



Uit

NORGES
ARKTISKE
UNIVERSITET

Institutt for helse- og omsorgsfag.

Det helsevitenskapelige fakultet

"Bare et tastetrykk unna..."

En Kvalitativ studie av helsesøsters arbeid gjennom nettbaserte tjenester overfor barn og unge.

—

Beate K. M Josefsen

Masteroppgave i helsesøsterfag. Mai 2015

Antall ord: 24175



Forord

Så var jeg kommet til veiens ende. Jeg er så glad! Å skrive denne masteroppgaven har vært mitt prosjekt og min "egentid". Jeg har vært heldig å få fordype meg i et interessant og viktig tema. Det har vært givende, men også til tider en krevende og en utfordrende prosess.

Jeg ønsker å takke de tre engasjerte helsesøstrene som ga av sin tid og delte sine viktige erfaringer med meg. Uten deres brennende engasjement og erfaringer hadde aldri denne masteroppgaven blitt til. Tusen takk!

Jeg vil også takke min veileder, Ellinor Beddari ved Norges Arktiske Universitet, for faglig gode og konstruktive tilbakemeldinger i skriveprosessen. Du ga meg inspirasjon og skrivelyst når prosessen gikk traurig. Din innlevelse og tålmodighet ga meg tro på å få masteroppgaven ferdig slik jeg ønsket. Tusen takk for din gode støtte og veiledning.

Jeg vil også rette en takk til tidligere arbeidskollegaer, studievenninner, venner og min familie for alle oppmuntrende ord, hjelp og støtte. Ingen navn nevnt, ingen glemt. Dere vet *hvem* dere er. Tusen takk alle sammen. Dere er flotte på hver deres måte og jeg hadde ikke klart meg uten dere!

Tromsø, 6.mai 2015

Beate K.M. Jørgensen

Sammendrag

Bakgrunn for studien: I min helsesøsterpraksis i skolehelsetjenesten erfarte jeg at mange av forespørslene fra barn og unge omhandlet psykisk helse, og at de ofte brukte internett for å hente inn helseinformasjon. Dette vekket min interesse for hvilke nettbaserte tjenester som besvares av helsesøstre og hvilke erfaringer helsesøstre har i arbeidet med å svare på spørsmål om psykisk helse.

Tema og problemstilling: Temaet i denne studien er helsesøsters arbeid gjennom nettbaserte tjenester overfor barn og unge. Hovedfokuset er helsesøsters mulighet for å bidra til hjelp med barn og unges psykiske helse ved å svare på nettspørsmål.

Hvilke erfaringer har helsesøstre i nettbaserte tjenester med barn og unge som har spørsmål om psykisk helse?

Teori: Helsefremmende og forebyggende arbeid utgjør det teoretiske grunnlaget i studien for å belyse problemstillingen.

Metode: Dette er en kvalitativ studie og det er utført tre semistrukturerte intervjuer med helsesøstre fra to ulike nettbaserte tjenester. Helsesøsters og informantenes erfaringer er sett i lys av et hermeneutisk perspektiv. I dataanalysen brukes Malterud's systematiske tekstkondensering.

Resultat: Datamaterialet viser at helsesøstrene i de nettbaserte tjenestene erfarer at spørsmålene fra barn og unge knyttet til psykisk helse er mer komplekse i dag enn ved oppstart av tjenestene i henholdsvis 2000 og 2003. Dette utfordrer helsesøstrene i hvordan de skal ordlegge seg i svarene. Helsesøstrene prøver å finne barn og unges perspektiv når de svarer på spørsmål og dermed vil de kunne hjelpe barn og unge å takle sin situasjon. Resultater fra datamaterialet viser at det kan være lettere for flere gutter, barn og unge med annen kulturbakgrunn og etnisitet og ta kontakt gjennom nettbaserte tjenester enn gjennom den tradisjonelle helsesøstertjenesten.

Konklusjon: Nettbaserte tjenester er et lavterskel tilbud i stor vekst og er et supplement til allerede eksisterende tilbud. Anonymiteten, brukerens aldersspenn, oppmerksomhet på tjenesten og tilgjengelighet på barn og unges arena har resultert i mer komplekse spørsmål, samtidig som antall spørsmål har økt. Dette kan tyde på at det er behov for tjenesten. Helsesøstrene erfarer at de har tilstrekkelig faglig kompetanse selv om den skriftlige

kommunikasjonen gir begrensinger ved at nonverbale og verbale uttrykk, kroppsspråk og nyanser ikke er tilstede mellom helsesøster og den som stiller spørsmål. Helsesøstrene bruker mye tid på å forstå og tolke spørsmålene de får i et forsøk på å gi et best mulig svar for å hjelpe barn og unge. Et viktig formål er å redusere gapet mellom veiledning i en vanlig helsesøsterpraksis og de møtene som finner sted via internett.

Nøkkelord: Helsesøstre, Psykisk helse, barn og unge, nettbaserte tjenester, Klara Klok, Ung.no, helsefremmede arbeid, forebyggende arbeid, kompetanse, dialog og kommunikasjon.

SUMMARY

Background: During my public health nursing practice at the school health services I learnt that several of the requests from children and young adults concerned mental health, and that they often used the Internet to gather information. This made me curious to find out how online services are maintained by public health nurses, and the experience public health nurses have in answering questions in regards to mental health issues.

Topic and approach: This study looks at how public health nurses work with regards to online services aimed at children and young adults. The main focus is the public health nurses potential to help better mental health in children and young adults by answering questions on the Internet.

What do public health nurses experience when answering questions from children and young adults in regards to mental health?

Thesis: Health preventive-and promoting work constitutes the theoretic foundation in this study.

Method: The study approach is qualitative and based on three semi-structured interviews with public health nurses working for two different online resources. The experiences of both public health nurses and informants are analysed from a hermeneutic perspective. In the data analysis Malterud's method of systematic text condensing is applied.

Results: The data shows that public health nurses who work with online resources experience more complex questions from children and young adults in regards to mental health than they did when they started their services in 2000 and 2003. This makes the wording of the replies more challenging. The public health nurses concern themselves with trying to find the perspective of children and young adults when answering questions, thereby being able to help the children and young adults tackle their situation. The data gathered shows how it may be easier for boys, and also children and young adults of a different cultural and ethnic background, to contact online resources instead of the traditional public health nursing services.

Conclusion: Online resources are easily accessible and increasingly on demand, and works as a supplement to already existing services. The offer of anonymity, the age of the users, the

attention the service gets, and the accessibility to children and young adults have resulted in more complex questions, at the same time as the number of questions have increased. This may indicate that there is a demand for the service. Public health nurses experience that they have the adequate academic expertise, even though the form of writing has its communicative limits in that unspoken and spoken expressions, body language and nuances between the nurse and the one asking the question, are not present.

The public health nurses spend a significant amount of time understanding and researching the questions given to them in an attempt give the best possible answers when helping the children and young adults they encounter. An important purpose is decreasing the gap between guidance in regular public health nursing practice and meetings that take place online.

Key words: Public health nurse, mental health, children, youth, online service, Klara Klok, Ung.no, health promoting- and preventive work, expertise, dialogue and communication.

Innhold

1	INNLEDNING	1
1.1	BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA.	1
1.2	PROBLEMSTILLING.	3
1.3	STUDIENS AVGRENSNINGER OG PRESISERINGER.	3
1.4	BEGREPSAVKLARINGER	3
1.4.1	KOMMUNIKASJON.	3
1.4.2	KLARA KLOK OG UNG.NO.	4
1.4.3	BARN OG UNGE	5
1.4.4	PSYKISK HELSE	5
1.5	OPPBYGGING AV OPPGAVEN	6
2	TIDLIGERE FORSKNING OM PSYKISK HELSE OG NETTBASERTE TJENESTER	7
3	TEORI OG GRUNNLEGGENDE RAMMER.	10
3.1	BARN OG UNGES NETTBRUK	10
3.2	FOREBYGGENDE OG HELSEFREMMEDE ARBEID	10
3.2.1	FOREBYGGENDE ARBEID	11
3.2.2	HELSEFREMMEDE ARBEID	11
3.3	SALUTOGENSE	12
3.4	MESTRING	14
3.5	EMPOWERMENT OG VEILEDNING	15
3.6	HELSESØSTERS ANSVARSOPPGAVER	16
4	METODE	18
4.1	VALG AV METODE	18
4.1.1	HERMENEUTISK TILNÆRMING OG FORFORSTÅELSE	18
4.1.2	REKRUTTERING OG UTVALG AV INFORMANTER	20
4.1.3	INTERVJU SOM METODE.	21
4.1.4	GJENNOMFØRING AV INTERVJU OG BEARBEIDELSE AV DATAMATERIALET.	22
4.1.5	ETISKE OVERVEIELSER	24
4.2	METODER FOR Å SIKRE STUDIENS KVALITET.	25
4.2.1	REFLEKSIVITET.	25
4.2.2	RELEVANS (OVERFØRBARHET)	27
4.2.3	VALIDITET	27
4.3	ANALYSE AV DATAMATERIALE	28
5	FUNN	32
5.1	GI SVAR SOM FREMMER HELSE	32
5.1.1	"MAN KAN GOOGLE PÅ HVA SOM HELST OG FÅ OPP SVAR PÅ HVA SOM HELST".	32
5.2	VÆRE TILGJENGELIG PÅ DE UNGES ARENA.	33
5.2.1	"...TUSEN TAKK FOR AT DERE ER HER!"	33
5.2.2	"...SPØRRE OM TING SOM DEM KANSKJE IKKE TØR Å SPØRRE OM ANSIKT TIL ANSIKT".	34
5.2.3	"...DET ER JO NOEN TING SOM KANSKJE ER SKAMBELAGT...."	34

5.2.4	"...DE SIER SELV HVA DE VIL TIL HVEM DE VIL".	35
5.3	GI HJELP TIL POSITIV TANKEPROSESS.	36
5.3.1	"...ER JEG BRA NOK, SER JEG FIN NOK UT, HVORFOR LIKER INGEN MEG..?"	36
6	DISKUSJON	39
6.1	VÆRE TILGJENGELIG PÅ DE UNGES ARENA.	39
6.1.1	"...BARN OG UNGE HADDE KANSKJE IKKE SPURT OM DE VISTE AT DE KUNNE BLI OPPSØKT...".	41
6.1.2	"...NÅR FLERE GUTTER PÅ NETTJENESTER...".	42
6.2	ØKE DE UNGES MESTRINGSEVNE.	42
6.2.1	"...JEG SER ETTER SPØRSMÅLET, FOR HVA ER DET EGENTLIG DEN UNGE SPØR OM...»	43
6.2.2	Å NORMALISERE BARN OG UNGES FØLELSER.	44
6.2.3	" NOEN GANGER HAR DU BEHOV FOR EN DIALOG"	45
6.2.4	"...I DEN GRAD EN KAN KALLE DET VEILEDNING..."	46
6.2.5	" DU KAN SELV TA ET VALG" .	48
6.2.6	GI FRA SEG ANSVAR.	51
6.2.7	Å VÆRE HELSESØSTER PÅ NETT	53
7	AVSLUTNING	58
7.1	STUDIENS VIKTIGSTE FUNN	58
7.2	BETYDNING FOR PRAKSIS OG VIDERE FORSKNING	59

Vedlegg:

Vedlegg 1: Intervjuguide

Vedlegg 2: Forespørsel

Vedlegg 3: Samtykkeerklæring

Vedlegg 4: Godkjennelse fra NSD

1 INNLEDNING

"Her er det ingen dør man må banke på. Her er det bare å spørre"

1.1 Bakgrunn for valg av tema.

Tema for denne studien er helsesøsters arbeid gjennom nettbaserte tjenester overfor barn og unge. Hovedfokuset er helsesøsters mulighet for å bidra til hjelp med barn og unges psykiske helse ved å svare på nettspørsmål. Helsesøster skal gjennom forebyggende og helsefremmende arbeid ivareta den psykiske og fysiske helsen til barn og unge fra 0–20 år. Sentralt i dette arbeidet er å styrke faktorer som kan føre til bedre helse som ved å fremme barn og unges mulighet til selv å oppleve livet som meningsfullt, forutsigbart og håndterbart (Sosial- og helsedirektoratet, 2004). En av de viktigste oppgavene i samfunnet er å skape gode vilkår og rammer for den enkelte barns og unges oppvekst og utvikling. Helsesøsters arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten skal bidra til å forebygge sykdom og fremme god fysisk og psykisk helse. Å fange opp barn og unge i risiko, eller som har psykiske vansker og lidelser er en overordnet oppgave i det psykiske helsearbeidet. En god psykisk helse vil være forebyggende mot mange sykdommer og hjelpebehov i voksen alder. I det forebyggende arbeidet vil det være av betydning at behov for hjelp skal avdekkes på et tidlig stadium slik at eventuelle hjelpetiltak kan iverksettes (Helsedepartementet et al., 2003, Helsedirektoratet 2007). Tjenestene skal være tilpasset målgruppens behov. Videre er helsesøsters grunnleggende mål at barn og unge skal ha det så bra som mulig ut fra sin egen situasjon og forutsetninger (Glavin, Helseth og Kvarme 2009).

De fleste norske ungdommer er friske og har god fysisk og psykisk helse, men likevel viser tall fra en rekke undersøkelser og studier at psykiske plager og lidelser er det vanligste helseproblemet blant norske barn og unge. Omkring 70.000 barn og unge mellom 3 til 18 år har en psykisk lidelse som bør behandles. I følge Verdens helseorganisasjon har rundt 20 % av verdens barn og voksne en eller annen form for psykiske problemer (Helsedirektoratet, 2007). Disse tallene viser at majoriteten av norske ungdommer er friske, men samtidig kommer det også frem at psykiske plager og lidelser er det største helseproblemet blant barn og unge.

Psykisk helse blant barn og unge omtales i offentlige dokumenter og i stortingsmeldinger. Et av de største satsningsprosjektene var Opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2006. Her ble det beskrevet en satsning på psykisk helse som skulle resultere i helhetlig og sammenhengende behandlingstilbud med klare forventninger om at tilgjengelighet og kvalitet

på tjenesten skulle bedres. Et av de overordnede målene var å bidra til at personer med psykiske lidelser skulle ha et mest mulig normalt liv. Dette skulle gjøres gjennom å bygge opp kommunale tjenester til mennesker med psykiske problemer og lidelser. Dette omfattet omstrukturering og tilføring av ressurser til det psykiske helsevernet og samt en sterk økning i personell, herunder leger, psykologer og høyskoleutdannet helse- og sosialpersonell. Barn og unge var en prioritert gruppe i opptrappingsplanen. I følge evaluering av denne var hovedkonklusjonen i rapporten at de kvantitative målene i hovedsak ble oppnådd.

Mer enn dobbelt så mange får behandling nå enn for 10 år siden og antall årsverk er økt betraktelig. Det gjenstår fortsatt utfordringer når det gjelder innhold og kvalitet i tjenesten og brukervedvirkning. I etterkant ble det utviklet en veileder om kommunalt psykisk helsearbeid for barn og unge for å hjelpe kommunene med å etablere gode modeller, eksempelvis lavterskeltilbud (Opptrappingsplanen (1999-2006)). I Stortingsmelding nr. 16 " Resept for et sunnere Norge" (Helsedepartementet 2003) kommer det fram at det er en sentral utfordring å få til en samlet innsats og da spesielt med tanke på forebyggende tiltak som informasjonstiltak, styrking av forebyggende tjenester for barn og unge, tiltak i skolen og kompetansen til personell som jobber med barn og unge, og i tillegg styrke kunnskapsgrunnlaget. I den nye folkehelsemeldingen fra 2013 er psykisk helse sentralt (St. 34 Folkehelsemeldingen, God helse – felles ansvar). Den vil bekjempe helseforskjeller, gi barn like muligheter, styrke helsestasjons- og skolehelsetjenesten og fremme helse i samfunnet.

Under praksisstudiet erfarte jeg at mange av forespørslene fra barn og unge i helsetjenesten er knyttet opp mot psykososiale helseproblem. Det kunne være i form av hvordan de håndterte egne tanker, relasjoner til venner og familie, skilsmisse i familien, søvn, prestasjoner, forventninger, kosthold, pubertet, sex, rus også videre. Dette vekket min interesse for hvordan og hvilke nettbaserte tjenester som ble brukt av barn og unge samt kvaliteten på informasjonen som omhandler tema som finnes der. Dette fikk meg også til å undre meg over om barn og unge har en kanal der de kan stille spørsmål til helsesøstre, og om den rette nettbaserte hjelpen og helseinformasjonen gis når den trengs. Jeg opplevde at det i varierende grad ble informert om nettbaserte tjenester fra helsesøsters side når de møtte barn og unge på helsestasjonen, skolehelsetjenesten og gjennom undervisning som ble gitt. Klara Klok og Ung.no er nettbaserte tjenester som er integrert som en del av informasjonen som skal gis hvor hensikten er at barn og unge skal ha en skriftlig kanal som blir besvart av fagpersonell.

1.2 Problemstilling.

Jeg ønsker gjennom denne studien å få frem helsesøsters erfaring med arbeidet i nettbaserte tjenester og hvilke utfordringer de møter og hva de selv opplever de kan bidra med når det gjelder psykisk helse gjennom denne typen tjeneste.

På bakgrunn av min innledning og presentasjon av tematikken, har jeg formulert følgende problemstilling:

Hvilke erfaringer har helsesøstre i nettbaserte tjenester med barn og unge som har spørsmål om psykisk helse?

1.3 Studiens avgrensninger og presiseringer.

Studiets avgrensning gjenspeiler seg i problemstillingen da jeg har valgt og ta for meg helsesøstre som arbeider gjennom nettbaserte tjenester. Jeg har valgt Klara Klok og Ung.no som nettbaserte tjenester, som er tjenester hvor faglige svar på spørsmål gis av helsesøstre. I denne studien er barn og unge definert i aldersgruppen 10 til 25 år. Årsaken for denne store aldersspredningen er at denne aldersgruppen er målgruppene til de nettbaserte tjenestene Klara- klok.no og ung.no. Det store aldersspennet innebærer at områdene det arbeides med i de nettbaserte tjenestene vil kunne variere mye med tanke på barn og unges kognitive utvikling, forhold til modenhet, type problem og hva som er barn og unges problematikk. Denne problematikken var jeg bevisst under utarbeidelsen av intervjuguiden og spørsmålene er derfor rettet mot deres generelle erfaring når det gjelder nettbasert arbeid knyttet opp mot psykisk helse.

For å få en bedre flyt i teksten omtales helsesøster som «hun» selv om helsesøster også kan være en mann som utfører det samme arbeidet. Begrepet barn og unge vil i hovedsakelig bli brukt, men kan også omtales som den "unge" der det passer bedre inn i teksten.

1.4 Begrepsavklaringer

Jeg vil her gjøre rede for ulike begreper som er sentrale og brukes i oppgaven. Begreper som kommunikasjon og de nettbaserte tjenestene Klara Klok og Ung.no. I tillegg en kort redegjørelse av begrepet barn og unge, og psykisk helse.

1.4.1 Kommunikasjon.

Kommunikasjon er et vidt og omfattende begrep som betyr å få kontakt, å forstå hverandre, gjøre kjent, gi melding om eller bevegelse (Weihe 1997, Ulleberg 2004). Gjennom å

samhandle med andre fås kunnskaper og vi lærer oss selv å kjenne (Jensen 2009, Schwebs og Østbye 2013). Kommunikasjon er et av de viktigste elementene i helsearbeid fordi alt vi gjør kan forstås som kommunikasjon, og kommunikasjon er et vilkår for menneskelig eksistens. Det skjer i et dynamisk samspill og relasjon mellom mennesker. Kommunikasjon i relasjon kan foregå på flere plan. Verbal- og nonverbal kommunikasjon. Den verbale kommunikasjonen dreier seg om meningsbærende språk mellom mennesker. Den nonverbale kommunikasjonen foregår uten uttalte ord, men gjennom for eksempel kroppsspråket og handling (Weihe, 1997).

1.4.2 Klara Klok og Ung.no.

Klara-klok.no er en anonym internettbasert spørreside og informasjonsbase for barn og ung mellom 10-25 år. Spørsmålene blir besvart innen en uke. Tjenesten er et lavterskeltilbud med særlig henblikk på å hindre sosial og geografisk ulikhet i tilgjengelighet til helseinformasjon blant barn og unge.

Nettsiden ble lansert av Nordland fylkeskommune i 2000 og høsten 2002 ble tjenesten relansert som et nasjonalt tilbud. Tjenestens formål er å gi informasjon og veiledning om temaene helse, forhold og familie, rusmidler og seksualitet uavhengig av kjønn, alder, bosted, etnisk tilhørighet og funksjonsnivå fra et seriøst skolert fagpanel. Klara Klok sitt hovedmål er "å levere helseinformasjon til målgruppen og bidra til økt tilgjengelighet til helseinformasjon" (Årsrapport Klara Klok 2010, s.3). På Klara Klok sin nettside vises en oversikt over hjelpetjenester i kommunene som helsestasjon, hjelpetelefoner og lenker til andre internetttjenester. Nettstedet er et supplement til eksisterende helsetilbud. Klara Klok finansieres av Helsedirektoratet og Nordland fylkeskommune (Årsrapport Klara Klok 2012). Nettjenesten ble etablert på bakgrunn av misnøye med den tradisjonelle skolehelsetjenesten i Nordland. Det var også et ønske om god helseinformasjon på internett inspirert fra et lignende konsept i Nord Amerika kalt "Go Ask Alice"(Gundersen & Winsvold 2011).I løpet av den første ti-årsperioden Klara Klok eksisterte som en nasjonal tjeneste, steg besøkstallene fra 98 000 i 2001 til 2,6 million i 2010 (Gundersen & Winsvold 2011).Nyere tall fra årsrapporten 2013 fra Klara Klok viser registreringer på ca 5,5 millioner besøkende mot ca 4,5 millioner i 2012, en økning på ca 24 %. Årsrapporten viser også en stor økning i henvendelser fra mobile enheter. 50 % av besøk til Klara Klok kommer fra mobil og nettbrett (Ung I Nordland 2013).

Ung.no er videreføring av magasinet UNG som ble dannet i 1991. Magasinet UNG var et tverrdepartementalt samarbeid om informasjonsspredning til ungdom i ungdomsskolen. I

2003 ble Ung.no dannet som et nettsted for å gjøre informasjonen lettere tilgjengelig, og slik at innholdet skulle være aktuelt og faglig oppdatert. Nettstedet er drevet av Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet. Ung.no er offentlig informasjon rettet mot ungdom for unge mellom 13-20 år. Informasjonen formidles fra mange sektorer som omhandler for eksempel skole, helse, samliv. Nettstedet Ung.no har fagutdannede personell bestående av helsesøstre, treningskonsulenter og utdanningsrådgivere. Nettsiden Ung.no hadde i 2014 hatt rundt 750 000 besøkende og mer enn 2,5 millioner sidevisninger hver måned (Ung 2014).

1.4.3 Barn og unge

Etter barnekonvensjonen defineres alle under 18 år som barn (Høstmælingen, Kjørholt og Sandberg 2009). I følge Kvello (2008) er det variasjoner i definisjonen av begrepet barn og unge. Grunnen til dette er at mange vil fra tenårsalderen benytte definisjonen ung eller ungdom i stedet for barn (Kvello 2008). I boken "ungdomsmedisin" av Ole Rikard Haavet (2005) refererer han til adolescens aldersgrenser. Han kaller dette en ungdomsperiode som inndeles i tre perioder. En tidlig periode for aldersgruppen 10-13 år, en midtre periode for 14-16 år og en sen periode 17-21 år. Videre hevder han at denne ungdomsperioden er blitt forlenget på grunn av krav til utdanning noe som fører til at den unge først 20-25 år gammel begynner å ta ansvar for egen atferd, foretar selvstendige beslutninger og forsøker å bli økonomisk uavhengig (Haavet 2005). Jeg ser det hensiktsmessig å bruke definisjonen på barn og unge i alderen 13-25 år på grunn av nettsidenes målgruppe som omfatter barn og unge i alderen 13-25 år. Et slikt aldersspenn fører til at en må være oppmerksom på stor spredning i blant annet kognitiv modenhet og forståelse hos den unge.

1.4.4 Psykisk helse

God psykisk helse kan forstås som evnen til å mestre egne tanker, følelser og atferd. Sosial- og helsedirektoratet definerer begrepet psykisk helse på følgende måte:

" Psykisk helse refererer til utvikling av og evne til å mestre tanker, følelser, atferd og hverdagens krav i forhold til ulike livsaspekter. Det handler om emosjonell utvikling, evne til velfungerende sosiale relasjoner og evne til fleksibilitet. Fravær av psykiske vansker eller lidelse er ikke ensbetydende med god psykisk helse".

(Sosial- og helsedirektoratet, 2007, s. 8)

Begrepet psykisk helse brukes i dag også som et samlebegrep på psykisk velvære, psykiske plager og psykiske lidelser (Mathiesen 2007). Psykisk velvære er ensbetydende med å være tilfreds med livet, føle at livet er meningsfylt og å føle seg lykkelig. Alle mennesker ønsker å føle psykisk velvære, både de med god psykisk helse og de med en alvorlig psykisk lidelse

(Mathiesen 2007). Psykiske lidelser brukes ved diagnoser, som kan omfatte alt fra angst og depresjonslidelser til tyngre lidelser som schizofreni (Folkehelseinstituttet 2011). Begge tilstandene vil kunne ha innvirkning på både enkeltindividet selv, familien, i skole, yrkesdeltakelse og deltakelse i fritidsaktiviteter (St. melding 16 (2002-2003)). Psykiske plager, også kalt psykiske vansker, er tilstander som oppleves som belastende, men ikke i så stor grad at de karakteriseres som en psykisk diagnose (Folkehelseinstituttet 2013).

I følge helsedirektoratet er kunnskap om og forståelse for psykiske plager og lidelser viktig. Helsestasjonen og skolehelsetjenesten skal bidra til å fremme fysisk og psykisk helse og da må helsesøsterprofesjonen ha kompetanse i psykisk helsearbeid med barn og unge som målgruppe (Helsedirektoratet 2007). I denne studien har jeg valgt å bruke begrepet psykisk helse som et samlebegrep.

1.5 Oppbygging av oppgaven

Oppgaven består av hovedkapitler med underkapitler. I første kapittel starter jeg med å redegjøre for valg av tema og presentere deretter problemstillingen for oppgaven. Jeg kommer deretter inn på avgrensning og presiseringer i forhold til studien. Til slutt i dette kapittelet definerer jeg ulike begreper som er sentrale i oppgaven. I kapittel 2 følger et utdrag av tidligere forskning på tematikken. I kapittel 3 presenterer jeg teori og grunnleggende rammer for oppgaven. I kapittel 4 viser jeg til valgt metode og fremgangsmåte for innsamling av data, vitenskapelig ståsted, analysemetode som er brukt for studiens funn, etiske overveielser og metoder for å sikre studiens kvalitet. I kapittel 5 vil jeg presentere studiens funn, mens i kapittel 6 vil disse funnene diskuteres opp mot tidligere forskning og teori som er presentert. I kapittel 7 presenteres studiens viktigste funn, betydning for praksis og videre forskning.

2 TIDLIGERE FORSKNING OM PSYKISK HELSE OG NETTBASERTE TJENESTER

Flere ulike databaser ble benyttet i søk etter aktuell forskning og bakgrunns litteratur for mitt prosjekt. Ved å benytte Ofelas har jeg laget mitt eget søkesett med forskjellige databaser. Disse databasene er Bibsys Ask, Munin, CINAHL, Medline, Pub Med, SweMed + og også enkelte frie søk. Det finnes omfattende forskning både nasjonalt og internasjonalt omkring temaet internett/psykisk helse. Jeg har derimot ikke funnet studier som spesifikt omhandler nettbaserte tjenester med temaet psykiske helsearbeid blant barn og unge som ivaretas av helsesøstre. Jeg har gjort et utvalg og vil kort presentere de funnene som omhandler psykisk helsearbeid med barn og unge via internett.

Artikkelen "Psykisk helsearbeid på internett: konsekvenser for normalitets- og identitetsdannelse hos ungdom" som er skrevet av Anders Johan W. Andersen og Tommy Svensson (2010) bygger på en kartlegging av norske og svenske nettbaserte tjenester av både offentlig og frivillig sektor. De peker på muligheter for at ungdom kan bli inkludert og akseptert i et fellesskap og deres opplevelse av å bli respektert på egne premisser innenfor psykisk helsearbeid på internett. Flere nettstedet hadde som mandat om å fungere identitetsstyrkende ved å tilby relevant, aktuell og kvalitetssikret informasjon til ungdom slik at de selv kunne ta valg basert på relevant informasjon. Internett muliggjør at ungdom kan håndtere en identitet som både er avhengig og uavhengig av andre mennesker, som kan være med på å styrke ungdommens muligheter for mestring. Studien sier videre at psykisk helsearbeid øker i omfang, da spesielt på internett, og verdsettes på grunn av bekvemmelighet, lave kostnader og muligheter for anonymitet.

Kurki (2011) sin studie omhandlet ungdoms internettbruk og hvordan det er behov for å integrere det bedre i behandlingen av den i psykisk helsen. Funnene i denne studien viste at internettbruk kan fremme behandlingsprosessen av ungdom med blant annet depresjon ved å støtte og tilrettelegge for sykepleier-ungdom interaksjon. Sykepleierne oppfattet at internett kan være nyttig for ungdom når det gjaldt å uttrykke seg. Dette var med på å bedre sykepleierens forståelse av ungdommens hverdag og i tilretteleggingen i sykepleier-ungdom interaksjonen. Videre viste funnene at internett kan brukes som et verktøy i psykisk helsevern, og ikke som et mål i seg selv. Internett kan gi støtte til selvrefleksjon og selvledelse blant ungdom i deres prosess. Internett bør tas på alvor som en behandlingsmetode i psykiske helseinstitusjoner (Kurki 2011).

Trondsen (2013) har i sin doktoravhandling sett på internettbaserte selvhjelpsgrupper som støttetilbud for ungdom med psykisk syke foreldre og funnet ut at det ligger potensiale i internettbaserte selvhjelpsgrupper. Selvhjelpsgruppen i denne studien fungerte som en anonym netjtjeneste. Studiens utgangspunkt var ungdoms perspektiver og erfaringer knyttet opp mot selvhjelpsforumet i deres hverdagslivkontekst. Selvhjelpsgruppen var internettbasert og ga flere fordeler. Fordeler som blant annet kontakt med andre i samme situasjon uavhengig av fysisk avstand, gjenkjennelse og anerkjennelse av egne følelser, tanker og erfaringer, anonymitetens fordeler i form av å tørre å kommunisere om temaer de opplevde som vanskelig, tilgjengelighet døgnet rundt og at kommunikasjonen var skriftlig som bidro til både refleksjon og økt forståelse av sin egen situasjon (Trondsen, 2013)

Mastergradsoppgaven til Nyhus (2010) omhandler helsesøsters sentrale rolle i arbeidet med psykisk helse hos unge. Mange unge sliter med psykiske plager som for eksempel nedstemthet, lettere former for angst, dårlig selvbilde og aggresjon. Helsesøstre og andre fagmiljøer jobber med å se faresignaler før plagene går over til å bli diagnoser. Hun løfter frem dette arbeidet gjennom helsesøsters erfaringer. Funn i studien viser til helsesøsters erfaringer knyttet til relasjon- og tillitsbygging gjennom tilgjengelighet. Den viser også at ressurser og mestringsstrategier er gode strategier i møtet med den unge med psykiske plager. Nyhus påpeker at det ville vært en interessant studie å gripe fatt i hvordan bruken av teknologi som spiller på lag med ungdom kan brukes i omsorgsarbeidet i kommunene fremover. Hun stiller også spørsmål om det vil være mulig å gi omsorg på avstand, gjennom kommunikasjonshjelpemidler som SMS og internett (Nyhus 2010).

I rapporten "Ungdomshelse-hvor og hvordan kan helsearbeidere bidra" skrevet av Hans-Johan Breidablink(2012) redegjør han for ungdomshelse i forhold til hvordan helsearbeidere kan bidra. Ungdomstiden er forbundet med store endringer både fysisk, mentalt og sosialt. Og hoved innflytelsen endres fra vertikal(foreldregenerasjon) til horisontal (venner og samfunn). Rapporten tar for seg ungdommens trusler mot ungdomshelse, mål for helse/uhelse samt de unges muligheter til å mestre sin egne helse i lys av Antonovskys salutogenesebegrep "sence of coherence". Ifølge Breidablink rapporterer ungdom både subjektive helseplager og bekymringer. Helsearbeiders møte med ungdom gjennom ulike virkeområder og institusjoner omtales i rapporten, videre hevdes det at skolehelsetjenesten som et lavterskel tilbud vil være en sentral institusjon på å møte unge med ulike helseproblemer. Rapporten konkluderer blant annet med at ungdommens helse er gjenstand for tiltak fra en rekke ulike

helsearbeidere og etablerte institusjoner. Fastlege og skolehelsetjenesten som sentrale aktører samt spesialisthelsetjenestetilbud som for eksempel BUP og barneavdelinger. Mestring, myndiggjøring, kontroll, tilpasningsevne og allment velbefinnende vil være sentrale byggesteiner fremover i hvordan helsearbeidere kan bidra i ungdomshelsen (Breidablink 2012).

Artikkelen "The relationship of loneliness and social anxiety with children's and adolescents online communication" skrevet av Bonetti, Campell og Gilmore(2010) omhandler barn og ungdoms kommunikasjon på nett i forhold til relasjoner med venner, familie og fremmede.

Målet med studien var å undersøke forskjeller i bruk av elektroniske kommunikasjonsmønstre mellom barn og ungdom med og uten selvrapportert ensomhet og sosial angst. Det var 620 studenter mellom 10-16 år som gjennomførte en undersøkelse om deres nettbruk. Funnene avdekket at barn og unge som sa de var ensom kommuniserte betydelig oftere om personlige forhold og intime emner enn de som sa at de ikke var ensom. Et annet viktig aspekt ved studien var relasjoner i barn og unges psykososiale utvikling og betydningen av dette (Bonetti, Campell og Gilmore 2010).

3 TEORI OG GRUNNLEGGENDE RAMMER.

I dette kapitlet vil jeg presentere teori og de grunnleggende rammer som vil være mitt teoretiske rammeverk for forståelsen av helsesøstrenes erfaringer i sitt nettbaserte arbeid med barn og unge knyttet mot psykisk helse. Jeg vil først gi en kort presentasjon for barn og unges nettbruk. Oppgavens overordnede perspektiv vil være helsesøsters forebyggende og helsefremmende arbeid. Deretter vil jeg redegjøre for sentrale begreper som veiledning i det forebyggende og helsefremmende arbeidet, salutogenese, mestring, health literacy og empowerment. I tillegg ser jeg betydningen av å gi en presentasjon av helsesøsters ansvarsoppgaver.

3.1 Barn og unges nettbruk

De siste årene har tilgjengeligheten av nettbasert helseinformasjon for barn og unge økt betraktelig (Røys 2009). Så godt som alle barn i Norge har tilgang til PC og internett (Gundersen & Winsvold 2011). Unge fortrolige med data, medier og internett. De bruker internett både på skolen og hjemme og foretrekker heller å anvende digital informasjon istedenfor trykt informasjon. Tekst er nedprioritert fremfor lyd, bilder og bevegelse. Internett gir mange muligheter til å kommunisere som for eksempel gjennom blogger, e-poster, spørresider og chat (Røys, Svalastog, & Kløvstad 2009, Bjørkeng 2011). Aldersgruppen 13-19 år brukte internett mest (Bendiksen og Haugli 2014). Internett brukes både til å finne informasjon og til sosial omgang (Gundersen & Winsvold 2011). Dette kan tyde på at bruk av digital kommunikasjon er svært utbredt blant barn og unge, og en sentral del av deres hverdag.

3.2 Forebyggende og helsefremmende arbeid

Begrepet forebyggende og helsefremmende arbeid favner det å forebygge sykdom og det å fremme helsen. Begge tilnærmingene har betydning fordi det ene ofte forutsetter det andre, og slik sett er de komplementære. Sett fra helsesøsters perspektiv er både det forebyggende og helsefremmende arbeidet avgjørende i deres målsetning i det forebyggende helsearbeidet om å forebygge sykdom og fremme helse (Mæland 2005, Kvarme 2009). I Regjeringens strategiplan (2003) for barn og unges psykiske helse brukes det to ulike strategier for å oppnå bedre helse i befolkningen: 1) den forebyggende og 2) den helsefremmende som legger vekt på å styrke barn og unges egne ressurser gjennom og selv mestre livets utfordringer. Strategiplanen skal i helhet bidra til å sikre et tjenestetilbud som er tilpasset brukernes behov (Regjeringen 2003). Psykisk helsearbeid for barn og unge er et grunnleggende ansvar for

kommunen som helhet. Det involverer alle kommunale tjenester som er i kontakt med barn og unge. Barnehage, skole og fritidssektoren er viktige og betydningsfulle hverdagsarenaer for utvikling av god psykisk helse (Helsedirektoratet 2007 s.11).

3.2.1 Forebyggende arbeid

Helsesøstre har ansvar for forebyggende arbeid rettet mot barn, unge og deres familier. De skal utføre tjenester som forebygger sykdom og fremmer helse (Glavin, Helseth og Kvarme 2009). Helsesøstres forebyggende arbeid er med hovedvekt på risikoutsatte grupper og deres behov, og skal avdekke problemer tidligst mulig for å forhindre risiko for å utvikle sykdom eller skade. Dette forebyggende arbeidet rettes både mot enkeltindivider og grupper som kan være disponert for å utvikle sykdom eller helseproblemer (Sosial- og helsedirektoratet, 2004, i Kvarme 2009). Forebyggende helsearbeid blir delt inn i primær, sekundær og tertiær forebygging. *Primærforebygging* handler om å redusere eller fjerne eksponering for sykdomsskapende eller helsetruende forhold før sykdom eller skaden er påvist. Tiltak i primærforebygging er rettet mot hele befolkningen i form av for eksempel vaksineringsprogram og kostholdsveiledning. *Sekundærforebygging* er tiltak rettet mot allerede sårbare grupper for å kunne forhindre patologisk prosess. Det kan for eksempel være å veilede eller gi råd. *Tertiærforebygging* handler om å forebygge slik at det ikke blir forverring hos den som har en sykdom eller skade. Det kan for eksempel være gjennom å gi hjelp, støtte og tilrettelegge for den enkelte. Denne inndelingen av forebyggende helsearbeid blir benyttet i helsesøstrenes arbeid. Helsesøsters arbeid er i stor grad rettet mot primær- og sekundærforebyggende tiltak, men tertiærforebygging er også et felt helsesøstre arbeider med (Glavin, Helseth og Kvarme 2009).

3.2.2 Helsefremmende arbeid

I det helsefremmende arbeidet er målet å gi enkeltmennesket kunnskap og ressurser slik at de kan ha en aktiv medvirkning for selv å fremme egen helse. Målet er at den enkelte mennesket skal være i stand til selv å ta beslutninger og utfordringer som gjelder i sitt eget liv (Kvarme 2007). Idegrunnet for helsefremmende arbeid har sin opprinnelse fra Ottawa-charteret i 1986. Helsefremmende arbeid blir definert som «prosessen som setter folk i stand til å få økt kontroll over og forbedre sin helse» (Mæland 2010 s.73). Målet er at den enkelte selv må delta for å ta beslutninger som omhandler sin egen helse og sitt eget liv. Gjennom en aktiv deltagelse kan en oppleve bedre kontroll og mestre forhold som virker inn på eget liv, og håndtere utfordringer som kan oppstå noe som er en forutsetning for det helsefremmende

arbeidet (Glavin, Helseth og Kvarme 2009). Innenfor det helsefremmende arbeidet er sentrale begreper salutogenese, mestring, empowerment og veiledning. Disse begrepene vil i det følgende bli redegjort.

3.3 Salutogenese

Gjennom det salutogenesiske perspektivet beskrives det hvordan mennesket kan bruke sine egne evner i mobiliseringen i det helsefremmende arbeidet. Det var sosiologen Aron Antonovsky som begynte å bruke begrepet salutogenese som grunnlag for helsefremmende arbeid. Betydningen av ordet salutogenese er *salus* som betyr «helse» og salutogenese er «det som bringer helse». Antonovsky var opptatt av menneskets egne ressurser. Hva som kunne bidra til at mennesket holdt seg friskt og hvordan mennesket selv er i stand til å bevare god helse. Blant salutogene faktorer finnes ikke bare naturlige fysiologiske behov som for eksempel luft, vann og mat. Også kulturelle og psykologiske behov som vakker natur, musikk, kunst, lystbetonte aktiviteter og videre kan være med på å fremme helse (Glavin, Helseth og Kvarme 2009). Det er viktigere å fokusere på menneskets ressurser og kapasitet for å skape helse enn den klassiske fokuseringen på risiko og sykdom. Helse ble videre sett på som et kontinuum på en akse mellom absolutt sykdom (dis-ease) og fullstendig sunnhet (ease). Evnen til å nyttiggjøre seg sin egen situasjon og egen kapasitet til å bruke tilgjengelige ressurser ble kalt følelse av tilhørighet, eller «sense of coherence» (SOC). Denne kapasiteten var en kombinasjon av menneskets mulighet til å få en forståelse av situasjonen de var i og muligheten til å finne en mening i å bevege seg i en helsefremmende retning samt ha kapasitet til å forta seg slike handlinger til tross for stressfulle situasjoner og vanskeligheter (Lindström og Eriksson 2005).

Et annet begrep som er vel så viktig som følelse av tilhørighet (sense of coherence- SOC) i Antonovskys tenkning er, generelle motstand-ressurser (general resistance resources- GRR). GRR er knyttet til person og kapasitet, men også til miljøet rundt som virker beskyttende på helsetilstanden. Det kan være kunnskap, intelligens, identitet, mestringsstrategier, engasjement, sosial støtte, materielle, kulturelle, stabilitet, religion og forebyggende helseorientering. Antonovsky mente at de som har tilstrekkelig og adekvat GRR og lærer hvordan bruke disse kan utvikle en sterk SOC. Nøkkelfaktoren er ikke hvilke ressurser som er tilgjengelige, men å være i stand til å bruke å gjenbruke dem til deres formål (Suominen og Lindström 2008). Forskjellene i vår motstandskraft avhenger av i hvilken grad vi opplever tilværelsen som meningsfull, forståelig og håndterbart. Begrepet meningsfullhet er den mest

sentrale på grunn av at den gir motivasjon til å finne løsninger på de utfordringene som situasjonen krever. Begrepene begripelig og håndterbart handler om hvordan prosessene gjennomføres. I tillegg så blir begrepet begripelighet oppfattet som en forutsetning for håndterbarhet og meningsfullhet (Antonovsky 2000). Jmfør Antonovsky (2012) og Lindström & Eriksson (2005) beskrives begrepene i korte trekk slik:

- Begripelighet handler om i hvilken grad man opplever stimuli som man utsettes for i det indre eller ytre er kognitivt forståelig. Det vil si hvor sammenhengende, strukturert og klar informasjonen som man får er. At stimuli en person opplever i dagliglivet vil kunne plasseres i en sammenheng og forklares. Dette forklares som den kognitive komponenten i salutogenesen.
- Håndterbarhet er i hvilken grad man opplever tilstrekkelige ressurser til å takle krav man står ovenfor. Hvordan man ser en løsning på problemer og at man er i stand til å takle det. Dette blir omtalt som den instrumentelle delen i salutogenesen.
- Meningsfullhet er som tidligere nevnt den mest sentrale fordi den gir motivasjon til å finne løsninger på problemer gjennom å finne en mening i den og gjør sitt beste for å komme gjennom problemene på en anstendig måte. Dette er den motiverende komponenten.

(Lindström og Eriksson 2005, Antonovsky 2012)

Gjennom det salutogene perspektivet er det å få oppleve livet som meningsfylt en av de viktigste faktorene som fremmer helse. Den instrumentelle, den kognitive og motiverende komponentene er i kombinasjon avgjørende i salutogenesisk sammenheng. Dette er fordi det er individuelle forskjeller i hva som gir en opplevelse av mestring. Det er ulikt hvilke ressurser den enkelte har og hvor mye informasjon som er nødvendig for å ta et valg varierer fra person til person (Lindström og Eriksson 2005, Antonovsky 2012).

Det er viktig å søke etter et helhetlig perspektiv på livssituasjonen i det helsefremmende og forebyggende psykiske helsearbeidet fordi kommunikasjon er en forutsetning for å være i stand til å hjelpe barn og unge (Antonovsky 2012, Hummelvoll 2012). Samtidig er det vesentlig at det er den unges behov som er utgangspunktet for å hjelpe. Antonovsky påpeker at for å kunne støtte den unge i å finne mening og mulighet så er det en forutsetning at det er forståelig fra den unges ståsted. Den unge vil trenge støtte fra omverden, venner og familie

slik at den unge kan bli bevisst sin egen innsats for forbedre situasjonen (Grøholt 1999, Antonovsky 2012).

3.4 Mestring

Helsesøstre skal i sitt arbeid være med å gi barn og unge mestringssfølelse og på den måten fremme barn og unges psykiske helse. Wichstrøm (2008) definerer mestring som individets forsøk på å kontrollere sine egne følelser og sin adferd i en belastende situasjon hvor hensikten er å redusere stressende hendelser.

Ifølge adferdsteoretikeren Albert Bandura som utviklet sosial kognitiv teori avhenger mestring av personens forventning og sin egen tro på å mestre ulike oppgaver (Bandura 1997). Mestringsforventning, også kalt “self-efficacy”, blir definert av Bandura som “...a person’s beliefs in one’s capabilities to organize and execute the courses of action required to produce given attainments” (Bandura 1997, s. 3). Begrepet kan videre beskrives som personens tro på egen mestringsevne. Ved denne troen vil sjansen for å lykkes øke ved at det gir en følelse av å lykkes, noe som gir en indre motivasjon og driv. Sentralt i teorien er hvordan kognitive aspekter er relatert til våre valg. Det finnes mange teoretiske innfallsvinklinger til mestring. Jamfør andre anerkjente teoretiker som Richard Lazarus og Susan Folkman mente også de at for å fremme mestring skal en fokusere på forhold som både bidrar til skiftende kognitive og atferdsmessige anstrengelser for å håndtere spesifikke krav som vurderes for å være en belastning eller overskridelse av en persons ressurser (Bandura 1997, Lazarus, R.S. 2006).

Mestringsforventninger er fremhevet i flere teorier om motivasjon og med mestringsforventninger i denne sammenheng menes den unges forventninger om å mestre sin egen utfordring. Mestringsforventninger kan påvirkes på flere måter og Bandura(1997) vektlegger fire faktorer: egne erfaringer, modellering, verbal påvirkning og fysiologisk affekttilstand. Egne mestringserfaringer er den viktigste kilden til «self-efficacy» (Bandura 1997). Følelsen av mestring er personlig og individuell og kan sees ut i fra den enkeltes utvikling av selvbilde. I følge Sommerschild (1998) har forskning om selvbildet i et mestringsperspektiv dreiet seg om individuelle forskjeller og dels om endringer i selvvopfatningen. Dette er en kompetanse som er avhengig av alder, modning og utvikling (Sommerschild m.fl. 1998).

Mestringsforventning kan knyttes opp mot helsefremmende allmenndannelse som Pettersen (2009) kaller health literacy. Det omhandler enkeltpersonens mulighet, evne og motivasjon til å skaffe seg seg basal helsekunnskap. Gjennom denne basale kunnskapen skal en kunne

oppsøke eller motta, diskutere og kritisk vurdere helseinformasjonen og helseråd. Dette med bakgrunn i å oppnå bedre helse. Health literacy presenteres i tre hierarkiske nivåer. Det første nivået er *functional health literacy* som innebærer å ha gode nok lese- og skriveferdigheter for å tilegne seg kunnskap om helse og handle adekvat med tanke på helseråd. Det andre nivået er *interactive/communicative health literacy* er å ha kommunikasjons- og samhandlingsferdigheter for å kunne ta grep om å forbedre sin egen helse. Dette inkluderer i tillegg at en vet hvordan en kan bruke de forskjellige instansene i helsevesenet. Det tredje nivået er *critical health literacy* som går ut på at en skal kunne kritisk evaluere den helseinformasjonen man mottar. I tillegg skal en engasjere seg i helsefremmende virksomheter både på familiært, lokalt, nasjonalt og internasjonalt plan (Pettersen, 2003 i Pettersen, 2009 s.92-94). Ved at individet får tro på sine egne evner vil det gi innflytelse til å bidra med egne erfaringer, kunnskap og ønsker som fører til brukermedvirkning og en opplevelse av sammenheng. Når en opplever sammenheng vil det føre til at individet i tillegg opplever mestring og slik sett er salutogenese og mestring nært knyttet opp til hverandre (Glavin, Helseth og Kvarme 2009).

3.5 Empowerment og veiledning

Empowerment er et kjernebegrep i folkehelse og helsefremmende arbeid. På individnivå handler empowerment om selv- kontroll, personlig utvikling og tro på egen evne til mestring. Andre oversettelser av empowerment er myndiggjøring, bemyndigelse, vinne større makt over og kontroll over, brukermedvirkning eller det å gi autoritet (Tveiten 2007b, Glavin, Helseth og Kvarme 2009, Hummelvoll 2012). Dette viser til at det er det enkelte individ som er ekspert på eget liv og gjennom empowerment bli i stand til å ta kontroll over egen helse, gjøre det som må til av tiltak for å gjøre forbedring. En elementær faktor i empowermentprosessen er maktaspektet relatert til brukerne fordi helsepersonell har makt i kraft av fagkompetanse. Det vil da være hensiktsmessig og omfordele makten fra helsepersonell til brukeren selv. Ved denne maktomfordelingen vil brukeren være i stand til å få tro på seg selv og det kan føre til en uavhengighet til helsetjenesten som er viktig for å oppleve mestring. Med andre ord kan en si at brukeren får en ekspertrolle ovenfor seg selv, mens helsesøster er ekspert innenfor helsefremmende og sykdomsforebygging. Det er da to eksperter som er like viktig med kompetanse som er likeverdig selv om helsepersonell innehar en fagkompetanse som brukeren ikke har (Tveiten i Glavin, Helseth og Kvarme 2009).

Helsekommunikasjon er en form for helseopplysning som vektlegger brukermedvirkning og kan bidra til å gjøre at brukeren får styrket mestring. Gjennom økt brukermedvirkning hvor

brukeren og helsesøster i fellesskap er i dialog om hvordan man kan løse utfordringer og problemer, er dette med på å forebygge sykdom og fremme helse. Veiledning er en metode tilknyttet helsesøsters pedagogiske funksjon og er et viktig middel i empowermentprosessen (Glavin, Helseth og Kvarme, 2009). Veiledningens mål er å øke mestringsfølelsen hos brukeren av helsesøstertjenesten gjennom dialog. Brukeren skal i tillegg gjennom veiledningen oppleve mestringskompetanse som innebærer aspekter som kunnskaper, ferdigheter og holdninger. Disse aspektene blir da grunnlaget i helsesøsters veiledning i tillegg til den enkeltes behov. Å veilede er å gi brukeren mulighet til oppdage eller finne svarene selv. Veilederen skal primært ikke gi svar, men legge til rette for at den som veiledes finner svarene selv (Glavin og Kvarme 2003). Begrepet veiledning blir ofte brukt synonymt med informasjon, undervisning og rådgivning, men det er i utgangspunktet ikke det samme selv om helsesøster i nødvendige situasjoner kan gi informasjon, råd og undervisning til brukeren. Dette er viktig å være klar over for å vite hva veiledningen i helsesøsterrelatert funksjon innebærer for at veiledningen skal være en pedagogisk metode (Glavin, Helseth og Kvarme 2009).

3.6 Helsesøsters ansvarsoppgaver

Helsesøster er autorisert sykepleier med godkjent helsesøsterutdanning med sitt arbeidsfelt i kommunehelsetjenesten, og ansvar for helsefremmende og forebyggende arbeid rettet mot barn, unge og deres familier (Glavin, Helseth og Kvarme 2009). Dette kommer frem i kommunehelsetjenesteloven § 1-2 som skriver at helsetjenesten skal:

«...fremme folkehelse og trivsel og gode sosiale og miljømessige forhold, og søke å forebygge og behandle sykdom, skade eller lyte. Den skal spre opplysning om og øke interessen for hva den enkelte selv og allmennheten kan gjøre for å fremme sin egen trivsel og sunnhet og folkehelsen» (Sosial- og helsedirektoratet 2007 s. 9)

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten er sentrale i kommunens folkehelsearbeid. Helsesøster har et bredt ansvarsområde med både individ- og grupperettet arbeid. Hovedarenaene til helsesøstre er helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Det er et gratis kommunalt lavterskeltilbud for gravide, barn og unge 0-20 år og deres foresatte (Sosial- og helsedirektoratet 2004). I følge forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenestens står det under § 2-3, «Tilbud til gravide og til barn og ungdom 0-20 år» at tilbudet skal omfatte: helseundersøkelser og rådgivning med oppfølging/henvisning ved behov, forebyggende psykososialt arbeid, opplysningsvirksomhet og veiledning individuelt/grupper (Erdahl 2009 s.117). Helsestasjons- og skolehelsetjenesten

skal i tillegg til å bidra til forebygging av sykdom, ha friskfokus og fremme mestring og god selvfølelse hos barn, ungdom og foreldre. Tjenesten er en viktig aktør for folkehelsearbeid i kommunene som innebærer blant annet å følge med barn og unges oppvekstmiljø. Det vil si faktorer som er av betydning for helse, trivsel, miljømessige og sosiale forhold. Videre regelmessig følge med på, undersøke og vurdere barn og unges psykiske og fysiske helse. I tillegg er det en faktor å vurdere utviklingen både for det enkelte barn og den enkelte ungdom, og for barn og ungdom som gruppe (Midtgard m. fl 2013).

Veiledning og rådgivning er hovedområdet i helsesøsters arbeid samt helseopplysning, vaksinasjon og helsekontroller. Helsesøster har et bredt kompetanseområde og samarbeider med andre yrkesgrupper i forhold til tiltak overfor barn, ungdom og familier (Glavin, Helseth og Kvarme 2009). Videre skal helsesøsters arbeid bygge på en helhetlig og ressursfremmende tilnærming, og kunnskapsbasert praksis. Dette i tråd med gjeldende lover, forskrifter, veiledere og nasjonale faglige retningslinjer (Midtgard m. fl 2013) I «Veilederen psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene» (2007) legges det føringer for helsesøsters psykiske helsearbeid. En av kommunenes overordnede oppgaver i det psykiske helsearbeidet er å «fange opp barn og unge i risiko, eller som har psykiske vansker eller lidelser» (Helsedirektoratet 2007 s.12). Det innebærer blant annet å være et sted der barn og unge kan komme med sine bekymringer eller problemer. Primærhelsetjenesten skal vurdere når behandling og oppfølging av barn og unge skal ivaretas av kommunen eller henvises til spesialisthelsetjenesten. Helsesøsters arbeidsoppgaver endres i takt med samfunnsforhold, lovgivning og de til enhver tid gjeldende helseproblemer. På 1920 tallet var helsesøsters arbeid i hovedsak forebygging av infeksjonssykdommer og underernæring, mens i dag omhandler helsesøsters arbeid i stor grad psykososiale problemer (Schjøtz 2003, Sollenes og Tønjum 2008). Slike psykososiale vansker defineres som ”samsykdommer” og henviser til at disse sykdommene oppstår som følge av samhandlingsproblemer mellom mennesker. Risikofaktorer for slike sykdommer kan være ensomhet eller et svakt sosialt nettverk (Glavin og Kvarme 2003) Kunnskap om og forståelse for psykiske helse er essensielt i helsesøsters arbeid. I og med at helsestasjonen og skolehelsetjenesten skal bidra til å fremme fysisk og psykisk helse må helsesøsterprofesjonen ha kompetanse i psykisk helsearbeid med barn og unge (Helsedirektoratet 2007).

4 METODE

" If you want to know how people understand their world and life, why not talk to them?"

(Kvale I Dahlberg 2008 s.183).

Metode betyr veien til målet og en velger metoden etter hvilken som best mulig vil besvare studiens problemstilling (Kvale og Brinkmann 2010, Polit og Beck 2012). Jeg vil i dette kapitlet redegjøre for metoden jeg har valgt. Deretter presenteres hermeneutisk tilnærming og min forforståelse. Videre beskrives framgangen med å rekruttere informanter, å bruke intervju som metode, gjennomføring av intervju og bearbeidelse av datamaterialet. Til slutt vil presenteres studiens etiske overveielser, metoder for å sikre studiens kvalitet og analyse av datamaterialet.

4.1 Valg av metode

Valg av metode er ble gjort på bakgrunn av den metode som best ville besvare problemstillingen. Det var hensiktsmessig og bruke kvalitativ forskningsmetode fordi jeg ønsket å få helsesøsters subjektive meninger, opplevelse og kunne dermed oppnå en dybdekunnskap om temaet jeg ønsket å undersøke. Dette er også i samsvar med hva Thornquist (2003) hevder når hun påpeker at kvalitativ metode er egnet når en ønsker en dybdekunnskap som ikke lar seg tallfeste. Samtidig er kvalitativ forskningsmetode egnet på grunn av at en søker å forstå verden sett fra intervjupersonens side gjennom erfaringer og opplevelser av verden (Kvale og Brinkmann 2010, Tjora 2012).

4.1.1 Hermeneutisk tilnærming og forforståelse

Jeg har valgt en hermeneutisk tilnærming som vitenskapelig perspektiv. Dette fordi jeg ønsker å tolke og forstå mine informanters beskrivelser og erfaringer i å jobbe med nettbaserte tjenester i forhold til barn og unge som har spørsmål knyttet til psykisk helse. Hermeneutikk er en teori om forståelse og fortolkning av tekster, også kalt fortolkningslære. Det fremheves å fortolke menneskers handling ved å fokusere på et dypere meningsinnhold enn det som umiddelbart melder seg (Thornquist 2003). I denne sammenhengen ser jeg betydningen av å fortolke helsesøsters erfaringer på bakgrunn av det Gulddal og Møller (1999) skriver at det skriftlige og det muntlige språket kan ha innhold av skjulte meninger som kan komme frem gjennom å fortolke innholdet. Ved å bruke hermeneutikken vil jeg ha mulighet til å se disse skjulte meningene som kan vise seg i mine informanter erfaringer siden formålet med hermeneutisk fortolkning er å oppnå og få en allmenn forståelse hva en tekst nettopp betyr slik Kvale og Brinkmann (2009) hevder. Videre ser jeg at det vil være viktig for meg som

forsker å være tro mot informantenes utsagn og deres erfaringer gjennom å være lydhør og prøve å forstå hva de formidler. Dette viser Malterud (2013) til og hevder at den teoretiske referanserammen er de brillene vi har på når vi leser materialet og gjør analysen. De brillene jeg som forsker har på meg *har* betydning, men ved at jeg er bevisst dette blir materialet mest lojalt håndtert.

En hermeneutisk tilnærming legger vekt på at det ikke finnes en egentlig sannhet, men at tolkningene som gjøres alltid vil bli tolket ut fra en forståelse som en allerede har. All forståelse bygger på en forforståelse og forforståelsen vår vil virke inn på hvordan vi tolker hendelser, tekster og den gir oss visse fordommer i forhold til det vi tolker (Thagaard 2013). Dette betyr at resultatet i studien vil være påvirket av hvordan jeg har tolket og forstått funnene. I denne sammenhengen vil min forforståelse som helsesøster, min problemstilling og det teoretiske perspektivet jeg har valgt være avgjørende i fortolkningsprosessen. Dette er i overensstemmelse med hva Gadamer (2012), som representerer den filosofiske hermeneutikk, mener at hvordan vi fortolker verden er forforståelse. Han skriver at en ikke skal la seg blende av allerede innebygde meninger når en leser en ny tekst. En skal gjennom sin bevissthet lese teksten slik at en klarer å ta inn over seg det som er fremmed (Gadamer 2012).

Jeg har gjennom hele studien prøvd å være åpen for det uforutsette. Jeg tenker at ved en slik bevissthet rundt å være åpen og søkende så åpner det for å utfordre sin egen forforståelse. Som forsker må en være klar for at forståelseshorisonten kan utvides og endres. Gadamer (1999) kaller dette horisontsammensmeltning hvor ny og gammel forståelse smelter sammen til en ny forståelse. Jeg har vært nødt til å utfordre min forforståelse hele veien og gjennom litteratur, diskusjoner med medstudenter og veileder har jeg kjent på min forforståelse om temaet. Det materialet mine informanter har gitt meg har utfordret meg fordi jeg har jobbet frem og tilbake for å få en forståelse hva teksten har fortalt meg. Jeg opplevde flere ganger å bli overrasket i analyseprosessen og flere ganger måtte jeg tilbake til kildene mine for å lytte og lese på nytt om deres erfaringer. Denne måten å jobbe på kalles den hermeneutiske sirkel eller som omtales som forståelsens sirkel (Gadamer 1999).

Når en skal forske på et tema er forforståelsen hos en forsker av betydning og jeg hadde også en forforståelse om temaet. Min forforståelse har jeg med meg som menneske, sykepleier, helsesøsterstudent og nå nyutdannet helsesøster. Jeg har valgt å forske i mitt eget arbeids og interessefelt. Arbeidsfeltet til helsesøster og de arbeidsoppgavene det innebærer, men ikke i nettbasert sammenheng. Det at jeg ikke har noen erfaring som helsesøster fra det nettbaserte

arbeidet ser jeg som en fordel på fordi jeg da ikke går inn i studien med en forforståelse for det nettbaserte arbeidet. Jeg bringer allikevel de samme grunntankene som mine informanter gjør i det helsesøsterfaglige perspektivet uten at jeg ser at dette skal ha noen betydning i forhold til min subjektivitet så lenge jeg er dette bevisst. Jeg vil derimot alltid ha med en forforståelse inn i forskningsfeltet. I følge Fangen (2011) er forskers forforståelse en forutsetning for å få frem ny kunnskap, og det er utfordrende å forske i eget felt (Paulgaard 1997, Fangen 2011). Utfordrende i den sammenheng at å møte forskningsdataen med fordomsfrie øyne kan forhindre at nyanser og informasjon kan komme frem under intervjuene slik de var ment. Jeg utførte forskningen min med helsesøstre som arbeidet i nettbaserte tjenester. Fordelen med det er at jeg ikke kjente til informantene eller hvordan de arbeidet. Derfor var det lettere for meg å være forsker og ikke den fagpersonen jeg ellers er i arbeidssammenheng. Dette ga meg en nærhet i kontekst som helsesøster mens en distanse i hvordan de nettbaserte tjenestene ble utført. Denne betydningen av nærhet og distanse som Thornquist (2003) hevder er av stor betydning fordi nærheten til mine informanter kan være en utfordring, og det vil være viktig at jeg er bevisst mine ulike roller som helsesøster og forsker i eget felt. Ved hjelp av nærhet formidles det man ser, hører, tenker eller forestiller seg. Mens med avstand får man perspektiv på erfaringen en har fått og en kan sette det i en vitenskapelig kontekst ved hjelp av vitenskapelige begreper og forklaringer (Thornquist 2003).

I tolkningen av materiale vil det være viktig å være åpen og klar over min forutinntatthet også kalt bias (Fangen 2011). For å trekke ut meningsbærende enheter jeg selv styrer blir det ikke gjort på et objektivt grunnlag. Min subjektivitet kommer igjen inn for at presentasjonen skal være så troverdig som mulig, og at jeg konstant må utfordre min forståelse gjennom faglitteratur, diskusjon og analyse (Dahlberg 2008). Slik vil jeg lettere kunne vurdere feltet uten at mine fordommer bidrar til skjevheter i analysen (Fangen 2011).

4.1.2 Rekruttering og Utvalg av informanter

Bakgrunn for rekruttering av informanter var å få belyst problemstillingen på en best mulig måte. Det var derfor hensiktsmessig å benytte helsesøstre som hadde erfaring fra nettbaserte tjenester og som kunne reflektere rundt det aktuelle tema. Dette blir definert som strategisk utvalg av (Tjora 2012, Malterud 2013). Jeg ønsket at informantene skulle ha erfaring fra arbeid i nettbaserte tjenester knyttet opp mot psykisk helse. Valget av nettbaserte tjenester falt på Klara klok- og Ung.no fordi spørsmålene blir besvart av helsesøstre. Utvalgsriteriet på

arbeidserfaring var satt til to-tre år, og det viste seg at dette kriteriet var for strengt og gav for store begrensninger. Jeg fjernet derfor dette kriteriet. Informantene besto av tre helsesøstre fra to ulike nettbaserte tjenester. Variasjonsbredden fra to ulike nettbaserte tjenester vil gi studien et bredere materiale. Dette samsvarer med hva Malterud (2013) skriver om at en variasjon vil kunne gi mulighet for å beskrive flere nyanser av ett og samme fenomen.

Prioriteringsprosessen forløp seg videre ved at jeg tok kontakt med lederen i Klaraklok- og Ung.no hvor jeg fortalte om studien og spurte om å få rekruttere informanter til studien. Lederen i Klaraklok.no formidlet min studie videre til sine ansatte og to helsesøstre sa seg villig til å bli med i studien. De utvalgte helsesøstre har erfaring fra arbeid med nettbaserte tjenester som varierer fra 1,5 til 10 år. Denne variasjonen kan være en styrke i oppgaven fordi all erfaring har verdi og ulik arbeidserfaring kan gjøre at man reflektere ulikt over tema.

I Ung.no er det kun en helsesøster som jobber med nettbaserte tjenester. Jeg tok kontakt og presenterte studien. Hun fikk deretter tilsendt info og samtykkeskriv og sa seg villig til å delta i studien. Jeg valgte tre informanter og grunnen til det var at tilgangen på informanter i utgangspunktet var begrenset samt at jeg tenkte at det ville gi meg tilstrekkelig materiale til mitt prosjekt. Jeg tenkte da at om jeg valgte flere enn to helsesøstre fra Klara Klok ville bildet blitt dominert av Klara klok. Jeg var åpen for at jeg kanskje underveis måtte innhente en informant til om materialet tilsa det, men det viste seg at materialet var tilstrekkelig. I forhold til den gitte tidsrammen jeg hadde til rådighet til oppgaveskriving var materiale fra tre informanter håndterbart. Samtidig er dette et lite utvalg som ikke kan gi grunnlag for noen absolutte og endelig konklusjoner. Jeg håper likevel det kan komme frem forhold som kan være med på å belyse det nettbaserte arbeidet knyttet opp mot psykisk helse. Helsesøstre kommer fra tre ulike fylker og det tenker jeg er en styrke fordi spektret av erfaringer blir større og mer variert. I følge Malterud (2013) er det når en føler at materialet er tilstrekkelig at en er kommet til et metningspunkt, og det vil ikke være nødvendig å innhente mer datamateriale fordi ytterligere intervjuing ikke nødvendigvis vil føre til ny informasjon.

Det ville vært av fordel å gjøre et prøveintervju for å få kjennskap til intervjusituasjonen og prøve intervjuguiden. Jeg hadde til intensjon å gjennomføre et prøveintervju, men det lot seg ikke gjennomføre av ulike årsaker.

4.1.3 Intervju som metode.

Mine data fremkommer gjennom det kvalitative forskningsintervju. Jeg ønsket å se, innhente og forstå erfaringer fra helsesøstrenes egne perspektiver om det å svare på spørsmål om

psykisk helse fra barn og unge gjennom nettbaserte tjenester. Jeg benyttet meg av semistrukturert intervju som utgangspunkt for datainnsamlingen. Intervjuguide ble utarbeidet for å få frem aspekter som kunne belyse min problemstilling (se vedlegg intervjuguide). Det er hensiktsmessig at intervjuguiden inneholder en oversikt over emner som skal dekkes, og med forslag av spørsmål som vil strukturere intervjuet (Kvale og Brinkmann 2010). På bakgrunn av dette brukte jeg en del tid på å lage en intervjuguide. Intervjuguiden besto av tre emneområder som var: nettbaserte tjenester, brukerne og faglige erfaringer i å jobbe med nettbaserte tjenester. Jeg ønsket at mine intervju skulle være i form av en samtale. Når en intervjuguide ble brukt fikk samtalen et bestemt fokus, og det ga rom for en fleksibilitet. Dette er i overensstemmelse med Thagaard (2013) som sier at ved å bruke en intervjuguide vil samtalen få et bestemt fokus og informantene har mulighet til å ta opp temaer som ikke er fastlagt på forhånd (Thagaard, 2013). Som Dahlberg (2008) påpeker er åpningsspørsmålene viktig i et intervju for å få en god start. Jeg brukte åpningsspørsmål som var generell, men samtidig knyttet opp mot profesjonen helsesøster, utdanning og hvor lenge de hadde jobbet med nettbaserte tjenester. Alle helsesøstrene svarte utfyllende og på bakgrunn av det Tjora (2012) kaller asymmetrisk formalisme som er at informanten til dels forventer at intervjuer skal stille spørsmål så opplevde jeg også at det var hensiktsmessig å ha disse spørsmålene (Tjora 2012). Det var hensiktsmessig fordi helsesøstrene fikk noen konkrete spørsmål og det ga en god flyt før vi kom inn på intervjuguidens emner. Med å ha emneområder ga det intervjuet et fokus og samtidig rom for å stille oppfølgingsspørsmål som var knyttet opp mot temaene jeg synes var interessant for studien (Dahlberg 2008). Jeg spurte oppfølgingsspørsmål som: "what happend next?", "When that happend, how did you feel?" (Polit og Beck 2010 s.537). Videre hevder Polit og Beck (2010) at det er viktig at spørsmålene i intervjuguiden er utformet slik at de ikke lar seg besvare med "ja og eller nei". Jeg ser i ettertid at noen av mine spørsmål var utformet med at de nettopp kunne bli besvart med "ja- og eller nei", men jeg ser ikke på det som ensbetydende svakhet for jeg fikk mulighet til å fange opp nyanser ved å stille oppfølgingsspørsmål.

4.1.4 Gjennomføring av intervju og bearbeidelse av datamaterialet.

Før intervjuet ble igangsatt hadde jeg en liten introduksjon hvor jeg fortalte litt om formålet med intervjuet, viste informantene diktafonen, informerte de om de etiske aspektene og spurte om de hadde noe de ville spørre om før vi satte i gang intervjuet. Alle intervjuene ble tatt opp på diktafon. På informanten som ble intervjuet gjennom Skype ble diktafonen plassert ved høytateren. Informantene var i forkant informert om opptaket og de hadde samtykket til dette

i samtykkeerklæringen. Før intervjuene ble igangsatt informerte jeg at intervjuet ble tatt opp. Bruk av opptaker som i mitt tilfelle var diktafon frigjorde meg som forsker til å rette oppmerksomheten til informanten og selve intervjuet, observere signaler og mulighet for å kunne stille relevante spørsmål (Thagaard 2013). Intervjuene hadde en varighet fra 38-60 minutt. Intervjuet ble avrundet slik Polit og Beck (2012) poengterer med at det kan være til fordel å avrunde intervjuet med å spørre om det er noe informanten vil tilføre eller om det er andre spørsmål som informanten ønsket at jeg som forsker skulle ha spurt om. Det kan åpne for viktig materiale for studien (Polit og Beck 2012).

To av intervjuene ble foretatt på helsesøsters arbeidssted og ett via Skype. Dette var etter helsesøstrenes ønske. Intervjuene ble transkribert på bakgrunn av hva Kvale og Brinkmann (2010) sier om at når intervjuene transkribes fra muntlig til skriftlig form blir de strukturert og bedre egnet for analyse. Ved å transkribere selv ville jeg få mulighet til å sikre detaljer. Samtidig ga det mulighet for å huske eller gjøre opp tanker om hva og hvordan intervjuet foregikk i forhold til det emosjonelle og de sosiale aspektene ved intervjusituasjonen (Kvale og Brinkmann 2010). Ved å transkribere ga det mulighet for å lytte på opptakene flere ganger for å forsikre at transkripsjonen var så rett som mulig. Samtidig ga det meg en fordel med at mening ikke gikk tapt eller ble uriktig transkribert fordi jeg fortok hele denne prosessen selv. Intervjuene ble transkribert i bokmål av hensiktsmessige årsaker som at informantene ikke skulle bli knyttet opp mot noen geografiske områder. På bakgrunn av anonymisering har informantene fått fiktive navn og det er ikke gjenkjennbart hvilken nett-tjeneste de hører til. For å ivareta informanter med en lojalitet og respekt var det kjernen i det de beskrev som var viktig og flyten i deres beskrivelser. Jeg valgte dermed å kutte ut små ord som eh, sukk, latter og andre småord som informantene ofte brukte i sine beskrivelser. Dette er også i overensstemmelse med hva Malterud (2013) skriver at hensikten med transkriberingen er å få frem det informantene snakker om, og det er viktig og ikke på noen måte å fremstille informantene slik at de kan latterliggjøres på noen vis.

Informantene viste stor interesse av studien. Det kom tydelig frem av kroppsspråk, mimikk og tonefall at dette var et tema de var engasjert i og at de ønsket å dele sine erfaringer og opplevelser gjennom det de fortalte. De tilbudte seg å stille til disposisjon om det skulle være noe i ettertid. Jeg vurderte at jeg fikk et rikt og fyldig datamateriale der og da, men ønsket mer utfyllende beskrivelser i ettertid. Av den grunn ønsket jeg å gjøre et suppleringsintervju på tre spørsmål, noe mine informanter samtykket til. Alle suppleringsintervjuene ble gjort som

telefonintervju. Intervjuene ble tatt opp på Iphone via appen "TapeACall" og senere transkribert på samme måte som de tidligere. Tjora (2012) hevder at det å intervjuer over telefon kan gjennomføres når det av økonomiske og praktiske grunner ikke lar seg gjøre å intervjuer ansikt til ansikt. Ulempen er at en mister mulighet til å bruke kroppsspråk, som for eksempel å nikke for få informanten til å snakke videre i den retning informanten befinner seg i. Fordeler med å intervjuer over telefon kan i tillegg til økonomisk og de praktiske grunnene være at det oppleves som tryggere for informanten særlig i tilknytning til anonymitet. Å snakke med noen over telefon kan få et mer formelt preg og man holder seg mer til planlagte spørsmål som en på forhånd har utarbeidet (Tjora 2012). Det var tidsbesparende å prate over telefon og det var en fordel både for informantene og meg siden jeg allerede hadde intervjuet de engang før.

Transkripsjonen var en tidkrevende prosess og jeg et fikk rikt og fyldig materiale som ble grunnlaget for denne studien. Lydfilene ga meg mulighet å høre flere ganger på det informantene mine hadde fortalt slik at jeg fikk forsikret meg om at jeg hadde forstått informanten riktig.

4.1.5 Ethiske overveielser

Det ble søkt om godkjenning av studien i Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste (NSD) som ble innvilget august 2013 (Vedlegg nr. 4). Ved redegjørelsen av min forforståelse og beskrivelse av framgangsmåten i innsamlingen av mitt materiale ønsker jeg å vise redelighet overfor mine lesere. Videre har jeg ivaretatt de etiske krav og anonymisering slik jeg redegjør nedenfor.

Skriftlig samtykke ble gitt av alle informanter og de var informert om at de kunne trekke seg fra studien når som helst uten noen form for begrunnelse.

I følge helseforskningsloven (2008), har enhver som får tilgang til helseopplysninger og eller andre personopplysninger som blir behandlet gjennom et forskningsprosjekt en plikt til å hindre at noen andre får tilgang til opplysningene (helseforskningsloven 2008). Jamfør Ruyter (2003) som sier at: innenfor forskningsetikk er "hovedoppgaven å beskytte den enkelte deltageren i forskningen - og samfunnet - mot andre sterke interesser" (Ruyter 2003 s.36).

Intervjuene har derfor ikke kommet inn på direkte identifiserbare personopplysninger. Anonymiseringen av dataen er viktig på grunn av at de ikke skal bli gjenkjent og mine informanter har fått fiktive navn noe jeg også finner i overensstemmelse med hva Tjora

skriver (Tjora 2012). Transkriberingen er skrevet på bokmål. Sitatene som er brukt i studien er også skrevet i bokmål uten at innholdet er endret. Noen av sitatene er forkortet på grunn av at det gir en bedre flyt og sammenheng. Samtidig har jeg bestrebet meg på å holde meg så nær de opprinnelige utsagn som mulig.

Alle samtykkeskjemaene, intervjuene og annet datamateriale samt diktafonen er behandlet i henhold til gjeldende lovverk om oppbevaring av forskningsdata. Datamaterialet ble oppbevart i en låsbar safe mens studien pågikk og de vil bli slettet når studien er over (Helseforskningsloven 2008). Informantene fikk fiktive navn og siden det er to forskjellige nettbaserte tjenester er også disse to anonymisert slik at det ikke lar seg oppspore til den eventuelle nettbaserte tjenesten.

4.2 Metoder for å sikre studiens kvalitet.

I kvalitativ forskning er det viktig å synliggjøre hva som ligger til grunn for forståelsen av de resultatene som kommer frem i studien. Malterud benytter seg av tre begreper til hjelp i kvalitetssikringsprosessen. Disse er refleksivitet, relevans (overførbarhet) og validitet. For å sikre studiens kvalitet ønsker også jeg å bruke disse og de presenteres i de følgende avsnitt.

4.2.1 Refleksivitet.

Malteruds begrep refleksivitet ligger til grunn for studiens troverdighet. " *Refleksivitet handler om forskerens forutsetninger og tolkningsramme*" (Malterud 2013 s.17). Jeg har redegjort for fremgangsmåten i forhold til innhenting av informanter, hvordan intervjuet er blitt gjennomført på grunnlag av intervjuguiden, transkriberingen og analysen. Dette er viktig for at leseren skal kunne følge mitt resonnement frem til de foreliggende resultatene. Min bakgrunn, interesse og det jeg erfarte i praksisperioden har vært med å påvirke mitt valg for hva jeg ønsket å studere. Forforståelsen jeg hadde med meg inn i forskningen ville også ha betydning for hvordan jeg tolket og forsto helsesøstrenes beskrivelser. Forforståelsen er ifølge Malterud også en viktig side av forskerens motivasjon for igangsetting av forskning omkring et bestemt tema (Malterud 2013).

Erfaringene jeg tilegnet meg i praksisperioden gjorde at jeg ikke stilte med "blanke ark", og dette ble en tydelig erkjennelse da jeg jobbet med dataene. Bearbeidelsen av et perspektiv som er inntatt vil kunne gjøre at en er mer åpen for andre forståelsesrammer enn de en selv hadde som utgangspunkt. Hadde det vært en annen person med et annet perspektiv hadde personen nok gjort andre funn. Det vil da si at alle har en forforståelse og den er legitim. Jeg

måtte legge til side forforståelsen min for klare å se fenomener som viste seg i materialet. Som tidligere beskrevet har jeg vært nødt til å jobbe frem og tilbake med mitt materiale for å få en forståelse hva teksten forteller, i en sirkel hvor jeg hele tiden vender tilbake til materialet. Det er dette som ifølge Thornquist (2003) vil være den hermeneutiske sirkel. Hver gang jeg forstår en del av virkeligheten, påvirker det min oppfatning av helheten. Og helheten fortolkes og forstås ut fra delene (Thornquist 2003).

Gjennom dette har jeg forsøkt å sikre resultatenes gyldighet. Videre vil det å være bevisst sin forforståelse være med på å danne en hypotese som igjen kan være med å belyse nye sider av et fenomen, begrunnet i empiri og diskutert i forhold til valgt teori. I analysen og diskusjonen er det den teoretiske referanserammen som ligger til grunn og dette har også hatt betydning for resultatene i studien. Grunnen til det er at materialet er blitt tolket av meg, i lys av min kunnskapsplattform og valg av teori. I og med at det er jeg som har analysert, tolket materialet ut fra hva jeg så på som betydningsfullt i deres formidling er det en selvsagt mulighet for at jeg har oversett og utelatt aspekter i hva de fortalte i intervjuene. I tillegg kan jeg ha tolket betydningen av utsagn ukorrekt, noe som ifølge Malterud (2013) er en svakhet i all tolkning. Samtidig som det alltid vil være en mulighet å tolke feil, har jeg valgt å bruke sitater i det skriftlige arbeidet fra mine informanter fordi det kan gi leseren direkte informasjon fra feltet. Ved å gi leseren et slikt innblikk i forskningsprosessen mener jeg å gi leseren bedre tilgang til grunnlaget for den forståelsen som ligger til grunn for studiens diskusjon. Dette vil ifølge Thagaard (2013) gi leseren mulighet for å følge mine resonnementer i forskningsprosessen.

Et annet aspekt ved resultatenes gyldighet er utvalgets størrelse og sammensetningen og hvilken betydning dette har for funnene. Jeg har et utvalg fra to forskjellige nettbaserte tjenester hvor disse er fra tre fylker i Norge. Dette ser jeg på som en styrke i oppgaven fordi de har mye av den samme erfaringen til tross geografisk spredning. Spennet i deres arbeidserfaring fra 2 til 10 år mener jeg ikke har noen relevant betydning fordi de jobber etter de samme helesøsterfaglige prinsippene uavhengig av arbeidserfaring. En svakhet ved studien kan være at det er benyttet et lite antall informanter, samtidig vurderte jeg det slik at antallet informanter jeg valgte ga best balanse i forhold til de to nettbaserte tjenestene. En annen svakhet er at jeg kan ha lagt føringer knyttet til begrepet "veiledning" i intervjuguiden. Den forforståelsen jeg hadde til begrepet da intervjuguiden (Vedlegg nr. 1) ble utarbeidet gjorde at jeg brukte begrepet veiledning, men skulle heller ha brukt svartjeneste. Studien har hatt en

begrenset tidsramme som jeg mener at ut fra mitt forskningsspørsmål, ga meg muligheten til å ta de valgene jeg gjorde selv om dette kan ha innvirkning på resultatet av forskningen. Og min intensjon er ikke å komme frem til noen absolutte konklusjoner eller påstander, men heller å belyse noen av helsesøsters erfaringer i sitt nettbaserte arbeid.

4.2.2 Relevans (Overførbarhet)

De funnene jeg har gjort bør også kunne brukes av andre i andre settinger en det jeg brukte funnene til. Malterud (2013) legger vekt på overførbarhet ved en studie og at denne overførbarheten er en forutsetning for kunnskap som skal deles med andre (Malterud 2013). Overførbarhet handler om hvilken grad resultater kan overføres til andre. Mitt empiriske materiale er hentet fra tre informanter noe som kan sees på som lite, og vil ikke være nok for å generalisere, men det kan gi et utsnitt av virkeligheten. Dette er også i overensstemmelse med hva Malterud (2013) skriver hvor målet i kvalitativ forskning er å få frem erfaringer og fortolkninger fra de mennesker som blir intervjuet (Malterud 2013). Jeg har som tidligere nevnt valgt informanter fra to forskjellige nettbaserte tjenester, noe som kan ha betydning for resultatene, og deres geografiske spredning gjør at ulike erfaringer kommer frem. Resultatene vil derfor kunne være relevante for andre helsesøstre som arbeider gjennom nettbaserte tjenester. Samtidig vil det kunne være til nytte for andre helsesøstre i det mer tradisjonelle arbeidsfeltet som helsestasjon og skolehelsetjenesten fordi det vil kunne gi relevant informasjon om barn og unges hverdag, noe jeg ser på som en forutsetning i arbeid med barn og unge. Overførbarhet har betydning for studiens relevans. I mitt litteratursøk fant jeg flere studier som omhandlet temaet internett og psykisk helse, men som tidligere nevnt er det ingen studier meg bekjent om helsesøsters psykiske helsearbeid gjennom nettbaserte tjenester i forhold til barn og unges psykiske helse.

4.2.3 Validitet

I denne studien er metoden for datainnsamling og analyseprosessen synliggjort i metodekapitlet som gir leseren mulighet til å følge prosessen frem til tolkningen og det kan gi validitet for studien (Malterud 2013). Jeg tenker at det vil være viktig å ta i betraktning at funnene bare er gyldige i forhold til helsesøstre som var med i utvalget. Det er et lite utvalg med en ujevn fordeling i forhold til hvilke nettbaserte tjenester de representerte. Likevel kan studien gi et visst innblikk i helsesøsters erfaringer omkring arbeidet de gjør i de nettbaserte tjenestene knyttet opp mot psykisk helse blant barn og unge, omkring de spørsmål studien reiser. Slik ser jeg studien som gyldig, noe som også samsvarer med hva Malterud (2013)

skriver at validitet handler om gyldighet og kan forstås som et kriterium for kvalitet (Malterud 2013).

4.3 Analyse av datamateriale

I følge Kvale er det på grunnlag av undersøkelsens formål og emneområde samt i samsvar med intervjumaterialets innhold at det bestemmes hvilken analysemetode som passer best (Kvale og Brinkmann 2010). Målet med analysen er at den skal bygge bro mellom rådata og resultater ved at materialet blir organisert fortolket og sammenfattet. Med utgangspunkt i problemstillingen stiller vi spørsmål til materialet, og svarene forteller om mønstre og kjennetegn som gjennom systematisk kritisk refleksjon kan identifiseres og gjenfortelles (Malterud 2013). Målet for analysen er å finne mening i transkriberte materiale i forhold til de hermeneutiske prinsipper om fortolkning som jeg tidligere har beskrevet.

Malterud anbefaler nye forskere å følge en beskrevet og fastlagt analysemetode istedenfor å finne sin egen vei gjennom datamateriale. Malterud hevder at systematisk tekstkondensering (SLC) er godt egnet for deskriptiv tverrgående analyser av fenomener som skal beskrives i et materiale fra mange informanter for utvikling av nye beskrivelser og begreper (Malterud 2013). Jeg har latt meg inspirere av Malterud's systematisk tekstkondensering(SLC) og vil bruke sentrale sider ved denne analysemetoden i bearbeiding og analyse av mitt materiale. Transkripsjonsmateriale fra intervjuene danner grunnlaget for analysen. Analysefasen startet etter flere ganger gjennomlytting og lesing av intervjuene. Ved å bruke denne analysemetoden har en mulighet til å forstå hva som fortelles og finne hvilken mening som kommer til uttrykk. I følge Malterud deles den systematiske tekstkondenseringens inn i fire trinn:

- 1) Få et helhetsinntrykk ved og lesing gjennom hele intervjutranskripsjonen.
- 2) Identifisere meningsbærende enheter.
- 3) Trekke ut innholdet fra de enkelte meningsbærende enheter. Systematisere/kondensering.
- 4) Sammenfatte betydningen. Sette sammen bitene igjen-altså rekontekstualisere.

Datamaterialet skal komprimeres og samtidig er det viktig at meningen beholdes.

(Malterud 2013).

I første trinn jobbet jeg med ett og ett intervju av gangen. Intervjuene ble gjennomlest for å danne meg et helhetlig overblikk om hva som ble fortalt. Etter intervjuene fremsto det mange fellestrekk. Mens jeg leste så noterte jeg i margin og streket under det som jeg synes fremstod

som viktig for problemstillingen. Jeg benyttet meg også av å høre gjennom lydfilene flere ganger for å kunne ha muligheten til å oppdage nyanser som kunne ha betydning. Det kunne for eksempel være tonefall, stemmeleie, latter og pauser som kom i helsesøsters formidling. Videre sier Malterud(2013) at helheten er viktig samtidig som at en prøver å legge egen forforståelse og teoretiske referanseramme til side for å være mer åpen for det som blir beskrevet (Malterud 2013). Etter gjennomlesning av materialet kan en begynne å oppsummere sine inntrykk og temaer kommer til syne. Temaene representerer et første intuitivt steg i å organisere materialet. Temaene som var felles for intervjuene ble identifisert. Disse var for eksempel: Hvordan å ordlegge seg i svarene, bekreftelse fra en voksenperson, være tilstede der barn og unge er, barn og unge i utvikling og psykisk helse, psykososiale problemer og hjelp på vei til egen tankeprosess.

Andre trinn innebar å identifisere meningsdannede enheter gjennom å organisere materialet. Når de meningsbærende enhetene skal identifiseres er det viktig å være bevist de temaene som ble identifisert i første fase. Dette kalles koding (Malterud 2013). Jeg leste systematisk gjennom materialet som førte til dekontekstualisering fordi deler av teksten ble hentet ut av sin opprinnelige sammenheng. Den teksten jeg så på som relevant i forhold til studiens problemstilling ble organisert i meningsbærende enheter. Meningsbærende enheter er tekst som på en eller annen måte *"bærer med seg kunnskap om ett eller flere av temaene"* (Malterud 2013 s.100). Temaene som jeg hadde funnet felles fra forrige trinn kunne jeg plassere i kodegruppene. For eksempel kunne tema: "Hvordan ordlegge seg i svarene" plasseres inn i koden: "Faglig kvalitet på nettbaserte skriftlige svar", tema: "Bekreftelse fra en voksen person" plasseres inn i koden: "Faglig kvalitet på nettbaserte tjenester", tema: "Være tilstede der barn og unge er" plasseres inn i koden: "Barn og unges arena", tema: "Barn og unge i utvikling" plasseres inn i koden: "Barn og unges arena" og tema "Komplekse spørsmål. Både utydelige og tydelige spørsmål» plasseres inn i koden: "sammensatte problemer av psykososial karakter"

Deretter merket jeg de meningsbærende enhetene ved hjelp av fargekoding på de ulike temaene, samtidig som jeg noterte og streket under det som jeg syns fremsto som viktig. Men også for senere og kunne lese det i sammenheng med beslektede tekstelementer og den teoretiske referanserammen. Dette gjorde det lettere å systematisere kodene etter at materialet var ferdig kodet. Temaene ble systematisert og delt inn i kodegrupper

For å få en bedre oversikt over prosessen ble en egenlagd tabell benyttet som en illustrasjon. Denne illustrerer hvilke tema som gikk under hvilke kodegruppe. Langs den horisontale akse er hver enkel kode/kategori mens den vertikale akse viser trinnene. I hver av cellene markerte jeg tekst.

	1	2	3	4	5
Tema	Hvordan ordlegge seg i svarere	Bekreftelse fra en vokse person	Være tilstede der barn og unge er	Barn og unge i utvikling	Komplekse spørsmål. Både utydelige og tydelige spørsmål
Kode	Faglig kvalitet på nettbaserte og skriftlige krav		Barn og unges arena		Sammensatte problemer av psykososial karakter
Subgrupper	<ul style="list-style-type: none"> - Ordlegging (i svarene) - Gi valg - Komplekse spørsmål 		<ul style="list-style-type: none"> - Anonymitet - Lettere for gutter å ta kontakt - Fordeler/ulempes med tjenesten 		<ul style="list-style-type: none"> - Psykologisk førstehjelp - motivasjon til å søke hjelp - gi fra seg ansvar
Sammen- drag	Gi svar som fremmer helse		Være tilgjengelighet på de unges arena		Gi hjelp til positiv tankeprosess

I tillegg til denne framstillingen er det viktig med en komplett versjon av datamaterialet (Malterud 2013). For det er opp mot denne helheten jeg til slutt skal vurdere mine funn. Det vil være viktig for meg å forstå det jeg har lagt til grunn i kodingen for videre analyseprosess.

I tredje trinn skal man trekke ut kunnskapen som hver enkelt kodegruppe representerer fra forrige analysetrinn. Jeg hadde et materiale med tre informanter, noe som tillot meg å jobbe med hvert enkelt intervju enkeltvis hvor jeg tok for meg hver kodegruppe. Informantene la mye vekt på det samme i forhold til intervjuguidens spørsmål, men det kom også nye tema frem. Dette resulterte i at det ble nødvendig å lage subgrupper. For eksempel så fikk koden: "Faglig kvalitet på nettbaserte skriftlige svar" subgruppen: "Ordlegging, gi valg og komplekse spørsmål", koden: "Barn og unges arena", subgruppen: "Anonymitet, lettere for gutter å ta kontakt og fordeler/ulempes med tjenesten" og koden: "sammensatte problemer av

psykososial karakter", subgruppen: "Psykologisk førstehjelp, motivasjon til å søke hjelp og gi fra seg ansvar".

I mitt materiale har jeg tre subgrupper av meningsbærende enheter som kan være aktuelt i forhold til min problemstilling. Hver enkelt av de meningsbærende enhetene innenfor hver subgruppe ble gjennomgått og omskrevet til abstrakt mening med egne ord.

I analysens siste og fjerde trinn handler det om og sette sammen bitene igjen som Malterud (2013) kaller rekontekstualisering. Videre sammenfatter jeg materialet til en meningsfull helhet som viser både lojalitet i forhold til intervjupersonene og som gir leseren innsikt og tillitt. For å formidle hva materiale forteller bruker jeg de kondenserte tekstene og de utvalgte sitatene og lager en innholdsbeskrivelse for hver kondensering. Leseren skal nå få se hva materiale og de utvalgte sitatene forteller.

5 FUNN

I dette kapitlet vil jeg presentere sentrale funn som fremkom av min analyse og disse vil bli sett opp mot min problemstilling, teori og grunnleggende rammer samt tidligere forskning basert på helsesøsters erfaringer i sitt arbeid gjennom nettbaserte tjenester med barn og unge som har psykiske plager. På grunnlag av analysen min, siste trinn, har jeg kommet frem til tre kategorier som belyser helsesøstrenes erfaringer. Med hensyn til anonymisering har mine informanter fått fiktive navn som Ingrid, Solveig og Turid.

Hovedkategoriene er:

- Gi svar som fremmer helse
- Være tilgjengelig på de unges arena
- Gi hjelp til positiv tankeprosess

5.1 Gi svar som fremmer helse

Helsesøstrene i de nettbaserte tjenestene er av den oppfatning om at det er mye informasjon som ligger tilgjengelig på internett. De mener det er lett å bruke for eksempel google for å søke på emner, temaer og stikkord, men de undrer seg over om denne informasjonen er kvalitetssikret og oppdatert. De sa at de kan på en måte forstå barn og unges utfordring med å finne nettstedene som er relevante for deres spørsmål og svar.

5.1.1 "Man kan google på hva som helst og få opp svar på hva som helst".

Helsesøster Ingrid forteller at det er veldig mye informasjon på Internett. Og at det kan være vanskelig for barn og unge å vite hva som er korrekt informasjon. Forståelse for informasjonen som er skrevet og til hvem er den ment for er også viktig. Det er et stort behov for kvalitetssikrede nettsider noe som Ingrid gir uttrykk for det ved å si:

"...noen ganger søker en etter svar man kanskje ønsker...et bestemt svar, ikke sant? Og hvis svaret man får, ikke passer med egne forventninger går man kanskje til andre sider å leiter etter svar som passer og det er nødvendigvis ikke det samme".

Solveig sier det slik: *"...jeg liker å tenke på meg selv som om jeg er faglig bevisst. Og jeg er veldig opptatt av at det skal være god kvalitet. Og så syns jeg det er viktig å tenke helhetlig og ikke bare spørsmål hver for seg".*

Turid uttrykker viktigheten med kvalitetssikrede svar slik: *"Jeg ser selv når jeg sitter og svarer, at når jeg søker i andre sine svar så syns jeg noen ganger at det andre har skrevet er utdatert. Og om spørsmålene blir deligert til feil fagperson så kan svarene bli feile"*.

Samtidig så fremkommer det fra informantene at det kan være utfordrende å gi fra seg ansvaret gjennom og for eksempel oppfordre til at den unge skal søke hjelp fra andre som for eksempel helsesøster på skolen. Dette uttrykkes i utsagn som:

"...muligheten til å følge over tid har man ikke. Den må man gi ifra seg til andre enten gjennom å myndiggjøre den unge selv eller å gi råd om andre steder de kan søke hjelp...som du på en måte må stole på at de benytter" .

"... En er ikke i en posisjon der en kan være i dialog. Og da må en ta utgangspunkt i det som blir sagt i spørsmålet. Og da får du ikke mulighet til å få nyanser".

Et annet aspekt som helsesøstrene trakk frem som et helhetsinntrykk var at de erfarte at det var bra at det var informasjon på internett, men de samtidig uttrykte de viktigheten rundt at informasjonen skulle være kvalitetssikret. Det kommer veldig tydelig frem i følgende sitat fra helsesøster Ingrid når hun sier:

" På internett er det så veldig mye, og man kan google på hva som helst og få svar på hva som helst. Det å ha kvalitetssikret nettsider til ungdom der de kan være sikker på at den informasjonen de får er riktig tror jeg er viktig".

" Vi har veldig mange fagartikler om alle temaer ungdom spør om. Hvis vi ser at et tema går igjen så lager vi en fagartikkel på det. Vi kan legge ved artikler som gir gode råd, men vi er alltid opptatt av å svare den enkelte ordentlig. Vi driver ikke noe sånn klipp og lim, og bare skriver se løsning i artikkel under, Vi svarer alltid unikt. Vi møter akkurat deres problemstillinger. Bestreber oss på å gjøre det godt sånn at alle føler seg personlig møtt".

5.2 Være tilgjengelig på de unges arena.

Helsesøstrene i mitt materiale er opptatt av at de er tilgjengelige på barn og unges arena gjennom nettbaserte tjenester. De mener det er viktig å følge med i den teknologiske utviklingen når det gjelder å "nå " barn og unge i deres hverdag. Videre er tiden og anonymiteten en stor fordel i nettbaserte tjenester som de trekker frem. Det er lav terskel for å stille spørsmål og man kan spørre om akkurat det en lurer på når som helst.

5.2.1 "...tusen takk for at dere er her!"

Barn og unge gir tilbakemeldinger på nettsidene. Tilbakemeldingene betoner seg for det meste positivt i form av at barn og unge takker for at tjenesten finnes. Spørsmål som sendes inn kan

ofte begynne med at de skriver at de er glad de har noen å spørre på nett og at de ønsker svar fort. Tidsperspektivet på svar tilbake er et tema som helsesøstrene understreker oppleves som viktig for barn og unge. Ingrid forteller at hun har fått spørsmål som blir innledet med: "*Vær så snill å svar fort...det er viktig*". Ingrid forteller videre at hun opplever at det er slik barn og unge er. De vil ha svar her og nå. På begge tjenestene har de en form for merking av spørsmål som bør bli prioritert avhengig av type spørsmål som tolkes mer "alvorlige" eller at de trenger å bli prioritert hurtigere i svarprosessen. Hos en av disse tjenestene innebærer dette en svarfrist på et døgn. Helsesøstrene fra begge tjenestene kan på en måte skjønne at barn og unge syns en uke kan være lang tid. Helsesøster Ingrid gir uttrykk for dette gjennom sitt utsagn: "*En svarfrist på opp til en uke kan fortone seg lenge for barn og unge. De vil ha svar her og nå*". På en annen side sier flere av helsesøstrene at de trenger tiden de har til rådighet. Turid utdyper dette ved følgende utsagn: "*...jeg får tid til å tenke meg om på svaret. Og det er viktig for å kunne gi et godt svar. Å ha tid til å lese meg opp på forskning, teorier og slikt*".

5.2.2 "*...Spørre om ting som dem kanskje ikke tør å spørre om ansikt til ansikt*".

Helsesøstrene i mitt materiale er opptatt av anonymiteten disse nettbaserte tjenestene gir. At det er viktig å gi alle barn og unge et likeverdig tilbud uansett hvor de befinner seg alder og kjønn. De mener det har sin klare fordel og terskelen for å spørre er ikke stor. Helsesøster Solveig beskriver det så konsist som: "*Her er det ingen dør man må banke på. Her er det bare å spørre*". Selv om helsesøstrene ser hovedtyngden av innsendte spørsmål fra jenter så er det mange gutter som tar kontakt. Og de er av den oppfatning av at gutter har lettere for å ta kontakt gjennom de nettbaserte tjenestene. Hun uttrykker det slik: "*...Jenter er i flertall, men ikke så stort flertall som vi ser ute i virkeligheten. Jeg tenker at en når flere gutter på nett-tjenester enn ute på et kontor eller på helsestasjon for ungdom*".

Et annet utsagn som sier noe om tilgjengeligheten og den teknologiske utviklingen de siste årene er følgende:

" ...Det er jo så korte intervaller nå. Denne moderne tiden ...det er de to-tre siste årene. Spørsmålene økte med 30 % etter at smarttelefonene kom med mulighet for å stille spørsmål der...Så ungdom er liksom bare...de stiller spørsmål akkurat der og da når de kommer på at de trenger hjelp".

5.2.3 "*...Det er jo noen ting som kanskje er skambelagt....*"

Helsesøster Ingrid erfarer at tilgjengeligheten og anonymiteten kan være til stor fordel for de som tar kontakt gjennom nettbaserte tjenester. Psykiske problemer som helsesøstrene nevner går igjen i spørsmålene og er som tidligere nevnt komplekse og sammensatte. Ensomhet

kombinert med relasjonsproblemer til andre, dårlig selvtillit og selvfølelse, vold og overgrep, prestasjonsangst og forventningspress er noen av spørsmålene som går igjen.

Spørsmålsomfanget oppleves bredt av helsesøstrene. Helsesøstre mener henvendelsene fra barn og unge er blitt mer omfattende i sin helhet. Spørsmålene er blitt mer komplekse og sammensatte enn de var tidligere da spørretjenestene startet. Variasjonene i spørsmålene er blitt større, samtidig som terskelen for å spørre gjennom nettbaserte tjenester er blitt lavere. Informantene mener dette er en følge av at aldersspennet på brukerne av tjenestene har blitt større. Turid formidler aldersomfanget i følgende sitat: *" Ja, det er jo ungdom. Eller ungdom og ungdom. Det er fra barn til ungdom. Barn fra 9 år til ungdom som er 25-26 år...noen har også fått barn og er i samboerforhold".*

Når det er forhold barn og unge syns er vanskelig å erkjenne for seg selv så er anonymiteten med på å gjøre det lettere. Ingrid sier det slik:

" Det er jo noen ting som er litt skambelagt kanskje, noen ting som er vanskelig å spørre om, noen ting som er litt vanskelig å erkjenne for seg selv. At det her syns jeg er vanskelig eller at det her er en utfordring. Og da er det lettere å være anonym".

5.2.4 "...de sier selv hva de vil til hvem de vil".

I det forebyggende og helsefremmende arbeidet er det klart at det kan være en fordel at de som spør er anonym. Det åpner for muligheten til å spørre om både noe en ikke vil spørre om ansikt til ansikt eller for eksempel tabubelagte spørsmål. En helsesøster poengterer dette i følgende utsagn:

" ...det er noen ungdom som ikke får hjelp fordi de har en type vanske som ikke passer i den måten vi driver helsevesenet på. For eksempel autisme og astbergers. De lurere på ting som de aldri vil klare å spørre noen ansikt til ansikt".

Helsesøstrene opplever at det kan oppstå etiske dilemmaer som de må forholde seg til i slike situasjoner. Samarbeid med andre fagprofesjoner har da vært nødvendig. Helsesøstrene nevner da episoder der barn og unge har fortalt de alvorligste hendelser som de har opplevd eller skal gjøre. Som for eksempel trusler som å skade andre, selvmords spørsmål, overgrep, overmedisinering. Da er det mulig å konfrontere med andre fagprofesjoner og det har skjedd. En helsesøster sier det slik: *" Vi har hatt diskusjoner om etikken rundt dette, fordi at barn og unge hadde kanskje ikke spurt om det spørsmålet om de viste at de kunne bli oppsøkt. Og uansett så sier de jo selv hva de vil til hvem".*

5.3 Gi hjelp til positiv tankeprosess.

I intervjuene hadde helsesøstrene ulikt syn på om deres arbeid gjennom Internett var veiledning eller om de på en måte var med på å gi barn og unge en måte å reflektere og håndtere det de lurte på gjennom å gi de reflekterende spørsmål i svarene. Helsesøstrene var enige om at fagkunnskapen de hadde var med på å forme gode og oppriktige svar. Videre var de enige om at kommunikasjonens art, altså at den foregår gjennom Internett både har sine fordeler og sine begrensninger. Helsesøstrene erfarte at det i hovedsak var spørsmål fra jenter, men i tillegg så de en tendens til økning av spørsmål fra gutter. Aldersgruppen spørsmålene kommer ifra er barn i alderen barneskolen til opp mot 30 år. Dette fører til at det er blitt mer utfordrende og tidkrevende å gi et godt individuelt tilpasset svar som helsesøstrene ønsker å gi. Samtidig mener helsesøstrene at dette aldersspennet fører til individuelle forskjeller avhengig av alderen, modning og utvikling i svarene de gir gjennom de nettbaserte tjenestene.

5.3.1 "...er jeg bra nok, ser jeg fin nok ut, hvorfor liker ingen meg..?"

Helsesøstrene gir uttrykk for at spørsmålene har forandret seg over tid. De er blitt mer komplekse og sammensatte. Det er både kroppslig og mentale forandringer hos barn og unge noe som kan by på store omveltninger. Barn og unge skal finne ut hvem de er og hva de står for. Samtidig møtes de av nye krav og forventninger. Solveig uttrykker i følgende utsagn:

"...før kunne jeg svare på flere spørsmål i timen. Nå er det større variasjon, lange og sammensatte spørsmål. Ungdommen er utrolig flinke til å beskrive situasjonen sin godt. Så det er krevende å besvare og mer tidkrevende".

Helsesøstrene forteller at de opplever at det er flere aspekter nå enn før. Nå kan spørsmålene være preget av relasjoner både til skole, familie og venner i tillegg til det egentlige problemet som barn og unge lurte på. En av helsesøstrene sier det slik: " *Det er jo slik at med helsesøsters arbeid så blir vi spurt om veldig mange ting*". Det er ikke alltid heller det er gitt for helsesøstrene hva barn og unge spør om. Noen spørsmål er korte og spørsmålet er ikke så lett å skjønne. Noen ganger kan det bare være en beskrivelse. Solveig gir noen eksempler på korte spørsmål eller utsagn som barn og unge har kommet med: "*...Jeg er så trist*", "*Jeg er selvskader*", "*Jeg har spist 20 paracet og låst meg inne på rommet*", "*Hjelp!!*".

Helsesøster Ingrid har lignende utsagn fra barn og unge som hun har fått: "*Jeg har ingen venner. Hva skal jeg gjøre?*", "*Jeg føler meg ikke god nok*". Andre barn og unges spørsmål er igjen veldig klare og spørsmålene tydelig. Spørsmålene kan være som en av helsesøstrene beskriver det i sitt utsagn: "*spørsmålene er like forskjellige som unge er forskjellig ellers*". Ingrid forteller videre at det å være ung er jo betinget med så mye usikkerhet. Barn og unge

kan være usikker på sin egen identitet og det skjer store fysiologiske og psykiske forandringer. Dette kan være med på å prege hvordan spørsmålene blir stilt og hvordan de er sammensatte noe som kan by på utfordringer i arbeidet gjennom nettbaserte tjenester. Kommunikasjonen gjennom disse tjenestene har sine begrensninger fordi det innebærer fordeler og ulemper. Fordelen er at en har mulighet til å normalisere følelsene til barn og unge. Dette sier hun gjennom følgende utsagn:

" Dem er veldig oppe i sine egne følelser og det er jo det som er på en måte hele verden, ikke sant? Og derfor tror jeg det å få noen som kan nyansere eller som på en måte kan bekrefte at det her er helt normalt. At det er vanlig og livet går videre. Det er ikke slik det kommer til å være for alltid. Det tror jeg altså... det på en måte å normalisere litt og si at dette går over. Det tror jeg vil være viktig for den unge som føler at hele verden raser sammen".

Videre sier hun at ulempene ved nettbaserte tjenester er begrensningen: *"...fordi du er ikke i en posisjon der du kan være i dialog"*.

Helsesøstrene fremhevet svar, dialogen, veiledningen og kommunikasjonen som utfordrende å arbeide med gjennom nettbaserte tjenester. De bruker begrepene svar, kommunikasjon, dialog og toveis-kommunikasjon.

"...i den grad en kan kalle det veiledning så synes jeg man har mulighet til å bidra til at de skal finne sin egen løsning. Og det tror jeg er bra".

Solveig:

"...jeg har valgt å kalle dette en multelinjetjeneste. Og du kjenner på en måte akkurat der i hverdagen til ungdommen og du kan hjelpe på et enda tidligere nivå enn du kan når du er helsesøster i en annen rolle da. Og det føles jo tilfredsstillende å komme inn så raskt..."

Kartlegging, nyanser og ingen mulighet til å følge opp var noe som helsesøstrene erfarte som utfordrende. Det at en *"bare har det som står svart på hvitt"*. Det er det som blir materialet å jobbe ut fra. De bestreber å svare hver enkelt unikt og at barn og unge skal føle seg personlig møtt. Helsesøster Ingrid forteller at det noen ganger er utfordrende fordi barn og unge noen ganger ønsker seg en konkret oppskrift på et problem. Hun sier:

" Det er ingen oppskrift som gjelder for alle så da er det på en måte vanskelig å gi helt konkrete råd og si at hvis du gjør sånn så vil det bli bra. Jeg synes det er vanskelig når dem på en måte har håp om å få et konkret svar som kan føre til en konkret forbedring av situasjonen sin".

Helsesøstrene er opptatt av at det er viktig hvordan oppbyggingen av svaret de gir. De mener det har stor betydning fordi barn og unge skal kunne forstå svaret de får for å kunne handle. Og at dette gir barn og unge en mestringsfølelse.

Turid:

"... jeg prøver å stille spørsmål som kan gjøre at de kanskje kommer litt videre i sin egen tankeprosess rundt ting. Man kan bruke kognitiv terapi hvor man stiller spørsmålene i en slik rekkefølge som gjør at de kan komme videre i prosessen de er i".

Solveig trekker inn begrepet myndiggjøring i intervjuet. Og mener det er viktig og myndiggjøre gjennom hvordan hun stiller spørsmålene. Dette fremkommer i følgende sitat:
" Stille spørsmål som åpner og inviterer til refleksjon. En kan for eksempel spørre: tror du at du har noen mulighet til å gjøre noe selv med dette her? Er det noe du kan tenke gjennom? Er det noen som kan hjelpe deg?"

Selv om helsesøstrene har mulighet til å stille slike spørsmål, vil de ikke få noe tilbakemelding på spørsmålene. To av informantene nevner chattelinje og at de har vært inne på tanken om det kan være til hjelp i forhold til å arbeide med barn og unges psykiske helse. En informant uttrykker dette gjennom utsagn:

" Ungdommen bestiller ikke time hos fastlegen sin som de får time hos om 14 dager, og i tillegg er nødt til å ta fri fra skolen. Jeg tenker at det hadde vært potensiale for kommuner å utvikle og tilby chattelinje" og " Chattelinje kan være nyttig for noen. Det vil jeg tro. Jeg tenker det gir mulighet til å dempe litt...mange av de tingene ungdom kommer med er jo ikke akutt".

Fra begge nettbaserte tjenester har de erfaring i bruk av et program kalt psykologisk førstehjelp utviklet av psykologspesialist Solfrid Raknes. Dette er et selvhjelpsopplegg som bygger på hovedprinsippene i kognitiv terapi (Raknes 2010). En av helsesøstrene utdyper videre i hvordan hun har brukt dette i svarene hun har gitt: *"...det handler om å få de unge til å ta tak i eget liv og gjøre noe. Finne løsninger. Søke videre hjelp. At vi prøver å gi verktøy til det".* En annen helsesøster sier det slik: *"...Hjelpe de unge i å øve å tenke. At de får en refleksjonsprosess".*

6 DISKUSJON

I dette kapitlet vil jeg presentere og diskutere sentrale funn på bakgrunn av mitt material om helsesøsters arbeid gjennom nettbaserte tjenester med barn og unge. Først vil jeg drøfte rundt kategorien: "Være tilgjengelig på de unges arena". Videre ha jeg har valgt å slå sammen kategoriene "Gi svar som fremmer helse" og "Gi hjelp til positiv tankeprosess" på bakgrunn av deres likhet. Disse to kategoriene har i diskusjonen fått betegnelsen: "øke de unges mestringsevne". Disse funnene vil drøftes i lys av min problemstilling, oppgavens teoretiske ramme og tidligere forskning.

6.1 Være tilgjengelig på de unges arena.

Muligheten til å "nå" barn og unge er å være tilgjengelig på arenaene de befinner seg. "...bare et tastetrykk unna" er et utsagn fra en informant som jeg tenker sier noe om tilgjengelighetens betydning. Helsesøstrene er av den oppfatning av at det er mindre barriere å spørre på nettsidene ennå og personlig møte opp på helsesøsterkontoret. Det viktigste for ungdom i kommunikasjon med helsevesenet er at unge blir tatt på alvor, at konfidensialitet blir ivaretatt og at legekantoret er lett tilgjengelig. Å lytte til hva de unge sier og vise respekt ved å ikke være moraliserende, eller komme med råd de ikke har etterspurt er avgjørende i kommunikasjonen med barn og unge (Hjortdahl i Haavet, 2005 s.91). Det at lett tilgjengelighet er en av de viktigste faktorene for ungdom i kommunikasjon tenker jeg kan si noe om hvordan helsevesenet blir brukt. I de nettbaserte tjenestens sammenheng er tilgjengelighet tjenestens fordel. Slik jeg ser denne fordel kan Hjortdahl i Haavets(2005) påstand om tilgjengelighet være overførbart i nettbaserte tjenester fordi majoriteten av barn og unge har tilgang på internett, de er vant til denne typen elektronikk og de behersker bruken av den. Samtidig oppleves internett av mange som en mer konfidensiell og mindre skremmende måte å få informasjon enn ansikt til ansikt konfrontasjon med helsearbeidere (Hjortdahl i Haavet 2005 s.93).

6.1.2 " Her er det ingen dør man må banke på. Her er det bare å spørre".

Fordelen med de nettbaserte tjenestene ifølge mine informanter er at de alltid er åpne og de gir et likeverdig tilbud uavhengig av hvor barn og unge bor, alder og kjønn. Dette beskrives gjennom Solveigs utsagn: " Her er det ingen dør man må banke på. Her er det bare å spørre".

Jeg tenker at barn og unge som søker hjelp gjennom nettbaserte tjenester gjør fordi de trenger hjelp. Det er lettere å ta kontakt via nettbaserte tjenester enn å oppsøke lokalt hjelpeapparat og

det er en lavere terskel å komme med spørsmål når en kan være anonym. I følgende utdrag fra årsrapporten i Klara klok er konklusjonen at: "*Ungdommen føler seg tryggere når de er anonyme og dermed kan de ta opp problemer de kanskje ellers ikke ville snakket med noen om*" (Årsrapport 2011 og virksomhetsplan 2012 s.12).

I Trondsens (2013) studie fremkommer internett som hensiktsmessig med flere fordeler knyttet til hvordan internett kan hjelpe som et forum. Fordeler som blant annet kontakt med andre i samme situasjon uavhengig av fysisk avstand, gjenkjennelse og anerkjennelse av egne følelser, tanker og erfaringer, tørre å kommunisere om vanskelige temaer, tilgjengelighet døgnet rundt og at kommunikasjonen var skriftlig som bidro til både refleksjon og økt forståelse av sin egen situasjon. Dette kan knyttes opp mot flere funn i min studie. Et av funnene i min studie var hvilken betydning helsesøstrene mente at tjenesten hadde med bakgrunn i at den var nettbasert. En av helsesøstrene beskriver den nettbaserte tjenestens fordel slik; "*...lurer på ting de aldri ville klart å spørre noen ansikt til ansikt*". Dette utsagnet beskriver at barn og unge har lettere for å spørre gjennom nettbaserte tjenester som var et samlet inntrykk blant helsesøstrene. Å tørre å spørre er det som er kjernen i å få hjelp og det er uavhengig kontekst. Slik jeg ser det vil være en styrke i de nettbaserte tjenestene fordi en kan nå en større populasjon.

Om vi ser dette i en sosioøkonomisk sammenheng kan nettbaserte tjenester "nå" barn og unge av ulik kulturbakgrunn, etnisitet, minoriteter og vanskeligstilte grupper på bakgrunn av tilgjengeligheten (Hjortdahl i Haavet 2005). Javo (2010) skriver om å jobbe med barn og unge sett fra en kulturforståelse blant fagfolk og hvordan utfordringer en står overfor sett i det forebyggende arbeid. Videre skriver hun om kulturkompetansens betydning og at det innebærer å ha en kultursensivitet som er viktig for å kunne oppdage og forstå i hvilken grad kulturelle faktorer påvirker kommunikasjonen og den sosiale interaksjonen. Når helsesøstrene i mitt materiale sier at de kun har det materiale som står svart på hvitt og de beskrivelser som blir gitt, er dette utgangspunktet de må jobbe ut ifra. Helsesøstrene trenger for eksempel ikke å ta stilling til kulturtilhørighet eller trosretning fordi denne informasjonen ikke er tilgjengelig om den ikke blir oppgitt. De kan bruke sin fagkunnskap konsentrert om spørsmålet innhold. Svakheten ved kun en slik tilgang til informasjon, er at de ikke vet noe om den som spør forutenom det som er skrevet. Det kan føre til at svaret blir for generelt og ikke tilpasset den enkelte. Den eneste muligheten er at de kan analysere skrivemåten i forhold til det kognitive og svare ut fra det. I en samtale ansikt til ansikt derimot vil det være flere

nyanser og elementer å forholde seg til som kan gi et annet svar eller en annen vinkling på svaret til den som spør. Røkenes og Hansen i Javo (2010) poengterer konsekvensen hvis kultursensitiv kommunikasjon uteblir med at misforståelser kan oppstå og samtalen av den grunn ikke oppleves som meningsfull. Sett i sammenheng til informasjonen helsesøstrene i de nettbaserte tjenestene kan få, kan denne kultursensitive kommunikasjonen utebli som et resultat av begrensningen anonymiteten fører med seg. Dermed vil kanskje ikke svaret de gir oppleves som meningsfullt av mottakeren.

I henhold til Turids erfaring om at hun stiller seg undrende til om nettbaserte tjenester "når" barn og unge på riktig måte, ser jeg det samsvarer med det Glavin og Kvarme (2003) skriver om at arbeidet i skolehelsetjenesten og tjenesten krever tilpasset tilnærming til de ulike arenaene. Er nettbaserte tjenester en tilpasset tilnærming ut fra hva helsesøstrene erfarer? Etter smarttelefonen kom sier en informant at det ble en økning på 30 % på spørsmålsomfanget fra barn og unge. Denne økningen kan tyde på at nettbaserte tjenester er en arena som "når" barn og unge. Når det derimot gjelder budskapet i helsesøsters formidling beskrev informantene at de ikke vet med sikkerhet om de "når" barn og unge med det de formidler. Helsesøstrene vet heller ikke om svaret de har gitt har blir forstått.

Nettbaserte tjenester som tilnærming mener jeg er i overensstemmelse med min forståelse av et forebyggende og helsefremmende perspektiv fordi helsesøster har mulighet til og «nå» flere og svarene tilpasses ut fra det helsesøstrene har av informasjon fra den som spør. Ved at svarene blir tilpasset den enkeltes behov tenker jeg viser at helsesøstrene har mulighet til å forebygge utvikling av negative konsekvenser sett sammenheng med psykisk helse.

6.1.1 "...barn og unge hadde kanskje ikke spurt om de viste at de kunne bli oppsøkt...".

Siden de nettbaserte tjenestene er anonyme tjenester gir det etiske utfordringer ifølge helsesøstrene. En informant sier: *" Vi har hatt diskusjoner om etikken rundt dette, fordi barn og unge hadde kanskje ikke spurt det spørsmålet om de viste at de kunne bli oppsøkt. Og uansett så sier de jo selv hva de vil til hvem"*. Dette tolker jeg slik at hun mener at hadde det ikke vært for at denne tjenesten var anonym så kan en miste tilgang til disse spørsmålene.

Dette er også i overensstemmelse med Hjortdahl (2005) som viser til tidligere forskning om at internett blir brukt i søken etter svar og spesielt med problemer som oppleves som stigmatiserende eller veldig personlige.

Samtidig som det er viktig å få tilgang til barn og unges spørsmål, vil det noen ganger kunne oppleves som et dilemma for helsesøstrene at de får innblikk i hva den unge spør om uten å vite om den unge klarer å gjøre noe med det selv etter de har svart. Anonymiteten utfordrer til etiske spørsmål fordi det vil være vanskelig på grunn av at anonymitet fører med seg en distanse. Denne distansen reduserer muligheten for nyanser i arbeidet rundt psykisk helse hos barn og unge. Nyanser som kunne vært fanget opp i den tradisjonelle helsesøstertjenesten hvor en møtes ansikt til ansikt. Slik de nettbaserte tjenestene fungerer i dag, gir de kun et svar til de som henvender seg. Dermed er det ingen muligheter for nyanse, og helsesøstrene er nødt til å gi fra seg et oppfølgingsansvar og stole på at den som mottar svaret fra helsesøster klarer å bruke svaret til å fremme egne ressurser som er en viktig side ved psykisk helse sett i sammenheng med det forebyggende og helsefremmende arbeidet. Å gi fra seg oppfølgingsansvar kan ses på som en begrensning i de nettbaserte tjenestene, men samtidig kan de også være en måte å vise vei til andre tjenester.

6.1.2 " ...når flere gutter på netjtjenester..."

Solveig var opptatt av brukerne av tjenestene som følge av tilgjengeligheten. Hun sa at selv om hovedtyngden av innsendte spørsmål var fra jenter så var det mange gutter som tok kontakt. Og hun var av den oppfatning av at gutter hadde lettere for å ta kontakt gjennom de nettbaserte tjenestene. Hun uttrykker det slik: *"...Jenter er i flertall, men ikke så stort flertall som vi ser ute i virkeligheten. Jeg tenker at en når flere gutter på nett-tjenester enn ute på et kontor eller på helsestasjon for ungdom"*.

I følge Klara Klok (2013) er fordelingen mellom kjønn i forhold til stilte spørsmål: jenter 68,61 % og gutter 28,19 %. Resterende 3, 21 % oppgir ikke kjønn. Det er en jevn svak økning av gutter de siste årene og færre som oppgir ukjent.

Ung.no har ikke statistikk tilgjengelig for allmenheten når det gjelder fordelingen på kjønn i forhold til stilte spørsmål og det kan da ikke gis noen pekepinn på økning per dags dato.

6.2 Øke de unges mestringsevne.

Helsesøsters kjernefunksjoner er å fremme helse og forebygge sykdom og skade hos barn og unge fra 0-20 år. Dette gjelder både i et individrettet og grupperett perspektiv. Gjennom kjernefunksjonene kan helsesøster være med på å øke de unges mestringsevne (Glavin, Helseth og Kvarme 2013). I de nettbaserte tjenestene jobbes det både individrettet i forhold til svar som gis og fagartikler publiseres av helsesøstrene kontinuerlig etter hva de ser av

spørsmål og tema som går igjen, slik at barn og unge kan søke etter svar i tillegg til og selv spørre om det de har behov for.

Helsesøstrene i de nettbaserte tjenestene hadde erfaring med at måten de svarte på var av betydning fordi barn og unge trenger å få bekreftelse når de har tatt kontakt. I det helsefremmende arbeidet er hensikten å bidra til at personen gjennom økt kontroll kan forbedre sin helse (Tveiten 2007b). Å gi barn og unge bekreftelse gjennom svaret etter at de har tatt kontakt kan være med på å hjelpe den unge til å takle sitt problem, istedenfor å ikke dele problemet med noen. Dette samsvarer med hva Glavin og Kvarme(2003 s. 98) skriver at å forhindre eller redusere helsesvikt er ved å fjerne årsaker eller risikofaktorer. Helsesøstrene vektla det å gi et best mulig svar og ga videre uttrykk for at spørsmålene fra tjenesten var blitt mer variable og sammensatte enn de var i begynnelsen. Noe som var tidkrevende og krevde mer av dem som fagpersoner når de ga svar. Informantene brukte begrepene kommunikasjon, dialog, toveis-kommunikasjon og veiledning om hverandre når det gjaldt svarene som de ga til barn og unge.

6.2.1 "...jeg ser etter spørsmålet, for hva er det egentlig den unge spør om..."

Det er enighet blant mine informanter om at det er viktig å prøve å skjønne hva de unge spør om. Øvreeide (2009) skriver at det vil være en fordel og "tone" seg inn for å finne barnets perspektiv og erfaring for å kunne vite hva det har behov for av støtte og informasjon. Samtalen skal virke bekræftende, støttende og skape sammenheng for den unge. Dette er overførbart også innenfor de nettbaserte tjenestene da den nettbaserte tjenesten også bestreber at samtalen skal gi mening både for den unge og helsesøster. Helsesøster Ingrid reflekterer rundt hvordan hun prøver å tone seg inn etter barnet og finne barnets perspektiv. Hun sier: *"...jeg ser etter spørsmålet, for hva er det egentlig den unge spør om? Jeg bruker litt tid på det å tenke over hva som ligger i ordene"*. Slik jeg forstår Ingrids utsagn er det slik den unge har formulert seg, uttrykt sine tanker og følelser gjennom spørsmålet, som blir helsesøsters grunnlagt når det gjelder å finne den unges perspektiv. Derfor er det viktig å bruke tid på å prøve å forstå hva som ligger i ordene. Barn og unge har ulike forutsetninger for å formulere seg. Barn og unge er i en periode i livet hvor de går igjennom stor utvikling mentalt, psykisk og fysisk. Det skjer i tillegg en forandring i omgivelsene til de unge som kan gi muligheter og utfordringer i forhold til barn og unges psykiske helse. Psykisk helse henger sammen med ytre forhold som livshendelser, livsbetingelser, samfunnsforhold og samfunnsendringer (Hummelvoll 2012). Å stryke enkeltmenneskets ressurs til og selv være med i prosessen og

selv kan definere hva som er viktig i sitt eget liv er av vesentlig betydning. Det er en faktor som i følge Tveiten (2007b) er et fundamentalt prinsipp i det helsefremmende arbeidet. Ved helsesøstrenes bevissthet rundt hvordan de svarer viser de en helhetlig tanke omkring barns og unges følelser og utfordringer. Dette kan også utfordre helsesøstrene fordi de ikke har mulighet for ytterligere kartlegging for å sikre en forståelse av spørsmålene. De er opptatt av at de skal forstå spørsmålene og bli forstått i sine svar og at svarene skal være tilpasset den enkelte. Det er enighet blant informantene at det er viktig å finne den unges perspektiv i spørsmålene for å kunne gi best mulig hjelp til hver enkelt. For hva den unge trenger av hjelp er det som anses som viktig. Øvreeide (2009) skriver at det er viktig for barn og unge og få snakket med voksne om sine erfaringer og sitt liv fordi det er avgjørende for mestring og selvforståelse. Sett i sammenheng med aldersvariasjonen som kan være fra barn på 9 år til unge på 26 år har både spørsmålsomfanget og kompleksiteten har økt i spørsmålene. Informantene erfarte at variasjonen i spørsmålene utfordret dem til å gi et faglig godt svar slik at barn og unge følte seg personlig møtt i sin egen situasjon.

6.2.2 Å normalisere barn og unges følelser.

Når helsesøster som svarer på spørsmålet skjønner hva den unge spør om har hun et utgangspunkt i sitt videre arbeid i besvarelsen av spørsmålet. Slik jeg tolker helsesøsters måte å svare barn og unge på kan ses i sammenheng med det Antonovsky beskriver som den instrumentelle delen av salutogenesen. Det er i den instrumentelle delen i salutogenesen at personen kan oppleve livet håndterbart når personen opplever selvkontroll og bruken av sine egne ressurser er tilgjengelig når det behøves enten hos seg selv eller noen andre de er trygge på. Om barn og unge får sagt ifra om sine ønsker og behov vil det være med på å øke barn og unges opplevelse av å ha kontroll i sitt eget liv. Å ha en opplevelse av kontroll kan føre til at barn og unge føler mindre stress som gir håndterbarhet og hjelp til å finne en løsning på problemene (Antonovsky 1996). Lindström & Eriksson (2005) definerer det å ha kontroll som en viktig motstandsressurs for det å utvikle sykdom. Det er når en opplever selv at en har kontroll at det skaper en følelse av påvirkningskraft. Denne påvirkningskraften gjør at en kan klare å gjøre noe med sitt eget problem og det kan føre til at livet blir håndterbart (Lindström og Eriksson 2005).

Helsesøstrenes måte å svare på gjennom de nettbaserte tjenestene kan være med å bekrefte og normalisere barn og unges opplevelser av det de lurte på. Det å normalisere barn og unges følelser kan være med på å gi barn og unge kunnskap om normalitet. Å normalisere er et

viktig prinsipp i det helsefremmende arbeidet. Barn og unge gjennomgår en kontinuerlig utvikling som kan bringe med seg ulike utfordringer og spørsmål (Haavet 2005, Øvreide, 2009). Granli Aamodt (2005) skriver at normalitetsbegrepet er med oss som fagpersoner i den sammenheng at vi må være: " *kritisk og selvranskende i spørsmålene og åpne for påfølgende refleksjon*" (Granli Aamodt 2005 s.13). Jeg mener dette sitatet viser at om helsesøster tar seg tid til å skjønne spørsmålet kan det gi et godt grunnlag for å gi et svar som for den unge oppleves som håndterbart. Det å normalisere barn og unges følelser kommer frem gjennom Ingrid utsagn: " *...jeg tenker at å dempe litt..mange av de tingene ungdom kommer med, det er jo ikke noe akutt. Det kan kanskje virke som for dem at det er det...at hele verden raser*". Det at helsesøstrene er reflektert over hva som faktisk fungerer bra og ser etter det positive knyttet til den unges spørsmål vil kunne være med å gi kunnskap om normalitet.

Hvalstad (2005) skriver at problemer barn og unge kommer med ofte er av bagatellmessig karakter, men hun poengterer at det kan ligge bakenforliggende alvorlig og kanskje tabubelagte problemer til grunne for at den unge tar kontakt med helsevesenet. Sett i sammenheng med nettbaserte tjenester har ikke helsesøstrene mulighet til å se potensielle bakenforliggende årsaker i samme grad som i et ansikt til ansikt møte i den tradisjonelle helsesøstertjenesten. Dette mener jeg peker på en begrensning i de nettbaserte tjenestene.

6.2.3 " Noen ganger har du behov for en dialog"

Når spørsmålene er blitt mer komplekse enn de var før bringer det med seg utfordring i at de må bruke lengere tid på å tolke spørsmålene. Det skriftlige svaret helsesøstrene gir til barn og unge er det eneste svaret som gis. Når svaret er sendt avsluttes kontakten mellom helsesøster og den som spør. Dermed er det ingen muligheter for nyanser og helsesøstrene er nødt til å gi ifra seg et oppfølgingsansvar. Helsesøstrene må stole på at den som mottar svaret klarer å bruke svaret til å fremme egne ressurser. Pettersen (2009) legger vekt på anvendelsen av helsekunnskap for å kunne vurdere sin egen situasjon for å oppnå bedre helse. Dette ses på som en viktig side ved psykisk helse sett i sammenheng med forebyggende og helsefremmende arbeidet(Pettersen 2009).

To av informantene uttrykker: " *En er ikke i en posisjon til å være i dialog*" og " *Noen ganger har du behov for en dialog*". Slik jeg tolker disse utsagnene viser det til svakheten i de nettbaserte tjenestene. Jeg har her forstått ordene "i posisjon" og "en dialog" som i betydningen at det de ikke har den mulighet for kontakt ansikt til ansikt. Kontakten avsluttes mellom helsesøster og den som spør i det svaret blir gitt. Måten kontakten avsluttes på tenker

jeg kan være en forklaring på det mine informanter beskrev at de ikke var i "posisjon til å være i dialog" og at dette vanskeliggjør helsesøsters mulighet til å komme i dialog der helsesøster kunne tenkt seg at en dette var av betydning. Muligheten for å stille oppfølgingsspørsmål, og få svar på dem før hun sender sitt svar til den unge er ikke tilstede.

Turid sier: *" jeg ser det du skriver, men jeg ser ingen spørsmål i det du skriver, men jeg regner med at du vil ha en tilbakemelding på det du skriver likevel. Og jeg ønsker å gi deg en tilbakemelding fra det og det". (knytt opp mot meningsfullt....."*

Dette utsagnet viser hvordan helsesøster til tross for at hun ikke med sikkerhet kan vite hva den unge spør om at hun tar den unges beskrivelser av følelser på alvor. Hun prøver og "tone" seg inn etter den unges perspektiv og bekrefter det hun har lest. I tillegg forklarer hun at hun skal svare så godt hun kan utfra det den unge har skrevet. Dette tenker jeg er med på å bekrefte og anerkjenne den unges følelser som kan være en form for omsorg og vise at en bryr seg. Dette kan knyttes opp mot den tredje faktoren i salutogenesen som omhandler at livet skal oppleves meningsfullt-også kalt den motiverende faktoren i salutogenesen (Lindström og Eriksson 2005). Jeg tenker at det er viktig å vise at en tar den unge på alvor selv om spørsmålet kan oppleves som uklart for helsesøstrene.

6.2.4 "...I den grad en kan kalle det veiledning..."

Informantene bruker begrepene kommunikasjon, dialog, informasjon, toveis-kommunikasjon, rådgivning og veiledning om hverandre når det gjelder svarene de gir til barn og unge.

Begrepene beskrives som vide for helsesøstrene. I følge Tveiten (2013) finnes det ingen konsensusdefinisjon av veiledning. Begrepet blir ofte brukt synonymt med begreper som informasjon, rådgivning og konsultasjon(Tveiten 2013a). Veiledning i sammenheng med helsesøsters funksjon definerer Tveiten (2006b) slik:

"Veiledning som pedagogisk metode relatert til helsesøsters funksjon kan defineres som en formell, relasjonell og pedagogisk istandsettingsprosess som sikter mot å øke mestringskompetansen hos veisøker gjennom en dialog basert på kunnskap og humanistiske verdier ". (Tveiten 2006 i Glavin, Kvarme & Helseth, 2009 s.177).

Dette forstår jeg slik at helsesøstres mål er å øke mestringskompetansen hos veisøker som i nettbaserte tjenester er barn og unge gjennom en dialog basert på kunnskap og humanistiske verdier. Det som skiller nettbaserte tjenester fra den tradisjonelle helsesøstertjenesten er at veiledningen i vanlig forstand forsvinner fordi det ikke er dialog. Når dialogen uteblir kan det gi begrensninger i svaret. Dette er helsesøstrene klar over, og jeg tenker det er årsaken til hvorfor de bruker begrepene om hverandre. Tveiten (2005) omtaler et begrep som brukes i

mange sammenhenger og har en vid betydning som et "sekkebegrep". I sammenhengen med nettbaserte tjenester og hvordan begrepet oppleves kan det se ut som veiledningsbegrepet blir et slikt begrep hvor det meste kan "puttes i sekken" og kalles veiledning. Tveiten (2005) hevder at faren ved dette er at yrkesutøvelsen kan bli tilfeldig. Det er viktig å vite hva veiledning er for å ha kompetanse til å veilede (Tveiten 2005 i Glavin, Kvarme & Helseth 2009). Ut fra datamaterialet er helsesøstrene inneforstått med begrepets betydning, og deres hovedmålet er å gi svar tilpasset mottakerens ønsker og behov slik at brukeren skal være ekspert i eget liv, noe som er samsvar med hva Kvarme (2007) hevder. I mitt spørsmål om hvordan de erfarer å gi veiledning gjennom nettbaserte tjenester får jeg til svar av Turid: *"...i den grad en kan kalle det veiledning så syns jeg man har mulighet til å bidra til at de skal finne sin egen løsning. Og det tror jeg er bra"*. Slik jeg tolker *"..i den grad en kan kalle det veiledning..."* er det å hjelpe den andre som er det relevante, uavhengig av hva vi legger i begrepene. Sett i sammenheng med hva Tveiten (2007b) sier om at veiledning har som mål å øke brukerens opplevelse av mestringsfølelsen gjennom dialog hvor begges kompetanse er likeverd, tolker jeg ut fra empirien at nettbaserte tjenester ønsker å gi svar som kan hjelpe den unge til å finne svarene selv.

Veiledning har en sentral rolle i helsesøsters arbeid og er et begrep som blir brukt i mange sammenhenger (Glavin og Kvarme 2003). Veiledning i de nettbaserte tjenestene fungerer som et svar, selv om begrepets betydning kan romme mye mer. Informantene i mitt materiale er klar over dette selv om de snakker om begrepet i vid forstand. Informantene oppgir at de kjenner på følelsen av at de ikke får bekreftelse på at barn og unge forstår tilbakemeldingen. Dette må sees i sammenheng med at kommunikasjon i relasjon er noe annerledes i de nettbaserte tjenestene enn i den tradisjonelle skole- og helsesøstertjenesten. Nettbaserte tjenester innbefatter ikke en tradisjonell toveis-kommunikasjon, der helsesøster følger opp den enkelte bruker. Kommunikasjonen skjer skriftlig og helsesøster kan ikke studere mimikk, kroppsspråk og tonefall. I så måte vil dette være en begrensning i arbeidet helsesøstre gjør i nettbaserte tjenester i og med at kommunikasjonen skjer skriftlig. Dette er momenter som gjør helsesøstres arbeid via nettbaserte tjenester mer utfordrende enn de mer tradisjonelle arbeidsformene som i skolehelsetjenesten og helsestasjon. Dette er fordi disse helsesøstrene ikke har mulighet til å observere barn og unges kommunikasjon i form av mimikk, tonefall, kroppsspråk eller bevegelser. De må forholde seg til kommunikasjon i form av skriftlig språk, med de begrensningene det gir. De må forsone seg med at barn og unge forstår svaret de gir. Og det kan være en ulempe hvis det viser seg at helsesøster ikke tolker spørsmålet slik det er

ment, for da vil ikke den unge få et svar som gir mening. Til sammenlikning med den tradisjonelle helsesøstertjenesten i skole og helsestasjonen er arbeidsmetodene annerledes med mulighet for å følge opp, mens i de nettbaserte tjenestene finnes ikke denne muligheten, om ikke den unge velger selv å oppsøke tjenesten etter rådet som er gitt i svaret fra helsesøster. Slik jeg tenker kan det være en svakhet i begrunnelse av at helsesøstre noen ganger kunne tenkt seg at det var en dialog.

6.2.5 " Du kan selv ta et valg" .

Mye av utfordringen til helsesøsters nettbaserte tjenester er å hjelpe den unge til å løse sitt problem. Utsagn fra helsesøster som: " ...du kan velge det slik eller slik...det er ditt valg...", " Du kan selv ta et valg" eller "...viktig å stille spørsmål som inviterer til refleksjon. Det blir på en måte å myndiggjøre dem selv", viser at de gjennom sine svar ønsker å myndiggjøre personen som spør. De forsøker å ansvarliggjøre personen og påvirke til ta et valg som kan bedre livssituasjonen deres. Dette handler også om å styrke mennesket til å stole på valgene de tar. I håp om at barn og unge gjennom egne valg skal oppnå kunnskap, selvinnsikt og ferdigheter som er avgjørende for å ta beslutninger i forhold til sin egen helse (Glavin, Helseth og Kvarme 2009). Dette samsvarer med Tveiten (2007b) som definerer empowerment i det helsefremmende arbeidet som å ta utgangspunkt i den enkeltes problematikk noe helsesøstre alltid prøver å gjøre når de gir svar. Ved å øke menneskets kunnskap slik at de skal kunne ta beslutninger og valg på bakgrunn av behov og ønsker. I denne sammenheng vil måten helsesøstre stiller spørsmål på kunne være med på å øke barn og unges kunnskap om hvordan de kan håndtere sine følelser og utfordringer. I rapporten "Ungdomshelse-hvor og hvordan kan helsearbeidere bidra" skrevet av Hans-Johan Breidablink (2012) påpeker han også nettopp det at å myndiggjøre (empowerment) den unge vil være sentrale byggesteiner i helsearbeiderens bidrag i ungdomshelsen.

En viktig del av jobben til helsesøstre i disse tjenestene er å gi mestringsfølelse til den som tar kontakt. Solveig sier: "...jeg berømmer personen for at hun/han tar opp problemet og sier det er første skritt mot å ta fatt i saken. Prøve å gi de verktøy til å gjøre noe." En slik tilnærming til barn og unge kan forstås som helsesøsters ønske om å gi tro til egen mestringsevne gjennom å gi honnør og være konkret i sine svar. Helsesøsters imøtekommende tilnærming kan dermed ha stor betydning for den enkelte. Det første steget til den unge var å ta kontakt og det gir helsesøstre mulighet til å anta at den unge har tro på å lykkes. Ved at de tar kontakt viser det en motivasjon for å få hjelp, noe som er en forutsetning i Banduras teori om

egen mestringsevne (Bandura 1997, Kähler 2012). Da er helsesøster i posisjon til å få innsikt i den unges situasjon ut i fra det som er beskrevet i spørsmålet. De ønsker å gi verktøy for å kunne lykkes. Verktøyet Solveig her omtaler viser til hvordan de gjennom sine arbeidsmetoder kan bidra til å hjelpe barn og unge. Raknes (2010) skriver om at barn og unge kan hjelpe seg selv med å styre tankene sine og få kontroll over følelser om de er bevisst dette. Hun har gjennom et psykologisk førstehjelpsskrin lagt til rette for at barn og unges tanker og følelser kan identifiseres. Å ha et slikt førstehjelpsskrin som supplement til deres måte å svare på ser jeg på som en fordel. En fordel fordi psykologisk førstehjelp er med på å kunne utvide deres måte å gi svar og da kan svaret tilpasses den enkelte bedre. Når svaret er tilpasset den enkelte gir det større mulighet for at den enkelte skal mestre sine tanker, følelser og utfordringer ut fra sitt eget perspektiv. Sett i sammenheng med hva Bandura (1997) presiserer at det er den unges egenskaper, utfordringer og opplevelsen av det som har betydning for mestringsforventning. Menneskets egen tro på mestringsevne vil øke sjansen for å lykkes. Dette gir en indre motivasjon og driv. Videre hevder han at kan individet ses på som et fritt individ som kan bli eller gjøre det det ønsker.

Mestringsforventninger forankres i en sosial kognitiv teori, hvor mennesket blir fremhevet som selvregulerende og selvreflekterende. Mennesket handler ut fra intensjoner, setter seg mål, vurderer egne forutsetninger for å nå målet, vurderer strategier, handler, observerer resultatet av egne handlinger og reflekterer over resultatet. Den unges forventninger om mestring bestemmer hvilke mål og hvilke strategier hun/han skal velge for å nå målet. I tillegg vil et annet aspekt være hvordan hun/han oppfatter og angriper hindringer/utfordringer. Forventningene til egen kapasitet kan forutsi noe om hvor optimistiske personer er i forhold til å lykkes (Bandura 1997). Dette sier en av mine informanter noe om i sitt utsagn: *"Noen utbroderer hele livet sitt. Noen setter opp en liste med konkrete ting de lurere på. Noen sender bare en setning i fortvilelse mens noen har skrevet to sider. Og mens de har skrevet har de kanskje funnet ut løsningene selv"*.

Med dette utsagnet så belyses aspektet av den unges mestringsevne og kapasitet. Slik informanten forteller; *"...og mens de har skrevet har de kanskje funnet ut løsningene selv"* så er det variasjoner i om den unge har tro på egen mestringsevne, og mulighet å lykkes. For de barn og unge som ikke har funnet ut løsninger selv vil nettbaserte tjenester og helsesøstrene kunne gi "verktøy" gjennom sine svar. Det å tilpasse svar og tilrettelegge for andre tanker, muligheter og valg til den unge samsvare med det Bandura (1997) skriver at måten en møter

den unge på vil være viktig for å gi den unge mestringserfaringer. Når den unge har ervervet seg en slik mestringserfaring vil det videre gi den unge forventinger om framtidig mestring (Bandura 1997).

Om helsesøstre derimot klarer å formidle et svar barn og unge forstår vil svaret være motiverende og føre til at den unge føler seg som ekspert på eget liv. Ved at helsesøstrene formidler et svar som de tenker er forståelig og kan være med på å normalisere den unges følelser, gjør at verden oppleves begripelig som kan føre til at den også blir håndterbar. Jeg ser at denne måten å formidle på kan ses i sammenheng med Antonovskys definisjon av salutogenese som motstandskraft mot utvikling av sykdom. Samtidig som den salutogenesens ideologi går ut på at mennesket skal bruke sine egne ressurser for å oppnå et mål, tar også salutogensen sikte på å fremme det som styrker helsen fremfor å ha fokus på risiko og sykdom (Lindström og Eriksson 2005, Antonovsky 2012). Ved at svaret helsesøstrene gir oppleves som håndterbart, blir det også meningsfullt. Barn og unge blir da ekspert i eget liv. Og de kan selv gjøre endringer eller be om ytterligere hjelp for å endre sin situasjon (Mæland 2009). Ved at barn og unge gjennomgår en rekke forandringer både fysisk og psykisk vil de kunne oppleve både motstand og negative erfaringer som følge av disse forandringene. Den salutogenesens ideologi prøver også å gi svar på om hvorfor enkelte mennesker til tross for motstand og negative erfaringer fortsatt holder seg friske (Lindström og Eriksson, 2005).

Helsesøstrene vil på bakgrunn av den informasjonen de har fått gjennom spørsmålene kunne gi barn og unge et svar som vil kunne bidra til at de fortsatt holder seg friske til tross for motstand og negative erfaringer. Det barn og unge opplever som motstand og de negative erfaringene de eventuelt har vil helsesøstrene kunne dempe i sine svar.

En slik individuell tilnærming gjennom svarene som helsesøster gir på nett, tenker jeg vil kunne gi barn og unge mulighet til å vurdere egne behov slik at de kan ta egne beslutninger i sitt eget liv. Barn og unge er ansvarlig og har selv mulighet til å håndtere utfra deres forutsetninger. Dette kan sammenlignes med begrepet empowerment hvor den unge bestemmer over eget liv. Ved at helsesøster gir slik individuelltilpasset hjelp vil barn og ungdom få kontrollen over sine egne behov og beslutninger som vil gi en opplevelse av å kunne influere på eget liv. Dette ser jeg også samsvarer med prinsippet om mestring, empowerment og selvbestemmelse som er nært knyttet til hverandre og som ofte synes å sidestilles i litteraturen (Askheim og Starrin 2007, Tveiten 2007b).

6.2.6 Gi fra seg ansvar.

Helsesøstre som arbeider i disse tjenestene må gi fra seg ansvaret for den unge idet de gir et svar. En informant sier: "...muligheten til å følge over tid har man ikke. Den må man gi ifra seg til andre enten gjennom å myndiggjøre den unge selv eller å gi råd om andre steder de kan søke hjelp...som du på en måte må stole på at de benytter". Dette viser tydelig at helsesøster er nødt å "gi fra seg" ansvaret for denne personen. Slik jeg tolker "...å gi råd om andre steder hvor de kan søke hjelp...som du på en måte må stole på at de benytter" gir helsesøstrene ansvaret til den unge. Ikke nødvendigvis fordi de vil det, men fordi her ligger begrensningen i de nettbaserte tjenestene. Begrensninger i form av at signaler ikke kan fanges opp gjennom for eksempel ansiktsuttrykk, kroppsholdning, stemmebruk og bevegelser. Dette er signaler som kan fanges opp i den tradisjonelle tjenesten ved for eksempel et vanlig møte med helsesøster hvor en møter henne ansikt til ansikt (Eide og Eide 2001). Når denne muligheten for nyanser ikke er til stede i lik grad, men kun gjennom det skriftlige gir det utfordringer. Helsesøster vet ikke om svaret er blitt oppfattet slik det er ment og muligheten for sikkert og vite graden av den unges mestringsevne uteblir. Helsesøster må derfor forsøke å ordlegge seg slik at barn og unge motiveres til å benytte seg av sin egen kompetanse for å løse problemet. De ønsker å styrke barn og unges kompetanse ved å gi de valg, gi de verktøy til å håndtere og hjelpe til å tilrettelegge for den unges egen kompetanseutvikling (Kähler 2012).

En utfordring i nettbaserte tjenester slik jeg ser det er at helsesøstre faktisk ikke vet med sikkerhet barnets eller den unges alder eller modenhet. Dette kan ses i sammenheng med hva Pettersen (2009) hevder i hvordan de unge *forstår* det de finner av svar. Han stiller spørsmål ved om de fleste unge har evne til å være kritiske og restriktive overfor helseinformasjon de finner på internett og da kan en spørre seg hvor god deres critical health literacy er. Svaret som gis til barn og unge baseres på hvordan spørsmålet er stilt og de opplysningene helsesøster får i det konkrete spørsmålet. Dette kan føre til at svaret ikke blir tilpasset barnet eller den unges alder i forhold til den enkeltes health literacy. Det er en svakhet i de nettbaserte tjenester at helsesøster aldri kan vite den enkeltes health literacy.

Parallelt med at helsesøstre ikke vet med sikkerhet om barn og unge forstår deres svar er det deres ansvar likevel å gi det. Helsesøstrene gir uttrykk for at de føler et stort ansvar fordi de ønsker at svaret de gir skal være forståelig. Kommunikasjonen skjer skriftlig i nettbasertetjenester og dermed skjer samhandlingen ved en fysisk distanse som begrenser forutsetningen for å utvikle ytterligere forståelse for brukerens problem. Anne Clancy og

Tommy Svensson (2007) poengterer det etiske ansvaret helsesøstre har i helsesøstertjenesten til å følge opp brukerne av tjenesten. Ansvaret helsesøstrene føler kan knyttes opp mot Levina's etikk, som innebærer å akseptere at det å være en lydhør omsorgsperson kan føre til frykt, bekymring og usikkerhet for det uforutsigbare. I denne sammenhengen kan dette knyttes opp mot at helsesøstre må gi fra seg ansvaret og forsone seg med at svaret de gir oppfattes i henhold til deres intensjon. At ordene og formuleringene de bruker i svarene sine blir forstått slik de var ment, men selv om de blir forstått er det ikke sikkert at barn og unge har ressurser til å gjøre noe med svaret. Det er på en måte det som er det uforutsigbare helsesøstrene må innfinne seg med i de nettbaserte tjenestene. Helsesøstrene gir allikevel barn og unge en mulighet til å se sin egen situasjon gjennom svarene de gir. Det er i overensstemmelse med hva Botnen Eide et.al (2008) sier at for å evne å se en situasjon i sammenheng kreves det at en må ta i bruk de ressurser som en anser som nødvendig for å endre på situasjonen, eller å fjerne ubehaget i den. Slik jeg ser det er det gjennom svarene helsesøstre gir barn og unge, som kan være med på å gi en mestringssevne. En mestringssevne til å bruke sine ressurser, kreativitet og nytenkning om det er det som er nødvendig for at barn og unge skal mestre sine tanker eller utfordringer.

Førde (1996) skriver i sin artikkel " Har Illich fått rett?" om at Ivan Illich hevdet at helsevesenet er den største trusselen mot helsen. Han hevdet at medisinen skapte hjelpeløshet og avhengighet blant folk slik at de ble i mindre stand til å ivareta sine liv. Førde trekker frem risikofokusering som en faktor til økt uro for at man skal bli syk eller være syk. Til tross for at folks helse er objektivt sett bedre nå enn noen gang tidligere er folks bevissthet rundt helse økt. Dette fokuset rundt helsen har resultert i at folk oftere oppsøker lege og helsetjenester i redsel for sykdom. Videre i artikkelen "Har Illich fått rett?" refereres det til at dr. Skrabanek mener mennesker ikke bare blir avhengig av helsevesenet ved sykdom, men at de også bruker helsevesenet for å forsikre seg om at de er friske (Førde 1996). Slik jeg tolker Skrabaneks fremstilling mener han dette på en kritisk måte, siden han påpeker at medisinsens sterke vekt på risiko og fremtidig sykdom " *gjør folk mindre i stand til å mestre egne liv*" (Førde 1996). Slik jeg forstår det Førde skriver sett i sammenheng med gi hjelp til positiv tankeprosess vil det kunne føre til barn og unge stadig mer vil trenge bekræftelse av sine tanker og spørsmål av helsesøster for å mestre sin hverdag. Dette kan føre til at barn og unge ikke klarer å tilpasse seg de naturlige fysiske og mentale prosessene de går gjennom som barn og ungdom. Om vi ser dette i et folkehelseperspektiv vil det sett fra en side kunne være uheldig hvis barn og unge bruker de nettbaserte tjenestene «for mye» eller til spørsmål som kan knyttes til den

kontinuerlige utviklingsprosessen de går igjennom som barn og ungdom. Sett fra en annen side vil det kunne være avgjørende for barn og unge å ha noen å spørre gjennom nettbaserte tjenester for å takle de utfordringer de står overfor. Sett i sammenheng med hva Glavin og Kvarme (2003) poengterer at «*I ungdomstiden legges grunnlaget for helsen senere i livet, og denne gruppen er derfor viktig sett i et folkehelseperspektiv*» (Glavin og Kvarme 2003 s.118) vil nettbaserte tjenester både kunne være støttende, men samtidig være en arena som barn og unge henvender seg til for å få en bekreftelse som hører den naturlige utviklingsprosessen til.

6.2.7 Å være helsesøster på nett

Alle informantene ga uttrykk for at de synes det er interessant å arbeide i nettbaserte tjenester. De ga uttrykk for at de hadde god fagkunnskap om barn og unges psykiske helse og de vektla derfor betydningen av å bruke sin fagkompetanse i sine svar, men at de nettbaserte begrensningene ga utfordringer. Begrensninger som at det ikke var noen direkte ansikt til ansikt relasjon mellom helsesøster og den som spurte. Dette ga utfordringer med å være helsesøster på nett.

Helsesøstrene erfarte at deres fagkunnskap og i tillegg kompetanse som mennesker var av betydning i deres arbeid med spørsmål knyttet til psykisk helse. Dette tenker jeg beskriver helsesøsters brede kunnskapsregister og viser at deres arbeidsoppgaver er av vidt spekter og favner stort område. Dette er i overensstemmelse med hva Glavin, Helseth og Kvarme (2009) skriver at helsesøsters teori og kunnskapsgrunnlag bygger på sykepleievitenskapelige, samfunnsvitenskapelige, naturvitenskapelige, humanistiske og sosiale fag. Informantene beskrev kompetanse som den fagkompetansen de hadde som fagpersoner og kunnskap som mennesker. De mente at både kompetansen og det å være fagperson bygget på hverandre i måten de svarte barn og unge. Ingrid hadde tanker omkring hvordan hun tok tak i spørsmålet og hvordan hun brukte seg selv som menneske i sitt arbeid. Dette formidler hun gjennom følgende sitat:

"Vi bruker vår fagkompetanse, men vi bruker også vanlig kunnskap om mennesker. Og det å være voksenperson som har vært borti de spørsmålene barn og unge spør om...en trenger nødvendigvis ikke ha kompetanse på psykisk helse heller, men på en måte bare ha erfart livet. For å si det slik".

Med dette sitatet fremkommer betydningen av både fagkunnskap og livserfaring. Dette tenker jeg samsvarer med det Clancy (2012) skriver om at ingen møter mellom helsesøstre og brukere av tjenesten er like og det resulterer i forskjellige måter å møte de som oppsøker hjelp. Møter gir utfordringer i alle settinger, også når det gjelder arbeidet i de nettbaserte tjenestene.

Det finnes ingen standardoppskrift for hvordan en skal møte den andre, men jeg tenker at det grunnlaget en har med seg som sykepleier og helsesøster kan ses på som grunnstammen og i det arbeidet en gjør. Dette samsvarer også med hva Slettebø (2007) sier om våre verdsett som yrkesutøver og betydningen av vår bevissthet rundt dette. I de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere står det:

"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" (Norsk sykepleierforbund 2011 s.7).

Disse retningslinjene ligger til grunn i all arbeid en gjør som sykepleier og helsesøster. Selv om en har disse retningslinjene som grunnlag er det ikke sikkert at man gir de rette svarene til barn og unge.

Dette beskriver Ingrid i sitt utsagn: *"Det er ingen oppskrift som gjelder for alle så da er det på en måte vanskelig å gi helt konkrete råd og si at hvis du gjør sånn så vil det bli bra"*. Med dette utsagnet tenker jeg at hun mener at helsesøster er nødt til å prøve og individ tilpasse hvert enkelt svar og samtidig bruke skjønn fordi det ikke finnes noen standardoppskrift. Clancy henviser til Martinsen (1997, i Clancy, 2012) som sier at godt skjønn er avgjørende for å ta de riktige avgjørelsene. Dette kalles *handlingsklokskap* som innebærer følgende:

"Helsesøster må bruke skjønn baserte på livserfaring, et faglig kunnskapsgrunnlag, både praktisk og teoretisk, og la det smelte sammen med en visshet om at det er umulig å bli ekspert på et annet menneskers liv. Det vil føre til en mer ydmyk og undrende holdning å innse egne begrensninger og tåle usikkerheten som ligger i sårbarheten av å ikke vite hva som skal gjøres" (Clancy 2012 s.69-70).

Helsesøster må i enhver situasjon benytte sin livserfaring og sitt kunnskapsgrunnlag, og stille seg undrende til hva som er rett å gjøre i den enkelte situasjon. Helsesøstrene er i tillegg nødt til å tåle usikkerheten i og ikke vite hva som skal gjøres. Det er ikke er noen oppskrift knyttet til *handlingsklokskap*. I tillegg til fagkompetanse bruker helsesøstrene erfaring og skjønn.

Flere av informantene har erfart at deres kompetanse var blitt styrket gjennom utdanning. Utdanning som helsesøster, etterutdanning i psykisk helsearbeid, og annen relevant etterutdanning i forhold til barn og unge hadde hatt stor betydning for hvordan de arbeidet med barn og unges psykiske helse i de nettbaserte tjenestene. Dette tenker jeg gir helsesøstrene en fordel i form av trygghet med tanke på sin egen kompetanse når de gir barn og unge svar. Dette er i tråd med hva Eide og Eide (2001) som hevder at kompetanse gir selvtillit og trygghet i yrkesutøvelsen. Som supplement til utdanningen mente to av informantene at kunnskapen som voksne mennesker har hatt betydning for hvordan de brukte

sin kompetanse i svarene. Det tenker jeg støtter opp under hva Eide og Eide (2001) hevder når kompetanse gir trygghet i yrkesutøvelsen. Å bruke hele seg selv som helsesøster utdyper Ingrid i sitt utsagn: "*...men sånn er det jo med helsesøsters sitt arbeid at vi blir spurt om veldig mange ting*". Med det Ingrid her sier forstår jeg det slik at betydningen av ordet "ting" viser til mangfold i spørsmål til helsesøster. De blir spurt om mye forskjellig og variasjonene er store. Glavin, Helseth og Kvarme (2009) poengterer dette med omfanget av helsesøsters kompetanse. Hun skriver at helsesøsters kjernekompetanse består av sykepleie, spesialistkompetanse innenfor helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid. I tillegg kan helsesøster ha ytterligere spisskompetanse knyttet til de ulike virkeområdene. Denne sammensettingen av kompetanse gjør at helsesøsters kunnskap er spesielt sammensatt (Glavin, Helseth og Kvarme 2009). Når helsesøsters kompetanse er sammensatt slik, tenker jeg at det kan være et godt utgangspunkt for å kunne svare på spørsmål av ulik karakter og ulikt nivå.

Glavin henviser til Skau (2002, i Glavin, 2009) som sier at en kombinasjon av teoretisk kunnskap, yrkesspesifikke ferdigheter og personlig kompetanse kan ses på som profesjonell kompetanse. En slik profesjonell kompetanse viser en bred kunnskapsplattform. Denne brede kunnskapsplattformen er med på å utvikle helsesøsters kliniske blikk som er en forutsetning i vurdering av ulike situasjoner og igangsetting av tiltak (Glavin, Helseth og Kvarme 2009). Det kliniske blikket tenker jeg er overførbart i nettbaserte tjenester selv om det ikke er "blikk" som i betydningen av og "se" som gjelder i nettbaserte tjenester. Det er med den sammensatte kompetansen som helsesøstrene har at de gir svar med sitt kliniske blikk og i sin kunnskapsbase.

Ved å benytte seg av hele sin kompetanse som menneske, sin fagkunnskap, skjønn slik helsesøstrene i de nettbaserte tjenestene gjør, vil de kunne gi et best mulig individtilpasset svar. Å kunne gi et individtilpasset svar samsvarer med hva Tveiten (2007) hevder i forhold til det helsefremmende arbeidet. Individuell tilpasning er et sentralt aspekt i det helsefremmende arbeidet. Helsesøstrene er opptatt av å gi hjelp til de unges tankeprosess for å bidra til at de skal kunne ta tak i sine egne følelser og utfordringer. Dette er de bevisst på i forhold til hvordan de svarer barn og unge. Gjennom sitt spørsmål får barn og unge definert hva som er viktig og ønskelig å få svar på, og så svarer helsesøster. Jamfør Tveiten (2007) er det gjennom den individuelle tilpasningen at helsesøstre kan gi kunnskap slik at den unge skal klare å vurdere egne behov og ta egne beslutninger i eget liv (Tveiten, 2007). Ved å gi faglige

tilpassede svar erfarte informantene at de var med på å fremme barn og unges ressurser. Turid formidler gjennom følgende sitat:

«Jeg føler jeg får litt tilgang til hvordan barn og ungdom opplever livet. Relasjonsproblematikk i forhold til venner og familie, lav selvfølelse, selvtillit, kropp og følelser, prestasjonsangst er noen av spørsmålene. Det er veldig viktig».

Helsesøstre har kun mulighet til å tilpasse svarene etter hvordan de tolker spørsmålene. Hensikten er få barn og unge til å se at det er flere alternativer gjennom å belyse svaret fra flere sider, og belyse valgmuligheter de selv finner meningsfulle og kan håndtere. Dette kan også ses i sammenheng med Antonovsky (2000) sin filosofi hvor han poengterer at å gi motivasjon til å finne løsninger på de utfordringene barn og unge har er det som kan være med på å gi en mening for barn og unge (Antonovsky 2000).

Et annet aspekt knyttet opp til helsesøsters kompetanse når det gjelder å gi svar som fremmer helse er tidsaspektet i de nettbaserte tjenestene. Svarfrist på opp til en uke kan fortone seg lenge for den unge, men slik en informant sier "...jeg får tid til å tenke meg om på svaret. Og det er viktig for å kunne gi et godt svar. Å ha tid til å lese meg opp på forskning, teorier og slikt". Med dette utsagnet tenker jeg helsesøster sikrer kvalitet i svarene hun gir. Hun bruker sin fagkompetanse aktivt og forteller at hun trenger tid for å gi et best mulig individuelt svar. Noen spørsmål blir prioritert og besvart tidligere, men å ha mulighet til å ha tiden til rådighet anses som viktig for informanten. Nettbaserte tjenester har en annen form for tilnærming i møtet med barn og unge enn i den tradisjonelle helsesøstertjenesten hvor en kan møtes i direkte kontakt og det gir en annen mulighet for refleksjon. Turid sier:

"Ofte når du sitter i direkte kontakt så blir det litt mer sånn i ettertid...hvorfor sa jeg ikke noe om det nå? Jeg tror jeg er mer fornøyd nå enn når jeg jobbet direkte med folk fordi jeg får tenkt gjennom akkurat hvordan jeg skal få stille det spørsmålet".

Jeg forstår Turid slik at hennes erfaring fra nettbaserte tjenester gir anledning til å reflektere over spørsmålene og det ser hun på som en fordel i bruk av sin kunnskap. Dette handler om å finne kjernen i spørsmålet ut fra det materialet en har tilgjengelig for å vise respekt og kunne hjelpe den som trenger hjelp. Dette samsvarer med hva Haugland og Misvær(2009) skriver at den voksne som arbeider med barn og unge skal bidra med å inntone og understøtte den som trenger hjelp. Barn og unge har varierende tilgang på ord og uttrykk for det som skal formidles og tas imot (Haugland og Misvær 2009). Når en ikke er i direkte kontakt har en mulighet til å reflektere og bruke tid for å formulere seg. Glavin, Helseth og Kvarme (2009) skriver om handlingskunnskap for å kunne utføre en faglig forsvarlig helsesøsterpraksis.

Denne handlingskunnskapen er knyttet opp mot helsesøsters erfaring og refleksjon i sitt arbeid. Handlingskunnskapen gjør helsesøstrene i stand til å handle kompetent i forhold til barn, ungdom og familier (Glavin, Helseth og Kvarme 2009). I Turids utsagn beskriver hun at tid gir mulighet for ytterligere refleksjon. Jeg tenker at mer tid til refleksjon kan hjelpe Turid i å se hva barn og unge spør etter i sine spørsmål. Det tenker jeg er i overensstemmelse med hva Glavin(2009) hevder at beskrivelse av egen kunnskap gir innsikt, forståelse og er viktig for utvikling av helsesøsterfaget (Thomassen 2006, i Glavin, Helseth og Kvarme 2009).

Helsesøstrene erfarer arbeidet de gjør i nettbaserte tjenester som viktig fordi de gir barn og unge individuelle tilpassete svar, men de ytrer også utfordringer i forhold til dette.

Utfordringer som at de "gir" fra seg ansvaret uten å vite om den unge forstår eller har mulighet til å forstå svaret. En annen utfordring er at de ikke har muligheter til å "følge opp" om de føler at det er behov for det. En av informantene sier: " *uansett så sier den unge selv hva den vil til hvem den vil*" og med det så tolker jeg det dithen at helsesøstrene mener at det er bedre å få innblikk i den unges problematikk enn å ikke vite i det hele tatt selv med etiske dimensjoner tatt i betraktning. Det å få tilgang til å vite hvordan den unge opplever livet er en fordel når en arbeider med barn og unge. Dette fordi den nettbaserte tilgangen vil kunne være med bidra til en forståelse av deres situasjon, noe jeg ser på som en forutsetning for å kunne bidra til å fremme deres psykiske helse gjennom svarene som gis.

7 Avslutning

Jeg ønsket med denne studien å belyse helsesøstres erfaringer med å arbeide med barn og unge knyttet til spørsmål om psykisk helse gjennom nettbaserte tjenester. Mitt mål var å få et helhetlig innblikk av helsesøstres erfaringer i deres nettbaserte arbeid knyttet opp mot barn og unges psykiske helse. Studiens resultat indikerer at nettbaserte tjenester både har sine muligheter og begrensninger som er viktig å være klar over for å ha en forståelse om de nettbaserte tjenestenes verdi. I oppgavens siste kapittel vil jeg oppsummere og vise til studiens viktigste funn, funnenes betydning for praksis og videre forskning.

7.1 Studiens viktigste funn

Jeg mener at mine funn viser et utsnitt av helsesøstres erfaringer i de nettbaserte tjenestene. Funnene kan som tidligere nevnt ikke generaliseres til en større populasjon, men helsesøstres uttalelser har for meg ført til refleksjon i forhold til helsesøsterens helsefremmende og forebyggende arbeid knyttet opp mot psykisk helse gjennom nettbaserte tjenester.

Funnene viser at barn og unge har lavere terskel for å henvende seg til nettbaserte tjenester med spørsmål som omhandler psykisk helse, enn det å personlig oppsøke eksisterende tilbud. Det kan være flere årsaker til at det oppleves lettere for barn og unge å ta kontakt gjennom nettbaserte tjenester. Slik det fremkommer i datamaterialet kan det tyde på at anonymiteten og tilgjengeligheten er to faktorer som er av stor betydning for bruk av tjenestene.

Funnene viser videre at spørsmålene fra barn og unge knyttet til psykisk helse er mer komplekse i dag enn ved oppstart av tjenestene. Det at spørsmålene er blitt mer komplekse er et resultat av flere faktorer som blant annet tjenestens anonymitet, brukerens aldersspenn, oppmerksomhet på tjenesten samt tilgjengeligheten på barn og unges arena. Dette har ført til økning av spørsmål til de nettbaserte tjenestene og det kan tyde på at det er behov for tjenestene i tillegg til de allerede eksisterende tilbud. Videre viser funnene helsesøstrenes måte å bruke sin kompetanse når nonverbale og verbale uttrykk, kroppsspråk og nyanser ikke er tilstede. De prøver å bruke sin fagkompetanse de har som helsesøster med samme helsefremmende og forebyggende ideologi til tross for de nettbaserte tjenestenes begrensninger.

Datamaterialet viser også at det kan være lettere for flere gutter, barn og unge med annen kulturbakgrunn og etnisitet å ta kontakt gjennom nettbaserte tjenester enn gjennom den tradisjonelle helsesøstertjenesten.

7.2 Betydning for praksis og videre forskning

Funnene kan ha betydning for praksis på bakgrunn av tidligere forskning hvor gjennomgående faktorer av betydning ved helsearbeid på internett er blant annet anonymitet og tilgjengelighet, noe som også fremkommer i mine funn.

Mine funn indikerer at det er viktig at helsesøstre forholder seg til en teknologisk utvikling selv om det er begrensninger, og nettbaserte tjenester gir mulighet til å få et variert innblikk i barn og unges psykiske helseproblematikk. Nettbaserte tjenester ses på som et viktig voksende lavterskeltilbud og et supplement til allerede eksisterende helsetjeneste.

En studie som kunne vært interessant ville vært å spurt barn og unge selv om deres ønsker knyttet til nettbaserte tjenester. Om hva de får hjelp til og hvordan de opplever at svaret de får hos helsesøstre er til hjelp. Videre ville det også vært interessant å vite hva barn og unges tenker rundt svarfrist, anonymitet, kvalitet og det at det ikke er noen oppfølging slik tjenestene fungerer i dag.

Litteraturliste.

- Aamodt, G. L. (2005). *Familien mellom mange hjelpere. Refleksjoner i sosialfaglig arbeid*. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Aarsand, L., Håland, E., Tønseth, C & Tøsse, S. (2011). *Voksne, læring og kompetanse*. Gyldendal Norsk Forlag AS, Oslo.
- Andersen, A. J. W. (2012). *I all fortrolighet*. Ineko AB. Kållerød Sverige.
- Andersen, A. J. W. & Svensson, T. (2010). *Psykisk helsearbeid på internett: konsekvenser for normalitets- og identitetsdannelse hos ungdom*. Universitetet i Agder.
- Antonovsky, A. (2000). *Helbredets mysterium: at tåle stress og forbli rask. 1 utg.7 opplag*. Hans Reitzel Forlag, København.
- Antonovsky, A. (1996). The salutogenetic model as a theory to guide health promotion. *Health promotion international*, 11 (1), 11–18.
- Antonovsky, A. (2012). Helsens mysterium. Den salutogene modellen. Gyldendal Norsk Forlag AS, Oslo.
- Askheim, O. P. & Starrin, B. (red.). (2007). *Empowerment: i teori og praksis*. Gyldendal Norsk Forlag AS, Oslo.
- Bandura, A. 1997. *Self-efficacy: the exercise of control*. New York: Freeman.
- Bendiksen, L. & Haugli, T. (2014). *Sentrale emner i barneretten*. Universitetsforlaget.
- Bonetti, L., Campbell, M. & Gilmore, M. (2010). *The relationship of loneliness and social anxiety with children's and adolescents' online communication*
<http://eprints.qut.edu.au/28311/1/28311.pdf> (Hentet 05.05.2015).
- Breidablink, H. J. (2012). *Ungdomshelse. Hvor og hvordan kan helsearbeidere bidra?*
http://www.utposten-stiftelsen.no/Portals/14/Utposten12/UP12_5/35_37_ungdomshelse_Utp_5_2012.pdf (Hentet 05.05.2015).
- Bjørkeng, P. K. (2011). *Nettkidsa. Barnas digitale hverdag*. Cappelen Damm AS, Oslo.
- Clancy, A. & Svensson, T. (2007). 'Faced' with responsibility: Levinasian ethics and the challenges of responsibility in Norwegian public health nursing. *Nursing Philosophy*. 8 (3), 158 – 166.
- Clancy, A. (2012). Dybden i et helsesøstermøte. In R. Thorsen, K. S. Mæhre & K. r. Martinsen, (Eds.), *Fortellinger om etikk*. Bergen: Fagbokforlaget
- Dahlberg, K., Dahlberg, H., & Nystrom, M (2008). *Reflective lifeworld research*: Studentlitteratur.
- Eide, H. & Eide, T. (2001). *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk*. Gyldendal Norsk Forlag AS, Oslo.
- Erdahl, B. (2009): *Observasjoner på helsestasjonen*. I: Glavin, K., Helseth, S. & Kvarme, L. G. *Fra tanke til handling: metoder og arbeidsmåter i helsesøstertjenesten*. Akribe AS.
- Fangen, K. (2011). *Deltagende observasjon*. Fagbokforlaget, Oslo.
- Folkehelseinstituttet. (2010). *Psykiske lidelser hos barn og unge*.
http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=List_6212&Main_6157=6263:0:25,6336&MainContent_6263=6464:0:25,6337&List_6212=6218:0:25,7198:1:0:0:::0:0
(Hentet: 12.03.2014).
- Folkehelseinstituttet. (2011). *Psykisk plager og lidelser*.
http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=List_6212&Main_6157=6263:0:25,6336&MainContent_6263=6464:0:25,6337&List_6212=6218:0:25,7198:1:0:0:::0:0
(Hentet: 26.04.2015).

- Førde, R. (1996). Har Illich fått rett? *Skaper risikofokuseringen i medisinen uhelse?* Nordisk Medicin, 4; 113-115.
- Gadamer, H. -G. (2012). *Sannhet og metode. Grunntrekk i en filosofisk hermeneutikk.* Pax forlag A/S.
- Gadamer, H.-G. (1999). Forståelsens historicitet som det hermeneutiske princip. In J. Gulddal & M. Møller (Eds.), *Hermeneutikk. En antologi om forståelse.* Gyldendal, Danmark.
- Gadamer, H. -G. & Jordheim, H. (2003). *Forståelsens filosofi: utvalgte hermeneutiske skrifter.* Cappelen, Oslo.
- Gulddal, J. & Møller, M. (1999). Fra filosofi til filosofi - introduksjon til den moderne hermeneutik. In J. Gulddal & M. Møller (Eds.), *Hermeneutikk. En antologi om forståelse.* Gyldendal.
- Glavin, K., Helseth, S. & Kvarme, L. G. (2009). *Fra tanke til handling: metoder og arbeidsmåter i helsesøstertjenesten.* Akribe AS.
- Gundersen & Winsvold (2011). *Klara Klok, en helsenettjeneste for ungdom.* NOTAT NR 8/11. Nova-norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.
- Hartvigsen, G., Johansen, D. & Måseide, A. (2000). *Etikk og informasjonsteknologi.*
- Haugland, S. & Misvær, N. (2009). *Håndbok for skolehelsetjenesten.* Kommuneforlaget AS, Oslo.
- Helse- og omsorgsdepartementet(2008). Lov om medisinsk og helsefaglig forskning(helseforskningsloven) <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44> (Hentet 05. 05.2015).
- Helsedepartementet, Barne- og Familiedepartementet, Justisdepartementet, Kommunal- og Regionaldepartementet, Kultur- og Kirke departementet, Sosialdepartementet, og Utdannings- og Forskningsdepartementet. (2003). *Regjeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse: Sammen om psykisk helse.*
- Hjortdahl, P. (2005). *Unges kommunikasjonsmåter.* I: Haavet, Ole Rikard (red): Ungdomsmedisin. Oslo: Universitetsforlaget.
- Hummelvoll J. K. (2012). *Helt-ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse.* Gyldendal akademisk, Oslo.
- Hvalstad, M. (2005). *Dialogen.* I: Haavet, Ole Rikard (red): Ungdomsmedisin. Universitetsforlaget, Oslo.
- Høstmælingen N, Kjørholt E.S, Sandberg K.(red)(2009): *Barnekonvensjonen: barns rettigheter i Norge.* Universitetsforlaget AS, Oslo.
- Jacobsen, D. I. (2010). *Hvordan gjennomføre undersøkelser?* Høyskoleforlaget AS, Kristiansand.
- Javo, C. (2010). *Kulturens betydning for oppdragelse og atferdsproblemer.* Universitetsforlaget, Oslo.
- Jensen, P. (2009). *Ansikt til ansikt.* Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kurki M,Koivunen,M., Anttila,M.,Hätönen, H., Välmäki,M.(2011). Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing,2011, 18, 265-273.(Hentet 05.05.2015).
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2010). *Det kvalitative forskningsintervju.* Gyldendal Norsk, Oslo
- Kvælo, Ø. (2008). *Oppvekst. Om barn og unges utvikling og oppvekstmiljø.* Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Lazarus, R. S. (2006). *Stress og følelser – en syntese.* Akademisk Forlag, Oslo.
- Lindstrøm, B. & Eriksson, M. (2005). Salutogenesis. *Journal of Epidemiology & Community Health.* 59, 440-442.
- Malterud, K. (2013). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning – en innføring.* Universitetsforlaget. Oslo.
- Mathiesen, K. S., m. fl. (2007). *Trivsel og oppvekst - barndom og ungdomstid.* Folkehelseinstituttet, Oslo.

- Midtgard, G., m. fl. (2013). (red). *Å leve med barn. Temaer fra helsestasjonen.* Forebyggende helsetjenester, Tromsø kommune.
- Misvær, N. & Oftedal, G. (2002). (red). *Håndbok for helsestasjoner 0-5 år.* Kommuneforlaget AS, Oslo.
- Mæland, J. G. (2010). *Forebyggende helsearbeid i teori og praksis.* Universitetsforlaget, Oslo.
- Norsk sykepleierforbund (2011) Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere: ICNs etiske regler, Oslo.
- NOVA (2013). *Ungdata. Nasjonale resultater 2010-2012.* NOVA Rapport 10/13. Tilgjengelig på: http://www.nova.no/asset/7229/1/7229_1.pdf (Hentet 30.04.2015).
- Nyhus, H. C. F. (2010). "*Du ser at det er ett eller annet*": en kvalitativ studie av helsesøsters erfaringer i arbeidet overfor unge med psykiske plager. Masteroppgave i helsefag. Universitetet i Tromsø.
- Paulgaard, G. (1997). *Feltarbeid i egen kultur – innenfra, utenfra eller begge deler?* I: Fossaskåret et al (red). *Metodisk feltarbeid. Produksjon og tolkning av kvalitative data.* Universitetsforlaget, Oslo.
- Pettersen, S. (2009). *Kostholdsinformasjon og annen helseinformasjon.* I: Holte, Asle & Wilhelmsen, B. U. (red). *Mat og helse i skolen, en fagdidaktisk innføring.* Fagbokforlaget, Bergen.
- Polit, D. & Beck, C. (2011). *Nursing Research. Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice.* 9th Edition. Lippincott Williams and Wilkins. Philadelphia.
- Raknes, S., & Haugland, B. S. M. (2013). *Psykologisk førstehjelp.* Gyldendal Akademiske.
- Regjeringen. (2003). *Strategiplan for barn og unges psykiske helse.* http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Vedlegg/strategiplan_for_barn_og_unge_psykiske_helse.pdf (Hentet: 17. 03. 2014).
- Regjeringen(1999-2008) *Opptappingsplanen for psykisk helse 1999-2008.* www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/vedlegg/fakta-opptappingsplanen.pdf (Hentet 27. 01. 2015).
- Røkenes, O. H. & Hansen, P. H. (2004). *Bære eller bryte. Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker.* Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Røys, H. G., Svalastog, A. & Kløvstad, V. (2009). *Delte meninger om nettets sosiale side.* Universitetsforlaget, Oslo.
- Schiøtz, A. (2003). *Folkets helse-landets styrke. 1850-2003.* Universitetsforlaget, Oslo.
- Schwebs, T. & Østbye, H. (2013). *Media i samfunnet.* Det Norske Samlaget.
- Slettebø, Å. (2009). *Etiske utfordringer i helsesøstertjenesten.* I: Glavin, K., Helseth, S. & Gravdal Kvarme, L. (red). *Fra tanke til handling.* Akribe, Oslo.
- Sollensnes, R. & Tønjum, L. (2008). *Så var det alle disse jeg hadde i øyekroken.* En studie av helsesøsters arbeid i skolehelsetjenesten fra rundt 1960 til i dag. Nordisk Tidsskrift for Helseforskning nr. 2, 4 årgang.
- Sosial- og helsedirektoratet. (2004). *Kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid I helsestasjons- og skolehelsetjenesten.*
- Sosial- og helsedirektoratet. (2007). *Psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene.* Sosial- og helsedirektoratet, Oslo.
- Statistisk sentralbyrå. (2012). <http://www.ssb.no/a/barnogunge/2012/fritid/> (Hentet: 15.03.2014).
- St. meld. Nr. 16. (2002-2003). *Resept for et sunnere Norge.* Helse og omsorgsdepartementet, Oslo. <https://www.regjeringen.no/nb/dokumenter/stmeld-nr-16-2002-2003-/id196640/?docId=STM200220030016000DDDEPIS&ch=1&q=> (Hentet: 26.04.2015).

- St. meld. Nr. 34. (2012-2013). *Folkehelsemeldingen, God helse – felles ansvar*. Helse- & omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/nb/dokumenter/meld-st-34-20122013/id723818/?docId=STM201220130034000DDDEPIS&ch=1&q=> (Hentet: 26.04.2015).
- St. meld. Nr. 39. (2002). *"Oppvekst- og levekår for barn og ungdom i Norge"* (Barne- & familiedepartementet. <https://www.regjeringen.no/nb/dokumenter/stmeld-nr-39-2001-2002-/id470899/?docId=STM200120020039000DDDEPIS&ch=1&q=> (Hentet: 26.04.2015).
- St. prp. 63. (1998). *Opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006*. Helse og omsorgsdepartementet, Oslo. <https://www.regjeringen.no/nb/dokumenter/stprp-nr-63-1997-98-/id201915/> (Hentet: 20.10.2013).
- Suominen S. og Lindstrøm B. (2008). Salutogenesis. *The Scandinavian Journal of Public Health* (36). 337.
- Sævareid, H. I. (2008). Kap. 3, 41-58. I: Botnen, E. m. fl.: *Til den andres beste. En bok om veiledningens etikk*. Gyldendal Norsk Forlag AS, Oslo.
- Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitativ metode* (4 utg). Fagbokforlaget, Bergen.
- Thornquist E. (2003) *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Fagbokforlaget, Bergen.
- Tjora, A. H. (2012). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. Gyldendal akademisk, Oslo.
- Trondsen, M.V. (2013) *"Vi er ikke syke mennesker- vi har bare et behov for å snakke"* En kvalitativ studie av en internettbasert selvhjelpsgruppe for ungdom med en psykisk syk forelder. Philosophiae Doctor. Norges arktiske universitet.
- Tveiten, S. (2007a). Veiledning. In K. Glavin, S. Helseth & L. r. Kvarme Gravdal (Eds.), *Fra tanke til handling. Metoder og arbeidsmåter i helsesøstertjenesten*. Akribe, Oslo.
- Tveiten, S. (2007b). *Den vet best hvor skoen trykker....* Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Tveiten, S. (2013) *Veiledning er mer enn ord*. 4.utg. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Ulleberg, I. (2004). *Kommunikasjon og veiledning*. Universitetsforlaget, Oslo. 2.opplag 2005
- Ung I Nordland. (2013). *Årsrapport Klara Klok*. <http://www.unginordland.no/Handlers/fh.ashx?Mid1=4140&FillId=33241> (Hentet 03.05.2015).
- Ung.no. (2014). *Ung.no - oppslagsverket for deg som er ung*. http://www.ung.no/stat_kommune/3_Ung.no_-_oppslagsverket_for_deg_som_er_ung.html (Hentet 03.05.2015).
- Weihe, H- J.W (1997). *"Relasjonsarbeid og kommunikasjon"*. Tano Aschehoug, Oslo.
- Wichstrøm, L. (2008). Barns og unges psykiske helse. I: Kvello, Ø. (red), *Oppvekst. Om barns og unges utvikling og oppvekstmiljø*. Gyldendal, Oslo.
- Øvreeide, H. (2009). *Samtaler med barn. Metodiske samtaler med barn i vanskelige livssituasjoner*. Høyskoleforlaget, Kristiansand.
- Årsrapport Klara Klok 2010. <http://www.unginordland.no/handlers/fh.ashx?FillId=9952> (Hentet 05.05.2015).
- Årsrapport Klara Klok 2012. <http://www.klara-klok.no/sites/k/klara-klok.no/files/14763336536.pdf> (Hentet 19.05.2013).

Vedlegg: 1:

Intervjuguide

Før intervjuet:

- Presentere meg selv.
- Jeg vil gi muntlig informasjon og spørre om det er noen spørsmål i forhold til tidligere skriftlig informasjon (Orienteringsskrivet).
- Temaet mitt er helsesøstres måte å jobbe på gjennom nettbaserte tjenester, i forhold til psykisk helse hos barn og unge.
- Jeg vil også minne om at respondenten kan fortelle fritt, gjerne med konkrete eksempler, meninger og refleksjoner, men at jeg har lagt meg noen emner som utgangspunkt for intervjuet.

Åpningsspørsmål:

- Hvilken utdanning har du? Kan du fortelle hvilken utdanning du har, og hvor du har jobbet
- Etterutdanning?
- Er det noen utdanning du føler er mer relevant enn andre når du jobber som helsesøster med nettbasert tjeneste?
- Hvor lenge har du jobbet med nettbaserte tjenester?

Emne 1: Nettbaserte tjenester

- Hva gjorde at du valgte å jobbe med dette?

- Kan du beskrive hvordan en helt vanlig arbeidsdag er?
- Har du hatt opplæring og i hvilken form? Hvordan opplevde du opplæringen, og hva har den å si for jobben du gjør?

Vedlegg: 1:

- Kan du fortelle hvilke type spørsmål får dere inn? Ser dere økning i visse type spørsmål og i så tilfelle hvilke type spørsmål? Hva tror du årsaken kan være?
- Hvem fordeler spørsmålene du får utlevert?
- Hvor mange spørsmål får du i løpet av en uke/ hvor stor er din stilling?
- Hvordan er disse spørsmålene/henvendelsene formulert? (tenker her på om de er utydelig formulert/ullent formulert og må tolkes bredt, eller om de er entydige)

Emne 2: Brukerne

- Kan du fortelle litt om hvem som bruker nettsiden?
- Kjønnfordelingen? Hvem får dere flest henvendelser fra?
- Hva ligger hovedtyngda på i alderen hos de som spør?
- Erfarer du at tjenesten brukes flere gang av de samme personene?
- Har du erfart spørsmål som har vært urovekkende og at du har vært nødt til å henvise(bruke nødparagrafen) videre? Kan du gi et konkret eksempel? (Hvis nødparagrafen er blitt brukt har du fortsatt kontakt med vedkommende?)

Emne 3: Faglige erfaringer i å jobbe med nettbaserte tjenester.

- Hvordan erfarer du å gi veiledning gjennom nettbaserte tjenester?
- Hvilke fordeler har du erfart med denne tjenesten? Hvilke ulemper er det ved denne måten å jobbe på?
- Hva opplever du er utfordringene ved å gi veiledning gjennom nettbaserte tjenester?
- Hva slags tanker har du rundt nytteverdien av denne tjenesten?
- Får du noen form for veiledning når det gjelder denne måten å jobbe på? (nettbasert).
- Er dere noen gang flere om et svar? Og i såfall i hvilke tilfeller?

- Hva opplever du er den største forskjellen med å samtale på nett kontra ansikt til ansikt?
- Hvem fordeler spørsmålene du får utlevert? Opplevs det slik at spørsmålene du får står i samsvar med din kompetanse?
-

Vedlegg: 1:

- Hvordan erfarer du tidsperspektivet for svar som du gir? (At det er en ukes behandling?) Har du fått noen tilbakemelding på det fra de som bruker tjenesten?
- Hvordan opplever/erfarer du egen kompetanse i dette arbeidet?
- Hva slags tanker har du rundt nytteverdien av denne her tjenesten?
- Har dere tenkt på chattelinje/onlinetjeneste som besvares av helsesøstre?
- Er det noe du har lyst å tilføre som du ser på som viktig?

Vedlegg 2:

Forespørsel

Det medisinske fakultet

Tromsø 18.09.2013

Institutt for helse og omsorgsfag

Universitetet i Tromsø

Forespørsel om å delta i intervju i forbindelse med masteroppgave i helsefag-studieretning helsesøster.

Jeg er masterstudent i helsefag-studieretning helsesøster ved Universitetet i Tromsø og i den forbindelse skal jeg skrive en masteroppgave om helsesøstre og nettbaserte tjenester.

Hensikten med studien er å få forståelse av hvordan helsesøstre erfarer å jobbe med barn og unge i forhold til psykisk helse gjennom nettbaserte tjenester.

Jeg ønsker å intervjuer helsesøstre som besvarer spørsmål fra barn og unge gjennom nettsidene Klara-klok og Ung.no. Jeg ønsker at du som blir intervjuet har erfaring innen feltet med nettbasert hjelp til barn og unge. Jeg vil gjøre lydopptak av intervjuene gjennom bruk av diktafon samt gjøre noen notater underveis. Intervjuene vil ta rundt 40-60 minutt og vi blir sammen enige om tid og sted. Intervjuene vil bli gjennomført i perioden september til desember 2013.

Deltagelsen er frivillig og det vil bli innhentet skriftlig samtykke fra alle deltakerne.

Du har mulighet til å trekke deg når som helst under prosessen uten å måtte begrunne det. Om du velger å delta i studien har du rett til å få innsyn i hvilke opplysninger som er registrert på deg. Alt datamaterialet vil behandles konfidensielt, etisk og på en forsvarlig måte. Studien er på forhånd meldt til Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste(NSD) og godkjent. Når studien er avsluttet innen juni 2014 vil datamateriale og opptakene slettes.

Min veileder er Ellinor Beddari v/ Institutt for helse og omsorgsfag, Universitetet i Tromsø.

Mail: ellinor.beddari@uit.no.

Jeg håper du finner studien min interessant og at du ønsker å delta. Vedlagt finner du samtykkeerklæring som jeg ønsker at du fyller ut. Samtykkeskjemaet returneres til meg i vedlagt konvolutt(ferdig frankert) innen 14 dager. Når jeg har mottatt din samtykkeerklærings vil jeg kontakte deg på telefon eller mail for å avtale nærmere tid og sted for intervjuet.

Med Vennlig hilsen

Beate K.M Josefsen

Safirvegen 14 b

9022 Krokeldalen

Mail: Beatejosefsen@gmail.com

Tlf: 92281737

Vedlegg 3:

Samtykke til deltagelse i mastergradsprosjektet.

Jeg (skriv inn ditt navn her).....

Har lest igjennom informasjonsskriv og samtykker herved i å delta i mastergradsprosjektet.

Det innebærer at jeg stiller meg disponibel til å møte mastergradsstudent Beate K.M Josefsen til intervju og svarer på spørsmål om egne erfaringer om hvordan helsesøster bruker nettbaserte tjenester i sin arbeidshverdag. Jeg samtykker at opplysningene jeg har gitt gjennom intervju, brukes i anonymisert form i masteroppgaven, samt faglige artikler og andre innlegg. Jeg forutsetter at gitte opplysninger blir behandlet konfidensielt og blir brukt på en etisk og forsvarlig måte av mastergradsstudent Beate K.M Josefsen.

Min deltagelse i prosjektet er frivillig og jeg mottar ingen lønn eller annen godtgjørelse for min deltagelse.

..... den.....2013

Sted

.....

Signatur

.....

Kontaktadresse

.....

Mobtlf

E-post

.....

Vedlegg 4:

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Havsti Hørløgen gate 21
N-5037 Bergen
Norway
Tel: +47 55 58 21 17
Fax: +47 55 58 56 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Orgnr: 985 331 884

Ellinor Beddari
Institutt for helse- og omsorgsfag
Universitetet i Tromsø
MH-bygget
9037 TROMSØ

Vår dato: 27.08.2013

Vår ref:35196 / 3 / 18

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 22.08.2013. Meldingen gjelder prosjektet:

35190	<i>Hvordan erfarer helsesøstre som jobber med nettbaserte tjenester bruk av internett og sosiale medier i psykisk helsearbeid med barn og unge</i>
Behandlingsansvarlig	Universitetet i Tromsø, ved institusjonens øverste leder
Daglig ansvarlig	Ellinor Beddari
Student	Beate Josefsen

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

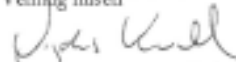
Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

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, 20.06.2014, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen


Vigdis Namtvedt Kvalheim


Inga Brautaset

Inga Brautaset tlf: 55 58 26 35

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Beate Josefsen, Safirvegen 14 b, 9022 KROKELVDALEN

Avdelingskontor / District Office

OSLO NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 105 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47 22 85 52 11. nsd@uio.no
TROMSØ NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 2401 Tromsøveien. Tel: +47 77 59 19 07. nsd@ntnu.no
TROMSØ NSD, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47 77 64 43 36. nsd@uivt.no

Vedlegg 4:

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 35190

Data innhentes ved personlig intervju med 3 helsesøstre fra to nettbaserte helsesøsterjenester: Klaraklok.no og Ung.no. Intervjuda skal registreres i form av lydopptak og transkripsjoner. Det vil bli registrert indirekte personidentifiserbare (bl.a. om arbeidssted, yrke, erfaring). Det kan også bli aktuelt å knytte hvert intervju til informantens navn via kode som viser til koblingsnøkkel.

Før intervju innhentes skriftlig samtykke fra deltagere, basert på skriftlig informasjon om prosjektet og behandlingen av personopplysninger. Personvernombudet finner informasjonsskrivet tilfredsstillende utformet i henhold til personopplysningslovens vilkår.

Personvernombudet legger til grunn at det ikke registreres opplysninger om identifiserbare tredjepersoner. Av hensyn til taushetsplikten har helsesøster ikke anledning til å uttale seg om elever/klienter på en slik måte at de kan gjenkjennes (verken direkte eller indirekte). Etter det vi forstår er det heller ikke nødvendig for formålet å innhente identifiserbare opplysninger om kollegaer (jf. intervjuguide og telefonsamtale 23.08.13). Vi anbefaler at intervjuer tar dette opp med informanten ifm. intervju.

Personvernombudet legger videre til grunn at det ikke registreres sensitive opplysninger (jf. personopplysningsloven § 2 nr. 8).

Personvernombudet legger også 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.

Iht. informasjonsskrivet skal informanten være anonym i publikasjon. Hvis det likevel skulle bli aktuelt å publisere opplysninger som direkte eller indirekte kan identifisere enkelte informant, må det innhentes nytt eksplisitt samtykke fra den det gjelder til dette. Vi anbefaler at informanten på forhånd får anledning til å lese igjennom og kommentere opplysningene om seg selv.

Prosjektet skal avsluttes 20.06.2014 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 f.eks. arbeidssted, yrke, alder, kjønn) fjernes eller grovkategoriseres slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes i materialet.