-ungdom/Sider/default.aspx>.
44. HOD H-oo. helse- og omsorgstjenesteloven, Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. : Helse- og omsorgsdepartementet; 2011 [updated 24.06.2011; cited 2013 04.05]. Available from: <http://www.lovdatab.no/all/hl-20110624-030.html>.
45. Hvesser A, Haugland-Johansen A. En hverdag med utviklingsfremmende samtaler. Et blikk på utviklingen av skolehelsetjenesten i videregående skole. . Utviklingsfremmende samtaler med ungdom. Kommuneforlaget AS 2012.
46. Grimen H. Profesjon og tillit. Oslo: Universitetsforl.; 2008. p. s. 197-215.
47. Jensen P, Ulleberg I. Mellom ordene: kommunikasjon i profesjonell praksis. Oslo: Gyldendal akademisk; 2011. 342 s. : ill. p.

48. Lundstøl J. Kunnskapens hemmeligheter. Oslo: Cappelen akademisk forl.; 1999. 148 s. p.
49. Jerlang E, Øhrgaard P, Røgilds LA, Eriksen J. Myndiggjørelse i den professionelle praksis. København: Hans Reitzel; 2011. 286 s. : ill. p.
50. Veileder: Taushetsplikt og samhandling i kommunalt arbeid for barn - ungdom - familier. Oslo: KS; 2013. 67 s. p.
51. Tveiten S. Den vet best hvor skoen trykker-: om veiledning i empowermentprosessen. Bergen: Fagbokforl.; 2007. 159 s. : fig. p.
52. Thornquist E. Kommunikasjon: teoretiske perspektiver på praksis i helsetjenesten. Oslo: Gyldendal akademisk; 2009. 390 s. p.
53. WHO. The Ottawa charter for health promotion 1986. Available from: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>.
54. Tveiten S. Veiledning. In: Glavin K, Helseth S, Kvarme LG, editors. Fra tanke til handling: metoder og arbeidsmåter i helsesøstertjenesten. Oslo: Akribe; 2007. p. 340 s. : fig.
55. Mitcheson J, Cowley S. Empowerment or control? An analysis of the extent to which client participation is enabled during health visitor/client interactions using a structured health needs assessment tool. Int J Nurs Stud. 2003 May;40(4):413-26. PubMed PMID: 12667518. Epub 2003/04/02. eng.
56. Christiansen B. Helseveiledning. Oslo: Gyldendal akademisk; 2013. 206 s. : fig. p.
57. NSF, Sykepleierforbund N. Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere 2013 [cited 2014 22.02]. Available from: [http://www.ks.no/PageFiles/11804/Yrkesetiske\\_retningslinjer\\_utvidet\\_NSF.pdf](http://www.ks.no/PageFiles/11804/Yrkesetiske_retningslinjer_utvidet_NSF.pdf).
58. Eide T, Aadland E. Etikkhåndboka: for kommunenes helse- og omsorgstjenester. Oslo: Kommuneforl.; 2012. 148 s. p.
59. Løgstrup KE. Den etiske fordring. København: Gyldendal; 2008. 304 s. p.
60. Grimen H. Hva er tillit. Oslo: Universitetsforl.; 2009. 151 s. p.
61. Martinsen K. Omsorg i sykepleien: en moralsk utfordring. [Oslo]: Gyldendal; 1990. p. S. 61-97.
62. Slettebø Å. Samhandling i helsetjenesten: makt og avmakt i møtet med helsevesenet. Kristiansand: Portal; 2013. p. S. 142-56.

63. Thorbjørnsrud B, Norvoll R, Rugkåsa M, Brodtkorb E. Mellom mennesker og samfunn: sosiologi og sosialantropologi for helse- og sosialprofesjonene. Oslo: Gyldendal akademisk; 2009. 319 s. : ill. p.
64. Thornquist E. Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori: for helsefag. [Bergen]: Fagbokforl.; 2003. 244 s. : ill. p.
65. Svenaeus F. Sykdommens mening -og møte med det syke mennesket. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS; 2005.
66. Yamazaki H, Slingsby BT, Takahashi M, Hayashi Y, Sugimori H, Nakayama T. Characteristics of qualitative studies in influential journals of general medicine: a critical review. Bioscience trends. 2009 Dec;3(6):202-9. PubMed PMID: 20103848. Epub 2010/01/28. eng.
67. Kvale S, Brinkmann S, Anderssen TMARJf. Det kvalitative forskningsintervju. Oslo: Gyldendal akademisk; 2009. 344 s. : ill. p.
68. Polit DF, Beck CT. Nursing research : generating and assessing evidence for nursing practice. Philadelphia, Pa.: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins; 2008. XVIII, 796 s. : ill. p.
69. JOB, Beredkapsdepartementet J-o. 7.8 Kravet til samtykke 2004 [cited 2014 07.04]. Available from: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/jd/dok/nouer/2004/nou-2004-16/9/8.html?id=386650>.
70. HOD. Helsepersonelloven - hlspl.: Helse- og omsorgsdepartemenetet; 1999 [updated 21.06.2013; cited 2014 30.03]. Available from: [http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL\\_6\\_-\\_%C2%A733](http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_6_-_%C2%A733).
71. Mesel T, Leer-Salvesen P. Makt og avmakt: etiske perspektiver på feltet psykisk helse. Kristiansand: Portal; 2013. 298 s. : fig. p.
72. Juritzen Ti. Omsorgsmakt- Foucaultinspirerte studier av maktens hvordan i sykehjem [Doktoravhandling, Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo]. 2013 [cited 2014 14.03.].
73. Fylkeskommune N. Årsrapport Klara Klok 2012: Nordland fylkeskommune; 2012. Available from: <http://www.klara-klok.no/sites/k/klara-klok.no/files/14763336536.pdf>.
74. Braanen B, Tennes M. Fra "gravi-test" til utviklingsfremmende samtaler... en helt vanlig situasjon i skolehelsetjenesten... In: Olaisen K, editor. Utviklingsfremmende samtaler med ungdom: Kommuneforlaget; 2012.



75. Rosenvinge M, Ludvigsen BG. En helsesøster for 1300 elever: NRK; 2014 [updated 30.01.2014; cited 2014 07.04.]. Available from: <http://www.nrk.no/sorlandet/en-helsesoster-for-1300-elever-1.11506696>.
76. Molander A, Terum LI. Profesjonsstudier. Oslo: Universitetsforl.; 2008. 444 s. : fig. ; 26 cm p.
77. Hellzén E. Ungdom som strever i videregående skole. Samarbeid som kan hjelpe. In: Olaisen K, editor. Utviklingsfremmende samtaler med ungdom: Kommuneforlaget; 2012.

## *Vedlegg 1*

### *Informasjonsskriv til helsesøster ved videregående skole og HFU.*

Jeg heter Eli Skjåk Teigum og er masterstudent i Helsefag, retning helsesøsterfag ved Universitetet i Tromsø. I den forbindelse skriver jeg en mastergradsoppgave som omhandler hvilke forventninger og erfaringer ungdom har til skolehelsetjenesten og eller helsestasjon for ungdom (HFU). Aldersgruppen vil være fra 16-18 år. Hensikten med studiet er å få økt kunnskap om ungdommers forventninger og erfaringer knyttet til skolehelsetjenesten i videregående og HFU.

Data skal innhentes ved å intervju ungdommer og varer ca. en time, maks 1 1/2t. Tid og sted vil bli avtalt med hver av ungdommene, og vil foregå på et uforstyrrede rom enten ved HFU eller videregående skole. Det vil til enhver tid være mulighet for ungdommene å trekke seg fra studien.

I ditt arbeide møter du disse ungdommene. Jeg henvender meg til deg er for å be om hjelp til å innhente ungdommer som kan ha lyst til å delta i en slik studie. Håper du har anledning, tid og lyst til å hjelpe meg med dette. Ved forespørsel om deltagelse er det viktig at du som helsesøster presiserer; at for deg som helsesøster er det ikke av betydning om ungdommene deltar i forskningsprosjektet. Videre at du presiserer at deres svar ikke vil påvirke ungdommenes forhold til skolehelsetjenesten.

Prosjektet har blitt godkjent av personvernforbundet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste, NSD.

Ved spørsmål ta kontakt:

#### Masterstudent:

Navn: *Eli Skjåk Teigum*

Tlf: 45 42 98 16

e-mailadresse: [eli.s.teigum@gmail.com](mailto:eli.s.teigum@gmail.com)

#### Veileder for student:

Navn: *Hilde Laholt*

Tlf nr: 776 60 725

E- mailadresse: [hilde.laholt@uit.no](mailto:hilde.laholt@uit.no)

*Med vennlig Hilsen* \_\_\_\_\_

## *Vedlegg 2*

### *Informasjon og samtykke til å delta i studien.*

Jeg heter Eli Skjåk Teigum og er masterstudent i Helsefag, retning helsesøsterfag ved Universitetet i Tromsø. I den forbindelse skriver jeg en mastergradsoppgave som omhandler hvilke forventninger og erfaringer ungdommer har til skolehelsetjenesten og eller helsestasjon for ungdom.

Jeg spør om du ønsker å være informant i mitt forskningsprosjekt. Det å være informant innebærer at du deler forventninger og erfaringer i forbindelse med skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom gjennom et intervju. Intervjuet vil foregå som en samtale mellom deg og undertegnede, og vi vil bruke ca. en time, maks 1 1/2t . Under samtalen vil jeg benytte en båndopptaker for å få med meg alt som blir sagt så korrekt som mulig. Intervjuet vil foregå i skoletiden, og fravær vil ikke bli registrert etter avtale med din lærer og rektor. Alt materiale som blir samlet opp blir behandlet konfidensielt, det vil kun være undertegnede og veileder som har tilgang til dette. Når oppgaven er ferdig 07.05.2014 vil alt materiale som kan spores tilbake til deg bli slettet, og i oppgaven vil det ikke være mulig å gjenkjenne deg som informant. Dersom du svarer ja til å delta som informant må du skrive under på et samtykke skjema.

#### **Hensikt med studien:**

Hensikten med studien er å innhente dine erfaringer og forventninger fra møtet med helsesøster på skolen og eller helsestasjon for ungdom. Målet er å finne ut hvordan du opplever kvaliteten på helsesøster tjenesten.

#### **Hva skjer med informasjon etter intervjuene:**

Informasjon i forbindelse med intervjuene blir behandlet konfidensielt. Det betyr at informasjon du gir ikke kan gjenkjennes i den ferdige oppgaven. Enkeltpersoner vil ikke bli gjenkjent i det ferdige oppgaven. Opptak blir anonymisert og de blir slettet når oppgaven er ferdig 07.05.2014, i mellomtiden vil de være innelåst.

#### **Deltakelse:**

Deltakelse i studien er frivillig, og du kan når som helst trekke deg ut av studien uten å oppgi noen grunn for dette. Heller vil det ikke bli noen konsekvenser om du trekker deg. Dersom du velger å delta i studien signerer du dette samtykkeskjemaet. Husk at du når som helst kan trekke deg om du ønsker det. Dersom du i etterkant av intervjuet finner ut at du ikke vil delta likevel kan du be å få materialet slettet, så sant oppgaven ikke allerede er publisert.

Dersom du har spørsmål eller du ønsker å trekke deg fra studien kan du kontakte:

Masterstudent:

Navn: *Eli Skjåk Teigum*

Tlf nr: 45 42 98 16

E-mailadresse: [eli.s.teigum@gmail.com](mailto:eli.s.teigum@gmail.com)

Veileder for masterstudent:

Navn: *Hilde Laholt*

Tlf nr: 776 60 725

E- mailadresse: [hilde.laholt@uit.no](mailto:hilde.laholt@uit.no) **Tidspunkt og sted for intervju:**

Dersom du velger å delta i studie vil intervjuene finne sted høst 2013. Intervjuene vil være på skolen eller helsestasjon for ungdom, der det måtte passe best for deg. Det bestilles rom hvor vi kan sitte uforstyrret å snakke. Du vil ikke få noe fravær for å være med i studien da dette vil bli avtalt med din lærer på forhånd.

Prosjektet har blitt godkjent personvernforbundet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste, NSD.

*Samtykke til å delta i studien*

*Informasjon om studien er mottatt og jeg velger å delta på denne.*

---

*Sted/Dato*

---

*Signatur av informant*

## Vedlegg 3

### Bekreftelse på endringsmelding

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS  
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29  
N-5007 Bergen  
Norway  
Tel: +47-55 58 21 17  
Fax: +47-55 58 96 50  
nsd@nsd.uib.no  
www.nsd.uib.no  
Org.nr. 985 321 884

Hilde Laholt  
Institutt for helse- og omsorgsfag  
Universitetet i Tromsø  
MH-bygget  
9037 TROMSØ

Vår dato: 23.10.2013

Vår ref: 35164 IB/LR

Deres dato:

Deres ref:

#### BEKREFTELSE PÅ ENDRINGSMELDING

Vi viser til endringsmelding mottatt 02.10.13 for prosjektet:

35164 *Hvilke forventninger og erfaringer har ungdom med helsesøstertjenesten*

Endringsmeldingen omhandler ny fremgangsmåte for rekruttering av elever. Studenten vil etter avtale med lærere gå rundt i klasser og informere muntlig om studien, og dele ut informasjonsskrivet. Elevene kan kontakte studenten direkte, eller samtykke via lærer, dersom de ønsker å delta. Lærer vil presisere overfor elevene at det ikke vil ha noen betydning for elevens forhold til skolen/lærer om de vil delta i prosjektet eller ikke. Det er avtalt med rektor at elevene kan gjennomføre intervju i skoletiden uten at det føres fravær fra timen.

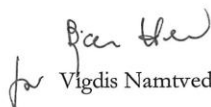
Personvernombudet vurderer nytt opplegg for rekruttering av elever som tilfredsstillende.

I endringsmeldingen opplyses det også at dato for prosjektslutt endres til 07.05.2013, og at informasjonsskrivene til elever og helsesøster skal oppdateres med ny prosjektslutt.

Personvernombudet har registrert ny prosjektslutt, og vil da rette en henvendelse vedrørende status for behandling av personopplysninger.

Ta gjerne kontakt dersom noe er uklart.

Vennlig hilsen

  
Vigdis Namtvedt Kvalheim

  
Inga Brautaset

Kontaktperson: Inga Brautaset tlf: 55 58 26 35  
Kopi: Eli Skjåk Teigum, Lundavegen 473, 2690 SKJÅK

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no  
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svarva@svt.ntnu.no  
TROMSØ: NSD, HSL, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 61 53. solvi.anderssen@uit.no

## Vedlegg 4

### *Informasjonsskriv til lærere i videregående skole.*

Jeg heter Eli Skjåk Teigum og er masterstudent i Helsefag, retning helsesøsterfag ved Universitetet i Tromsø. I den forbindelse skriver jeg en mastergradsoppgave som omhandler hvilke forventninger og erfaringer ungdom har til skolehelsetjenesten og eller helsestasjon for ungdom (HFU). Aldersgruppen vil være fra 16-18 år. Hensikten med studiet er å få økt kunnskap om ungdommers forventninger og erfaringer knyttet til skolehelsetjenesten i videregående og HFU.

Data skal innhentes ved å intervju ungdommer og varer ca. en time, maks 1 1/2t. Tid og sted vil bli avtalt med hver av ungdommene, og vil foregå på et uforstyrrede rom enten ved HFU eller videregående skole. Avtale med rektor fører til at ungdommene ikke for fravær fra skolen på lik linje som om de går til helsesøster. Det vil til enhver tid være mulighet for ungdommene å trekke seg fra studien.

I ditt arbeide har du ungdommene hver dag. Det hadde vært ønskelig om jeg kan informere din klasse om min studie. Informasjonen vil ta maks. 15min. Dersom elevene ønsker å delta i studien kan de henvende seg direkte til meg eller hadde det vært fint om elevene kan gi skjema til deg og du ta kontakt med meg dersom det er noen som vil delta. Videre er det av betydning at du som lærer presiserer til ungdommene at det ikke er av betydning for deg om ungdommene deltar i studien.

Prosjektet har blitt godkjent av personvernforbundet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste, NSD.

Ved spørsmål ta kontakt:

Masterstudent:

Navn: *Eli Skjåk Teigum*

Tlf: 45 42 98 16

e-mailadresse: [eli.s.teigum@gmail.com](mailto:eli.s.teigum@gmail.com)

Veileder for student:

Navn: *Hilde Laholt*

Tlf nr: 776 60 725

E- mailadresse: [hilde.laholt@uit.no](mailto:hilde.laholt@uit.no)

VH\_\_\_\_\_

## Vedlegg 5

### Intervjuguide

#### Bakgrunnsinformasjon:

- Hvor gammel er du?
- I hvilke sammenhenger ser du nytte av tjenesten?
- Hvilke forventninger har du til helsesøstertjenesten?
- Er det noe som er særlig viktig for deg når det gjelder tilbudet på denne tjenesten?

#### Helsesøster:

- Hva er viktig i ditt møte med helsesøster?
  - Hvordan skal helsesøster være når du møter henne?

#### Opplevelse av tilbud:

- Hvordan opplever du informasjon fra tjenesten?
- Hvordan bør informasjonen være for å nå flest mulig ungdommer?
  - På hvilke måter legger ungdommer mest mulig merke til informasjon om helsesøstertjenesten?
- Hvordan opplever du tilbudet på helsesøstertjenesten?
  - Skulle det vært lengre åpningstider?
  - Er tilbudet tilgjengelig nok?
  - Beliggenhet?
- Hvilke måter tenker du helsesøstertjenesten kan benytte for at det skal bli enklere å komme i kontakt med den?
- Burde kommunene i distriktet samarbeide mer om helsestasjon for ungdom, informasjon i vgs?
  - Hvordan burde samarbeidet ha vært?
- Hva er det som burde vært gjort annerledes for at tilbudet skal bli bedre?
- Hvilke fordeler/ulemper ser du ved tilbudet i dag?
- Hvordan ville det optimale tilbudet vært for deg?
- Hva er god kvalitet på helsesøstertjenesten for deg?

Å gå til helsesøster i en liten kommune:

- Hvordan er det for deg å gå til helsesøster som du kanskje kjenner i privat sammenheng?
- Hva tenker du om at andre vil oppdage at du går til helsesøster?
- Hvordan er synspunktene i din vennegjeng med det å gå til helsesøster?
- Helsesøster har taushetsplikt, hvordan stiller du deg i forhold til det?



## Vedlegg 6

### *REK sør-øst Fremleggsvurdering.*

2013/905 Ungdommers erfaringer med helsesøstertjenesten  
Svar kommet på e-post

07.05.13  
post@helseforskning.etikkom.no

til meg

Hei.

Vi viser til fremleggelsesvurdering for ovennevnte prosjekt, mottatt 03.05.2013. Leder av REK sør-øst C har nå vurdert henvendelsen, med tilhørende dokumentasjon.

Etter henvendelsen fremstår ikke prosjektet som medisinsk eller helsefaglig forskning, og faller derfor utenfor komiteens mandat, jf. helseforskningslovens § 4. Bakgrunnen for dette er at det er selve helsesøstertjenesten man er interessert i å undersøke, og ikke den enkeltes sykdom eller helse per se.

Prosjektet er ikke fremleggelsespliktig, jf. helseforskningslovens § 2.

Prosjektet kan gjennomføres uten REK-godkjenning.

REK antar for øvrig at prosjektet kommer inn under de interne regler for behandling av opplysninger som gjelder ved ansvarlig virksomhet. Søker bør derfor ta kontakt med enten forskerstøtteavdeling eller personvernombud for å avklare hvilke retningslinjer som er gjeldende.

Mvh

--

Tor Even Svanes  
seniorrådgiver

Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, Sør-Øst C  
Postboks 1130 Blindern, 0318 Oslo. Tlf: 22 84 55 21  
Besøksadresse: Nydalen Allé 37b, Nydalen, 0424 Oslo.  
<http://helseforskning.etikkom.no>

# Vedlegg 7

## Meldeskjema NSD

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS  
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



### MELDESKJEMA

Meldeskjema (versjon 1.4) for forsknings- og studentprosjekt som medfører meldeplikt eller konsesjonsplikt (jf. personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter).

<b>1. Prosjekttittel</b>		
Tittel	Hvilke forventninger og erfaringer har ungdom med helsesøstertjenesten?	
<b>2. Behandlingsansvarlig institusjon</b>		
Institusjon	Universitetet i Tromsø	Velg den institusjonen du er tilknyttet. Alle nivå må oppgis. Ved studentprosjekt er det studentens tilknytning som er avgjørende. Dersom institusjonen ikke finnes på listen, vennligst ta kontakt med personvernombudet.
Avdeling/Fakultet	Det helsevitenskapelige fakultet	
Institutt	Institutt for helse- og omsorgsfag	
<b>3. Daglig ansvarlig (forsker, veileder, stipendiat)</b>		
Fornavn	Hilde	Før opp navnet på den som har det daglige ansvaret for prosjektet. Veileder er vanligvis daglig ansvarlig ved studentprosjekt.
Etternavn	Laholt	
Akademisk grad	Lavere grad	Veileder og student må være tilknyttet samme institusjon. Dersom studenten har ekstern veileder, kan biveileder eller fagansvarlig ved studiestedet stå som daglig ansvarlig. Arbeidssted må være tilknyttet behandlingsansvarlig institusjon, f.eks. underavdeling, institutt etc.
Stilling	Universitetslektor/fagansvarlig	
Arbeidssted	Uit, Helsefakultetet, IHO, mastergradsprogram i helsefag	
Adresse (arb.sted)	Institutt for helse og omsorgsfag	
Postnr/sted (arb.sted)	9037 Tromsø	
Telefon/mobil (arb.sted)	77660725 /	NB! Det er viktig at du oppgir en e-postadresse som brukes aktivt. Vennligst gi oss beskjed dersom den endres.
E-post	hilde.laholt@uit.no	
<b>4. Student (master, bachelor)</b>		
Studentprosjekt	Ja <input checked="" type="radio"/> Nei <input type="radio"/>	NB! Det er viktig at du oppgir en e-postadresse som brukes aktivt. Vennligst gi oss beskjed dersom den endres.
Fornavn	Eli Skjåk	
Etternavn	Teigum	
Akademisk grad	Lavere grad	
Privatadresse	Lundavegen 473	
Postnr/sted (privatadresse)	2690 Skjåk	
Telefon/mobil	45429816 / 97481138	
E-post	eli.s.teigum@gmail.com	
<b>5. Formålet med prosjektet</b>		
Formål	Hensikten med studien er å få økt kunnskap om ungdommers forventninger og erfaringer knyttet til skolehelsetjenesten i videregående og helsestasjon for ungdom. Prosjektet vil foregå i en region med 6 småkommuner i Norge, aldersgruppen vil være fra 16-18år.  Forskningsspørsmål: Hvilke forventninger og erfaringer har ungdom med helsesøstertjenesten.  Dette for å kunne si noe om ungdommers opplevelse av kvalitet i tjenesten. Er tilbudet tilstrekkelig nok for de? Er det noe de kunne ønske seg mer av? Har de eventuelt noen forslag til hvilke endringer som bør gjøres for at tilbudet skal bli bedre for de.	Redegjør kort for prosjektets formål, problemstilling, forskningsspørsmål e.l.  Maks 750 tegn.
<b>6. Prosjektomfang</b>		

Velg omfang	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Enkel institusjon</li> <li>○ Nasjonalt samarbeidsprosjekt</li> <li>○ Internasjonalt samarbeidsprosjekt</li> </ul>	Med samarbeidsprosjekt menes prosjekt som gjennomføres av flere institusjoner samtidig, som har samme formål og hvor personopplysninger utveksles.
Oppgi øvrige institusjoner		
Oppgi hvordan samarbeidet foregår		
<b>7. Utvalgsbeskrivelse</b>		
Utvalget	Et representativt utvalg av ungdommer som har vært i kontakt med helsesøster/enheten, på videregående eller helsestasjon for ungdom.	Med utvalg menes dem som deltar i undersøkelsen eller dem det innhentes opplysninger om. F.eks. et representativt utvalg av befolkningen, skoleelever med lese- og skrivevansker, pasienter, innsatte.
Rekruttering og trekking	Helsesøster ved den enkelte skole eller helsestasjon for ungdom for informasjonsskriv og finner aktuelle ungdommer som for tilbud om å være med i undersøkelsen.	Beskriv hvordan utvalget trekkes eller rekrutteres og oppgi hvem som foretar den. Et utvalg kan trekkes fra registre som f.eks. Folkeregisteret, SSB-registre, pasientregistre, eller det kan rekrutteres gjennom f.eks. en bedrift, skole, idrettsmiljø, eget nettverk.
Førstegangskontakt	Førstegangskontakt med de ungdommer som skal bli intervjuet vil være mellom helsesøster som har hatt de inne på sitt kontor. Hun vil dele ut informasjonsskjema til ungdommene og spørre de om de ønsker å delta i en studie. Dette for at de ikke skal føle noe press fra meg som foretar studien.	Beskriv hvordan førstegangskontakten opprettes og oppgi hvem som foretar den.  Les mer om dette på temasidene Hva skal du forske på?
Alder på utvalget	<input type="checkbox"/> Barn (0-15 år) <input checked="" type="checkbox"/> Ungdom (16-17 år) <input checked="" type="checkbox"/> Voksne (over 18 år)	
Antall personer som inngår i utvalget	5-7stk	
Inkluderes det myndige personer med redusert eller manglende samtykkekompetanse?	Ja ○ Nei ●	Begrunn hvorfor det er nødvendig å inkludere myndige personer med redusert eller manglende samtykkekompetanse.
Hvis ja, begrunn		Les mer om Pasienter, brukere og personer med redusert eller manglende samtykkekompetanse
<b>8. Metode for innsamling av personopplysninger</b>		
Kryss av for hvilke datainnsamlingsmetoder og datakilder som vil benyttes	<input type="checkbox"/> Spørreskjema <input checked="" type="checkbox"/> Personlig intervju <input type="checkbox"/> Gruppeintervju <input type="checkbox"/> Observasjon <input type="checkbox"/> Psykologiske/pedagogiske tester <input type="checkbox"/> Medisinske undersøkelser/tester <input type="checkbox"/> Journaldata <input type="checkbox"/> Registerdata <input type="checkbox"/> Annen innsamlingsmetode	Personopplysninger kan innhentes direkte fra den registrerte f.eks. gjennom spørreskjema, intervju, tester, og/eller ulike journaler (f.eks. elevmapper, NAV, PPT, sykehus) og/eller registre (f.eks. Statistisk sentralbyrå, sentrale helseregistre).
Annen innsamlingsmetode, oppgi hvilken		
Kommentar		
<b>9. Datamaterialets innhold</b>		
Redegjør for hvilke opplysninger som samles inn	Ungdommers forventninger og erfaringer fra skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom. Hvilke erfaringer og opplevelser har de fra disse tjenestene.	Spørreskjema, intervju-temaguide, observasjonsbeskrivelse m.m. sendes inn sammen med meldeskjemaet.  NB! Vedleggene lastes opp til sist i meldeskjema, se punkt 16 Vedlegg.
Samles det inn direkte personidentifiserende opplysninger?	Ja ● Nei ○	Dersom det krysses av for ja her, se nærmere under punkt 11 Informasjonssikkerhet.

Hvis ja, hvilke?	<input type="checkbox"/> 11-sifret fødselsnummer <input checked="" type="checkbox"/> Navn, fødselsdato, adresse, e-postadresse og/eller telefonnummer	Les mer om hva personopplysninger er
Spesifiser hvilke	Fornamn og telefonnummer. Dette for å komme i kontakt med ungdommene for å avtale intervju. Namn og telefonnummer vil bli slettet når oppgaven er ferdig og levert inn.	NB! Selv om opplysningene er anonymiserte i oppgave/rapport, må det krysses av dersom direkte og/eller indirekte personidentifiserende opplysninger
Samles det inn indirekte personidentifiserende opplysninger?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	En person vil være indirekte identifiserbar dersom det er mulig å identifisere vedkommende gjennom bakgrunnsopplysninger som for eksempel bostedskommune eller arbeidsplass/skole kombinert med opplysninger som alder, kjønn, yrke, diagnose, etc.
Hvis ja, hvilke?		Kryss også av dersom ip-adresse registreres.
Samles det inn sensitive personopplysninger?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	
Hvis ja, hvilke?	<input type="checkbox"/> Rasemessig eller etnisk bakgrunn, eller politisk, filosofisk eller religiøs oppfatning <input type="checkbox"/> At en person har vært mistenkt, siktet, tiltalt eller dømt for en straffbar handling <input type="checkbox"/> Helseforhold <input type="checkbox"/> Seksuelle forhold <input type="checkbox"/> Medlemskap i fagforeninger	
Samles det inn opplysninger om tredjeperson?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	Med opplysninger om tredjeperson menes opplysninger som kan spores tilbake til personer som ikke inngår i utvalget. Eksempler på tredjeperson er kollega, elev, klient, familie medlem.
Hvis ja, hvem er tredjeperson og hvilke opplysninger registreres?		
Hvordan informeres tredjeperson om behandlingen?	<input type="checkbox"/> Skriftlig <input type="checkbox"/> Muntlig <input type="checkbox"/> Informeres ikke	
Informeres ikke, begrunn		
<b>10. Informasjon og samtykke</b>		
Oppgi hvordan utvalget informeres	<input checked="" type="checkbox"/> Skriftlig <input type="checkbox"/> Muntlig <input type="checkbox"/> Informeres ikke	Vennligst send inn informasjonsskrivet eller mal for muntlig informasjon sammen med meldeskjema.
Begrunn		NB! Vedlegg lastes opp til sist i meldeskjemaet, se punkt 16 Vedlegg.  Dersom utvalget ikke skal informeres om behandlingen av personopplysninger må det begrunnes.  Last ned vår veiledende mal til informasjonsskriv
Oppgi hvordan samtykke fra utvalget innhentes	<input checked="" type="checkbox"/> Skriftlig <input type="checkbox"/> Muntlig <input type="checkbox"/> Innhentes ikke	Dersom det innhentes skriftlig samtykke anbefales det at samtykkeerklæringen utformes som en svarslipp eller på eget ark. Dersom det ikke skal innhentes samtykke, må det begrunnes.
Innhentes ikke, begrunn		
<b>11. Informasjonssikkerhet</b>		
Direkte personidentifiserende opplysninger erstattes med et referansennummer som viser til en atskilt navneliste (koblingsnøkkel)	Ja <input checked="" type="radio"/> Nei <input type="radio"/>	Har du krysset av for ja under punkt 9 Datamaterialets innhold må det merkes av for hvordan direkte personidentifiserende opplysninger registreres.
Hvordan oppbevares navnelisten/koblingsnøkkelen og hvem har tilgang til den?	Namneliste og koblingsnøkkel oppbevares innelåst i papirform og ikke på datamaskinen. Disse vil bli samlet sammen med svarslippene fra informasjonsskriv og samtykke til å delta i studien. Disse vil kun student og veileder ha tilgang til.	NB! Som hovedregel bør ikke direkte personidentifiserende opplysninger registreres sammen med det øvrige datamaterialet.

Direkte personidentifiserende opplysninger oppbevares sammen med det øvrige materialet	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	
Hvorfor oppbevares direkte personidentifiserende opplysninger sammen med det øvrige datamaterialet?		
Oppbevares direkte personidentifiserbare opplysninger på andre måter?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	
Spesifiser		
Hvordan registreres og oppbevares datamaterialet?	<input type="checkbox"/> Fysisk isolert datamaskin tilhørende virksomheten <input type="checkbox"/> Datamaskin i nettverkssystem tilhørende virksomheten <input type="checkbox"/> Datamaskin i nettverkssystem tilknyttet Internett tilhørende virksomheten <input type="checkbox"/> Fysisk isolert privat datamaskin <input checked="" type="checkbox"/> Privat datamaskin tilknyttet Internett <input type="checkbox"/> Videoopptak/fotografi <input checked="" type="checkbox"/> Lydopptak <input checked="" type="checkbox"/> Notater/papir <input type="checkbox"/> Annen registreringsmetode	Merk av for hvilke hjelpemidler som benyttes for registrering og analyse av opplysninger.  Sett flere kryss dersom opplysningene registreres på flere måter.
Annen registreringsmetode beskriv		
Behandles lyd-/videoopptak og/eller fotografi ved hjelp av datamaskinbasert utstyr?	Ja <input checked="" type="radio"/> Nei <input type="radio"/>	Kryss av for ja dersom opptak eller foto behandles som lyd-/bildefil.  Les mer om behandling av lyd og bilde.
Hvordan er datamaterialet beskyttet mot at uvedkommende får innsyn?	det er innelåst og vil bli jobbet med på eget kontor.	Er f.eks. datamaskintilgangen beskyttet med brukernavn og passord, står datamaskinen i et låsbart rom, og hvordan sikres bærbare enheter, utskrifter og opptak?
Dersom det benyttes mobile lagringsenheter (bærbar datamaskin, minnepenn, minnekort, cd, ekstern harddisk, mobiltelefon), oppgi hvilke	det vil bli benyttet bærbar datamaskin, minnepenn for dobbeltlagring av oppgaven og undertranskribering. Det vil også bli benyttet en eller annen form for opptak m/lyd. Er usikker her på hva universitetet anbefaler her.	NBI Mobile lagringsenheter bør ha mulighet for kryptering.
Vil medarbeidere ha tilgang til datamaterialet på lik linje med daglig ansvarlig/student?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	
Hvis ja, hvem?		
Overføres personopplysninger ved hjelp av e-post/Internett?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	F.eks. ved bruk av elektronisk spørreskjema, overføring av data til samarbeidspartner/databehandler mm.
Hvis ja, hvilke?		
Vil personopplysninger bli utlevert til andre enn prosjektgruppen?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	
Hvis ja, til hvem?		
Samles opplysningene inn/behandles av en databehandler?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	Dersom det benyttes eksterne til helt eller delvis å behandle personopplysninger, f.eks. Questback, Synovate MMI, Norfakta eller transkriberingsassistent eller tolk, er dette å betrakte som en databehandler. Slike oppdrag må kontraksreguleres
Hvis ja, hvilken?		Les mer om databehandleravtaler her
<b>12. Vurdering/godkjenning fra andre instanser</b>		
Søkes det om dispensasjon fra taushetsplikten for å få tilgang til data?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	For å få tilgang til taushetsbelagte opplysninger fra f.eks. NAV, PPT, sykehus, må det søkes om

Kommentar		dispensasjon fra taushetsplikten. Dispensasjon søkes vanligvis fra aktuelt departement. Dispensasjon fra taushetsplikten for helseopplysninger skal for alle typer forskning søkes  Regional komité for medisinsk og helsefaglig
Søkes det godkjenning fra andre instanser?	Ja ● Nei ○	F.eks. søke registreier om tilgang til data, en ledelse om tilgang til forskning i virksomhet, skole, etc.
Hvis ja, hvilke?	Det vil bli gitt informasjon til helsesøster der de må samtykke til at det forskes ved skolehelsetjenesten i videregående skole og helsestasjon for ungdom.	
<b>13. Prosjektperiode</b>		
Prosjektperiode	Prosjektstart: 15.09.2013 Prosjektstutt: 24.04.2014	Prosjektstart Vennligst oppgi tidspunktet for når førstegangskontakten med utvalget opprettes og/eller datainnsamlingen starter.  Prosjektstutt Vennligst oppgi tidspunktet for når datamaterialet enten skal anonymiseres/slettes, eller arkiveres i påvente av oppfølgingsstudier eller annet. Prosjektet anses vanligvis som avsluttet når de oppgitte analyser er ferdigstilt og resultatene publisert, eller oppgave/avhandling er innlevert og sensurert.
Hva skal skje med datamaterialet ved prosjektstutt?	<input checked="" type="checkbox"/> Datamaterialet anonymiseres <input type="checkbox"/> Datamaterialet oppbevares med personidentifikasjon	Med anonymisering menes at datamaterialet bearbejdes slik at det ikke lenger er mulig å føre opplysningene tilbake til enkeltpersoner. NB! Merk at dette omfatter både oppgave/publikasjon og rådata.  Les mer om anonymisering
Hvordan skal datamaterialet anonymiseres?	i oppgaven er det ikke interessant å vite hvem som har sakt hva og hvor informasjonen er hentet fra. Her skal meninger til ungdom frem, hvem som har sakt hva er derfor likegyldig og det vil ikke bli nemnt navn, alder, eller hvor man har hentet informasjonen. Her vil det komme frem hvilke endringer de ønsker for tjenesten eller om det de har i dag er godt nok. Det er kun ved samtykke at navn blir nemt. Navn vil ikke bli tatt opp på lydbånd, her vil det bli en referanse slik at jeg forstår hvem det er.	Hovedregelen for videre oppbevaring av data med personidentifikasjon er samtykke fra den registrerte.  Årsaker til oppbevaring kan være planlagte oppfølgingsstudier, undervisningsformål eller annet.  Datamaterialet kan oppbevares ved egen institusjon, offentlig arkiv eller annet.
Hvorfor skal datamaterialet oppbevares med personidentifikasjon?		Les om arkivering hos NSD
Hvor skal datamaterialet oppbevares, og hvor lenge?		
<b>14. Finansiering</b>		
Hvordan finansieres prosjektet?	ingen finansiering. Det her er en masteroppgave, så det blir finansiert av studenten selv.	
<b>15. Tilleggsopplysninger</b>		
Tilleggsopplysninger		
<b>16. Vedlegg</b>		
Antall vedlegg	2	



## Vedlegg 8

### NSD: Tilbakemelding på melding om behandling av personopplysninger

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS  
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 2  
N-5007 Bergen  
Norway  
Tel: +47-55 58 21 17  
Fax: +47-55 58 96 50  
nsd@nsd.uib.no  
www.nsd.uib.no  
Org nr. 985 321 884

Hilde Laholt  
Institutt for helse- og omsorgsfag  
Universitetet i Tromsø  
MH-bygget  
9037 TROMSØ

Vår dato: 23.08.2013

Vår ref:35164 / 3 / IB

Deres dato:

Deres ref:

#### TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 19.08.2013. Meldingen gjelder prosjektet:

35164	<i>Hvilke forventninger og erfaringer har ungdom med helsesøstertjenesten</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Universitetet i Tromsø, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Hilde Laholt</i>
Student	<i>Eli Skjåk Teigum</i>

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

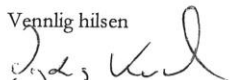
Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

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

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

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 24.04.2014, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

  
Vigdis Namtvedt Kvalheim

  
Inga Brautaset

Kontaktperson: Inga Brautaset tlf: 55 58 26 35  
Vedlegg: Prosjektvurdering  
Kopi: Eli Skjåk Teigum, Lundavegen 473, 2690 SKJÅK

Avdelingskontorer / District Offices

OSLO: NSD Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11 nsd@uio.no  
TRONDHEIM: NSD Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svarva@svt.ntnu.no  
TROMSØ: NSD SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@svt.uib.no



Data innhentes ved personlige intervju med ungdom i alderen 16-18 år som har vært i kontakt med helsesøstertjenesten. De rekrutteres fra to videregående skoler via helsesøster.

#### INFORMASJON OG SAMTYKKE

Personvernombudet vurderer det slik at ungdommene kan samtykke på selvstendig grunnlag til deltagelse i denne studien. Samtykke innhentes skriftlig, basert på skriftlig informasjon om prosjektet og behandlingen av personopplysninger.

Personvernombudet finner informasjonsskrivet tilfredsstillende utformet, forutsatt at dato for prosjektslutt (24.04.14) og navn/kontaktopplysninger til student og veileder tilføyes. Vi ber om at endelig versjon av skrevet sendes: personvernombudet@nsd.uib.no.

Ved forespørsel om deltagelse er det svært viktig at ungdommene forstår at det ikke spiller noen rolle for helsesøster om de vil delta i forskningsprosjektet eller ikke, og at deres svar ikke vil påvirke forholdet til skolehelsestjenesten. Vi anbefaler at helsesøster presiserer dette muntlig når hun deler ut informasjonsskrivet.

#### DATASIKKERHET

Videre er det svært viktig med gode sikkerhetstiltak for å hindre at data kommer på avveie, spesielt under selve datainnsamlingen som skjer på skolen/helsestasjonen.

Datamaterialet vil kunne inneholde sensitive opplysninger om helseforhold (jf. personopplysningsloven § 2 nr. 8 c), og registreres i form av lydopptak og transkripsjoner.

Navn skal under hele forskningsprosessen lagres adskilt fra øvrige opplysninger. Personvernombudet legger for øvrig til grunn at veileder og student setter seg inn i og etterfølger Universitetet i Tromsø sine interne rutiner for datasikkerhet, spesielt med tanke på bruk av privat pc til oppbevaring av personidentifiserende data.

#### PROSJEKTSLUTT

Prosjektet skal avsluttes 24.04.2014 og innsamlede opplysninger skal da anonymiseres og lydopptak slettes. Anonymisering innebærer at direkte personopplysninger som navn/koblingsnøkkel slettes, og at indirekte personopplysninger (identifiserende sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som skole, alder, kjønn, spesielle hendelser alle vet om ol.) fjernes eller grovkategoriseres slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes i materialet.

I publikasjoner skal data presenteres slik at ingen kan gjenkjenne enkeltpersoner.

REK har vurdert at prosjektet ikke omfattes av helseforskningsloven (REKs ref.: 2013/905).



## Vedlegg 9

### Godkjenning av revidert informasjonsskriv fra NSD

Kopi fra e-post.

Prosjektnr: 35164. Hvilke forventninger og erfaringer har ungdom med helsesøstertjenesten

Innboks x



Inga Brautaset inga.brautaset@nsd.uib.no 27.08.13

til meg

Hei og takk for reviderte informasjonsskriv i din epost 24.08.13.

Skrivene er tilfredsstillende.

--

Vennlig hilsen

Inga Brautaset

Seniorrådgiver

Personvernombudet for forskning, NSD

Telefon: [\(+47\) 55 58 26 35](tel:+4755582635)

[www.nsd.uib.no/personvern](http://www.nsd.uib.no/personvern)