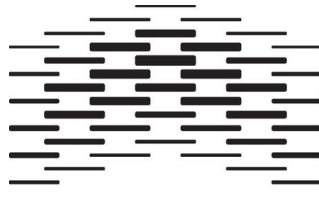


MASTEROPPGAVE
Helse og empowerment
September 2015

"Vi må tåle at det er vanskelig"
Helsepersonells helsepedagogiske kompetanse –
et empowermentperspektiv

Tone Hole

Fakultet for helsefag
Institutt for helse, ernæring og ledelse



HØGSKOLEN I OSLO
OG AKERSHUS

SAMMENDRAG

Tittel:

”Vi må tåle at det er vanskelig”. Helsepersonells helsepedagogiske kompetanse – et empowerment perspektiv.

Bakgrunn:

Det har de senere år kommet en rekke statlige dokumenter som setter fokus på den helsefremmende og forebyggende innsatsen, der kommunene spiller en sentral aktør og der ungdom blir fremhevet som en viktig målgruppe. Ungdomstiden er en utfordrende periode som kompliseres ytterligere om de unge har helseproblemer. For å kunne hjelpe ungdom å mestre sine liv, trenger helsepersonell helsepedagogisk kompetanse.

Hensikt:

Undersøke hvordan kommunens helsepersonell mener de best kan ivareta ungdom med helseutfordringer som har behov knyttet til å mestre sine liv.

Teoretisk forankring

Brukermedvirkning er avgjørende i et helsefremmende perspektiv og bygger på en aktiv medvirkning fra ungdommen. Empowerment er sentralt i det helsefremmende arbeid og henger nært sammen med helsepedagogikk.

Metode

Kvalitativ metode med fokusgruppeintervju og individuelle intervju. Utvalget består av 11 deltagere fra kommunehelsetjenesten i fem kommuner på Østlandet. Data ble analysert gjennom systematisk tekstkondensering inspirert av Malterud.

Resultater

Trygghet og tillit gjennom anerkjennende relasjon ble ansett som viktig. Likeså var ferdigheter innen kommunikasjon og veiledning vesentlig. Betydningen av å ha gode rammevilkår i form av tid og ressurser ble fremhevet og evne og mulighet for samarbeid på tvers av fag og avdelinger ble vektlagt.

Konklusjon

Studien viser at riktig og tilstrekkelig helsefaglig kompetanse anses som viktig for å hjelpe ungdom å mestre sine liv med helseutfordringer. Videre synes studien å vise at gode rammevilkår i form av tilstrekkelig tid og ressurser anses som betydningsfullt, samt at tverrfaglighet er essensielt.

Nøkkelbegrep;

Empowerment, helse, helsepedagogikk, ungdom, pasientopplæring, mestring, sence of coherence

ABSTRACT

Title:

"We have to endure that it is difficult". An empowerment perspective on healthcare professionals' educational competence.

Background information

During the later years there have been a number of government publications that focus on the health promotion and preventative efforts of health, in which municipality is recognized as the important participator and youth is highlighted as an important target group. Adolescence is a challenging period which is further complicated if the young have health problems. In order to assist young people in managing their own lives, it is a necessary requirement that health care workers are competent in the field of health education.

Aim

To investigate how municipal healthcare professionals find they can best assist young people with health challenges master their lives.

Theoretical foundation

User participation is decisive in the perspective of health promotion, and it builds on an active participation from youth. Empowerment is essential in the work of health promotion, and is closely related to health pedagogy.

Methods

Qualitative methods including individual interviews and focus groups. The study consist of 11 participants from the municipal health services in five municipalities in Eastern Norway. The collected data was analysed through systematic text condensation as described by Malterud.

Results

Confidence and trust through appreciative relationship was considered important as well as good communicative skills and guidance. The importance of having good conditions in terms of time and resources were highlighted, and the ability and opportunity for collaboration across fields and departments was emphasized

Conclusion

This study shows that proper and sufficient health competences considered important to help young people with health challenges. Furthermore, the study shows that favorable conditions in terms of adequate time and resources are considered significant, and that interdisciplinarity is essential

Key Words

Empowerment, health, health pedagogy, youth, patient teaching, patient education, coping, sense of coherence

Innhold i masteroppgaven:

Sammendrag	s. ii
Abstract	s. iii
Artikkel med referanseliste	s. 1
Kappe med referanseliste	s. 19
Vedlegg:	
1. Intervjuguide	s. 47
2. NSD godkjenning av studien	s. 49
3. Invitasjon til deltagelse i studien med informert samtykke	s. 50
4. Forfatterveiledning. Tidsskrift; Nordisk Sykepleje Forskning	s. 52

Antall ord i artikkel; 4941

Antall ord i kappe; 7669

ARTIKKEL

**”VI MÅ TÅLE AT DET ER VANSKELIG”
Helsepersonells helsepedagogiske kompetanse –
et empowermentperspektiv**

INTRODUKSJON

Ungdoms helsetilbud varierer ut fra hvilken kunnskap helsepersonell har og hvordan personellet vurderer behov for tjenester og tjenestetilbud (1). Ungdomstiden er en periode i livet der det skjer endringer og overganger på mange områder samtidig, der ungdom må tilpasse seg ulike potensielt stressende stimuli og utfordringer (2-3). Unge trenger faglig kompetent helsepersonell for at de skal oppleve helse- og omsorgstjenester som virkningsfulle, trygge og sikre (4-5).

Denne artikkelen belyser hvordan ansatte i kommunehelsetjenesten møter ungdom med helseutfordringer. Den omhandler hvilke helsepedagogiske metoder de benytter samt hvilken kompetanse de mener er nødvendig for å kunne hjelpe ungdom å mestre sine liv.

Helsepedagogikk omhandler alt som har med læring, utvikling, veiledning, undervisning og oppdragelse i en helsesammenheng (6 s. 158). For å kunne hjelpe ungdom med å mestre sine liv, må kommunens helsepersonell inneha helsepedagogisk kompetanse. De må ved hjelp av sin helsepedagogikk bidra til at ungdom selv utvikler kompetanse til å ta kontroll over faktorer som påvirker til helse og mestring. Kommunikasjon med ungdom samt å ha generell kunnskap om hva som kjennetegner ungdom og deres livssituasjon anses som spesielt viktig (4, 7). God helse og overskudd synes å være en betingelse for å lykkes i ungdomstiden (5). Grunnlaget for god helse legges i stor grad i ungdomsårene og danner i mange tilfeller grunnlaget for mestring av egen sykdom senere i livet (1).

I et empowermentperspektiv er den pedagogiske funksjonen særlig viktig. Empowerment blir av WHO definert som en prosess der folk oppnår større kontroll over beslutninger og handlinger som berører egen helse (8). Medvirkning, anerkjennelse av den unges kompetanse og maktfordeling fra fagperson til ungdom er sentrale prinsipper i empowermentprosessen (6). Deltagelse i avgjørelser som berører eget liv og helse er en forutsetning for empowerment og er viktig når helsepersonell samhandler med ungdom.

Askheim (9) sidestiller empowerment med begrepet mestring. Empowerment i en slik sammenheng handler om at helsepersonell hjelper ungdom med å mobilisere styrke og ressurser slik at de i størst mulig grad kan leve med sine funksjonsnedsettelse og mestre hverdagens utfordringer. Gjennom en slik støtte fra ressursorienterte fagpersoner kan ungdom oppleve økt ”sense of coherence”, heretter kalt ”SOC” (9-10). ”SOC” beskriver i hvilken grad ungdommen opplever det som skjer i livet som forståelig, håndterbart og meningsfullt og påvirker hvordan ungdommen møter utfordringer i livet. Hvis ungdom skal være i stand til å håndtere og mestre en vanskelig og utfordrende situasjon, er de avhengig av å ha et klart bilde

av situasjonen, hvilke krav den setter og ha en klar formening om hvilke mestringsressurser som må til for å løse utfordringen (3, 11).

Antonovsky (10, 12) utviklet begrepet salutogenese. Salutogenese er læren om hva som gir god helse og holder oss friske og ble utviklet som en motvekt til patogenese (13-14). Teorien gir en grunnleggende beskrivelse av hvordan mestring via dens hovedbegrep ”SOC” kan skapes (13,15). En viktig del av salutogenesen fokuserer på den enkelte persons tilgjengelige motstandsressurser. Dette er ressurser knyttet til mennesket som person, men også dens nærmeste familie og venner, grupper og omgivelser (10,13,15-16). Helse er mer enn fravær av sykdom. Helse viser seg like gjerne gjennom det å ha tilhørighet til venner og familie (17).

Psykiske plager er en av de store samfunns- og folkehelseutfordringene blant barn og unge i dag. Opp mot 15 prosent av norske studenter oppgir at de sliter med liten mestringsevne, redusert livskvalitet, ensomhet og alvorlige psykiske plager (18). Studier gjort blant ungdom mellom 13 og 18 år i Norge viser at ”SOC” er en viktig ressurs for ungdoms psykiske helse. De som rapporterer sterkere ”SOC”, rapporterer også om bedre subjektiv helse og tilfredshet med livet (2, 19). Styrking av ”SOC” i ungdomstiden gir økt opplevelse av mestring (2-3, 20). Det kan derfor synes som at helsepersonell bør fokusere sin helsepedagogikk på å styrke ungdommens opplevelse av forståelighet, håndterbarhet og meningsfullhet, for på den måten støtte de unges muligheter for mestring.

METODE:

Studiens design er kvalitativt og eksplorerende (21-22). Hensikten var å fremskaffe kunnskap og forståelse for de undersøkte fenomenen i et subjektivt og erfart perspektiv.

Fokusgruppeintervju var i utgangspunktet planlagt som eneste metode da den egner seg særlig godt til å fremskaffe kunnskap om fagpersoners meninger og erfaringer (21). Dette var ikke praktisk gjennomførbart på grunn av hindringer i møtetidspunkt for tre av deltagerne. Tre av deltagerne ble derfor intervjuet individuelt. Totalt ble det gjennomført tre fokusgruppeintervju og tre individuelle intervju. Utvalget består av 11 kvinner; 6 helsesøstre, en psykolog, to psykiatriske sykepleiere, en barnefysioterapeut og en ergoterapeut. Det ble foretatt ett intervju per gruppe / deltager. Fokusgruppeintervjuene hadde en varighet i snitt på 1 time og 30 minutter. De individuelle intervjuene varte cirka 1 time. Det ble benyttet samme semistrukturerte intervjuguide i samtlige intervjuer.

Inklusjonskriterier var ansettelse i kommunehelsetjenesten og ha ansvar for oppfølging av ungdom og unge voksne i alderen 13-21 år med helseutfordringer. Det ble ikke spesifisert hva ordet helseutfordringer innebar. I tillegg var et sentralt kriterie tverrfaglighet. Dette for å avdekke mest mulig felles, men allikevel ulike erfaringer innenfor en relativt homogen gruppe. Krav om tverrfaglighet er også sentralt i nasjonale føringer for helsepersonell fra myndighetenes side (18, 23-25).

Deltagerne ble rekruttert via telefon og mail til nøkkelpersoner i fem kommuner på Østlandet, via ”snøballmetoden” (26).

ANALYSE:

Intervjuene ble tatt opp på lydfil og transkribert ordrett som basis for analyseprosessen. Fokusgruppeintervjuene og de individuelle intervjuene ble analysert under ett, da deltagerne gav klart like svar. Data ble fortolket og sammenfattet gjennom systematisk tekstkondensering inspirert av Malterud (27). Teksten ble først gjennomlest flere ganger for å få et helhetsinntrykk. Deretter ble teksten sortert og kodet ut fra meningsfulle enheter i form av ord og setninger som gav mening til forskningsspørsmålene. Meningsfulle enheter ble så gruppert og kondensert til underkategorier, som igjen ble abstrahert til hovedkategorier. De ulike steg i analyseprosessen har ikke vært lineære. Jeg har sett helhet og del som en frem og tilbake prosess, der jeg har åpnet for en stadig dypere forståelse av meningen. Som validering, er dette arbeidet blitt diskutert med mine veiledere.

ETIKK:

Alle deltagerne fikk muntlig og skriftlig informasjon om studien og dens formål og hensikt. Det ble i tillegg innhentet informert samtykke fra deltagerne før studien startet. Deltagerne fikk skriftlig og muntlig opplyst at de når som helst og uten å oppgi grunn kunne trekke seg fra studiene. Data ble behandlet konfidensielt og deltagerne er anonymisert.

Studien ble utformet i henhold til Helsinkideklarasjonen (28). Forskningen er forelagt og tilrådet av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD). Prosjektnummer 39596.

HENSIKT OG FORSKNINGSSPØRSMÅL:

Hensikten med studien var å undersøke og beskrive hvordan kommunens helsepersonell møter ungdom med helseutfordringer og hvilke helsepedagogiske kompetanser og metoder de mener er nødvendig å beherske for å kunne hjelpe ungdom å mestre sine liv.

Forskningsspørsmålene:

- Hvilke helsepedagogiske metoder mener kommunens helsepersonell kan bidra til at ungdom og unge voksne mestrer et liv med helseutfordringer?
- Hvilke helsepedagogiske kompetanser mener kommunens helsepersonell de trenger for å ivareta ungdom og unge voksne slik at de mestrer å leve med helseutfordringer?

FUNN OG FORTOLKNINGER:

I det følgende presenteres funn og fortolkninger fra studien.

Ut fra studiens analyse fremkom tre hovedkategorier med påfølgende underkategorier:

- ✓ **Å legge til rette for en anerkjennende relasjon**
 - Skape god relasjon, trygghet og tillit gjennom anerkjennelse og respekt
 - Være en trygg og ansvarlig voksenperson og tåle ungdommens historier
- ✓ **Å ha kommunikasjonsferdigheter, kunnskap om ungdom samt kunne bruke adekvate metoder**
 - Tilpasset kommunikasjon og kartlegging
 - Veiledningskompetanse, formidlingsevne og evne til å skape refleksjon
 - Ha kunnskap om ungdom, ungdomshelse og ungdoms kognitive utvikling
- ✓ **Arbeide for og innen gode rammevilkår, samt ha evne og mulighet for samarbeid**
 - Hensiktsmessig ressursbruk innenfor eksisterende rammer
 - Å inneha en bevisst og oppdatert kompetanse
 - Å inneha samarbeidskompetanse

Hovedkategoriene blir presentert i uthevet skrift, mens underkategoriene står i kursiv.

Meningsfulle enheter fremkommer løpende i teksten som sitater.

1.0 Å legge til rette for en anerkjennende relasjon.

Diskusjonen mellom deltagerne handlet mye om å legge til rette for en anerkjennende relasjon. Det å ha tro på ungdommen, sette av nok tid og være oppmerksomt tilstede, ble ansett som viktig for å møte ungdom med helseutfordringer.

Skape god relasjon, trygghet og tillit gjennom anerkjennelse og respekt

Deltagerne mente de i møte med ungdom må tilstrebe å skape en atmosfære som gir rom for trygghet og tillit. Ifølge deltakerne innebar dette at de må ta ungdom på alvor, være totalt tilstede, vise raushet og ta seg tid til å bli godt kjent.

”Jeg tror nesten man kan gjøre hva man vil, bare dem skjønner at vi respekterer dem. Det er noe med holdningen å gjøre da, at vi ikke er sånn ovenfra og ned....selv om vi har den kompetansen vi har, så er vi likeverdige likevel som mennesker”

Være en trygg og ansvarlig voksenperson og tåle ungdommens historier

Deltagerne diskuterte viktigheten av å tåle ungdommen og deres historier. Å tørre og la seg berøre og samtidig fremstå som trygge voksenpersoner fremkom som vesentlig.

Å ha tro på at ungdommen vil klare seg på tross av at det oppleves vanskelig her og nå, ble fremhevet.

”....det handler om å vise at vi har tro på dem, at vi har tro på at dette kommer til å gå bra...”

2.0 Å ha kommunikasjonsferdigheter, kunnskap om ungdom samt kunne bruke adekvate metoder.

Kommunikasjonsferdigheter, veiledningskompetanse og kunnskap om ungdom og ungdomshelse ble beskrevet som svært betydningsfullt. I tillegg fremkom det å kunne avdekke hvor den enkelte ungdom befant seg i sin kognitive utvikling som vesentlig for å lykkes i sin kommunikasjon og veiledning av ungdom. Likeså hadde det betydning for deres valg av pedagogisk metoder i møte med den enkelte.

Tilpasset kommunikasjon og kartlegging

Deltagerne mente kommunikasjon og kartleggingsmetoder må tilpasses ungdommens raske fysiologisk og psykologisk endring. De poengterte betydningen av å møte ungdom der de er utviklingsmessig:

”Man må jo alltid se foran seg hvilken alder de har, hvilken samtaleevne de har”

Kommunikasjonen handler i følge deltagerne om respekt og tillit og ungdoms sårbarhet ble fremhevet som viktig å ta hensyn til i kommunikasjonen.

”...det å bli lytta til det, og det å bli forstått eller at noen prøver å forstå, det i seg selv på en måte genererer psykisk kapasitet på et vis”

Siden hver enkelt ungdom er unik, var det vanskelig å følge en «oppskrift» på hvordan man skal møte den enkelte.

”I vår jobb er det helt umulig å rendyrke en metode..”

Deltagerne fortalte at de bruker ulike metoder og kartleggingsverktøy ut fra hva de anser som hensiktsmessig for den enkelte ungdom, samtidig som de fremhevet viktigheten av å trekke frem ungdommens ressurser.

”Nettverksintervensjon har jeg bruk veldig mye...det syns jeg er et godt arbeidsredskap....de får sånn oversikt....”

Veiledningskompetanse formidlingsevne og evne til å skape refleksjon

Med unntak av en deltager, brukte deltakerne veiledning i sitt møte med ungdom. I veiledningen vektla de å stille åpne spørsmål som stimulerer til refleksjon, slik at den unge selv finner løsninger på sine problem. Å bekrefte ungdommen i forhold til løsninger og valg de selv kom frem til, var vesentlig:

”Jeg tror det er viktig med kunnskap, også veilede på den måten at ungdommen får prøvd ut sin egen kunnskap. Det er kanskje det aller viktigste. Å bekrefte på en måte det de kan”

Å gi faktiske opplysninger ble fremhevet som viktig. Deltagerne snakket om at de bidrar med kunnskap ut fra den enkelte ungdoms behov og ønsker. De mente ungdom opplever det enklere å forholde seg til en sykdom om de har kunnskap om den. I tillegg poengterte flere at ungdom oppleves som kunnskapssøkende. Balanse mellom omsorg og formidling av fakta fremkom som viktig.

”Vi fyller på med kunnskap, og respekterer samtidig at de vil ha den. Så det er noe med å ta på alvor det de sier, samtidig som du gir informasjon

Samtlige deltagere mente rådgivning var svært viktig i møte med ungdom, men at det må være refleksjon i forlengelsen av rådene de gir.

”...så råd og veiledning går litt om en annen. Men kanskje starte med litt refleksjon først, så kanskje komme med råd..... Men at man har en vurdering og veiledning rundt det”

Ha kunnskap om ungdom, ungdomshelse og ungdoms kognitive utvikling

Deltagerne ga uttrykk for at formell kompetanse gir trygghet. Samtidig fremkom det at kombinasjonen mellom formell kompetanse og erfaring var viktig.

”....det er jo noe mer trygghet å gjøre og etter hvert som man har jobbet i mange år og har fått mer erfaring så har man jo et helt annet ståsted enn i starten.....du blir jo rustet til å møte lignende tilfeller sjøl om alle er forskjellig...”

Ifølge deltagerne var det viktig å ha kunnskap om ungdomshelse og utviklingspsykologi. De fremhevet at det ikke er forventet at ansatte i førstelinjetjenesten i kommunens helseteam skal kunne alt, men at man må ha kunnskap om hva som er normalt og unormalt og henviser videre de som trenger hjelp i spesialisthelsetjenesten:

”...viktig å se ungdom i et utviklingsperspektiv da. At man tenker at mye av det ungdommen strir med kanskje er relatert til den utviklingen ungdommen er i da....så man ikke tenker at det her er avvikende bestandig. Da handler det mye om kunnskap, men også å se den enkelte...”

Deltagerne fremhevet at ungdom er veldig ”her og nå” og at de ofte tenker med følelser. De mente dette kan medføre at ungdommen ikke klarer å tenke fremtidige konsekvenser.

”...de ser ikke konsekvensene kanskje, de klarer ikke helt å tenke at dette må jeg fordi jeg skal videre i livet.....de er ikke helt i stand til det ennå, men vi tror det og gir dem kanskje ansvaret”

Med få unntak snakket deltagerne om at det var minimalt med fysiske problemstillinger som ble håndtert hos kommunens helsepersonell. Flesteparten av ungdommene de kom i kontakt med hadde problemer knyttet til psykisk helse. De mente derfor at det var relevant at helsearbeidere hadde kompetanse på psykisk helse. Deltagere med videreutdanning i psykisk helsearbeid fortalte at de følte seg tryggere i jobben etter videreutdanningen:

”..veldig sjelden vi har ungdom med fysiske problemer....stort sett alltid psykisk”

3.0 Arbeide for og innen gode rammevilkår, samt ha evne og mulighet for samarbeid.

Et vesentlig område som fremkom i diskusjonen var muligheten til å kunne arbeide under gode rammebetingelser. Deltagerne fremhevet hvor viktig tid og ressurser var for å kunne være tilstede når ungdom trengte dem. I tillegg ble evnen, viljen og muligheten til å kunne samarbeide fremhevet som vesentlig.

Hensiktsmessig ressursbruk innenfor eksisterende rammer

Ressurser og mangel på tid var et gjennomgangstema hos samtlige deltagerne. De fleste mente tiden til rådighet er for knapp for å kunne ivareta alle ungdommene som har behov for bistand.

”...de vi får tak i blir ganske bra ivaretatt, men det er jo mange vi ikke får tak i. Det er mange som kanskje ikke blir oppdaga...det har med tilgjengelighet å gjøre. Jo mer vi er tilgjengelig på skolen og markedsfører oss, er ute blant elever, jo mer henvendelser får vi...”

Flere av deltagerne satt spørsmålsteget ved kommunens ressursforvaltning.

”Det er et stort paradoks at det er to vaktmestre på en skole, men bare en helsesøster...”

Deltagerne mente de har en god oversikt over hva den enkelte ungdom trenger, men at ressursmangel hindrer gjennomføring av ulike tiltak. Deltakerne fortalte at mye av arbeidsdagen blir brukt til å dekke akutte behov, mens de mer langsiktige forebyggende tiltakene ikke får plass i hverdagen.

”...det å avdekke ting å bidra det er veldig fint....men det er noe med at fallhøyden er ganske stor, det blir et sprik da mellom det vi kunne ha gjort og det vi faktisk får gjort på grunn av kapasiteten, og det er litt sånn frustrerende, for det er veldig mye vi kunne ha satt i verk på forebyggende plan som vi veit er bra”

Å inneha en bevisst og oppdatert kompetanse

Diskusjonen syntes å vise at deltagerne har fokus på sin kompetanse og å holde seg faglig oppdatert. De fremhevet viktigheten av tid til å kunne lese ny forskning, samt ta kurs og etterutdanning, og at dette var et felles ansvar mellom dem selv og lederne.

”så jeg tenker et er viktig å følge med på hva som finnes av kurs, holde seg oppdatert.....ta litt ansvar for det selv...”

Det ble poengtert at kommunen må legge til rette for at nødvendig kompetanseheving lar seg gjennomføre.

”Så det jeg savner litt, det derre at det legges til rette for at når folk ønsker å styrke kompetansen sin, at det legges til rette for permisjon og litt støtte til å ta etterutdanning, men at kommunen må se på hva de trenger”

Avsatt tid til kollegaveiledning, samt refleksjon over egen kompetanse ble av flere deltagerne fremhevet som ønskelig.

”...har vært veldig sugen på kunnskap, og er det fortsatt. Men samtidig syns jeg at vi må få mye mer tid til å reflektere over den kunnskapen vi har og hvordan vi anvender den...får aldri tenkt over hvorfor man gjør som man gjør...”

Å inneha samarbeidskompetanse

Samtlige deltagere mente det å kunne samarbeide med kollegaer, skole og andre faggrupper var en særdeles viktig del av det å arbeide med ungdom.

”...samarbeid må vi kunne. For jeg tenker jo at vi kommer ikke i mål med de som har store utfordringer uten å ha samarbeidskompetanse, og vilje til å se tverrfaglig. Samarbeid er viktig og riktig

Flere deltagere trakk frem foreldre som viktige samarbeidspartnere. De fleste deltagerne hadde positive erfaringer med å få foreldrene i tale, og involvert i ungdommens helseproblemer.

”....da må jeg ha samarbeidspartnere, få foreldre til å bli mine samarbeidspartnere”

I diskusjonen kom det også frem at samarbeid på tvers av faggrupper kunne være utfordrende, men at man måtte anstrenge seg for å få det til slik at ungdom kunne få optimal hjelp.

”Samarbeidskompetanse er viktig, og det ikke noen selyfølge bestandig. Og det er ikke selvsagt at alle kan eller vil det....man må anerkjenne sin egen kompetanse for å kunne anerkjenne andres kompetanse....at jeg har viktig kompetanse, og jeg kan gjøre så mye med min.....men jeg må trekke inn andre for å få en helhetlig tilnærming til denne ungdommen”

Flere faggrupper ble nevnt som ønskelig i et tverrfaglig team rundt ungdom. Psykolog og psykiatrisk sykepleier ble fremhevet som særlig betydningsfullt.

”Jeg ville ha hatt med meg en psykolog fordi vi jobber så veldig i gråsonen mot BUP.....egentlig er det relativt få som skal til BUP, men vi trenger på en måte den refleksjonen sammen i forhold til ”kan jeg sitte på dette?””

DISKUSJON:

I diskusjonen blir enkelte aspekter av hovedkategoriene trukket frem og diskutert. Disse er valgt da de anses som særlig relevant ut fra forskningsspørsmålenes helsepedagogiske fokus sett i et empowermentperspektiv.

Å legge til rette for en anerkjennende relasjon.

Studien viser at helsepersonell mener ungdoms opplevelse av trygghet og tillit er viktig for å styrke deres mestringsfølelse. En trygg atmosfære og en opplevelse av at man vil hverandre vel, kan i følge deltagerne gjøre det lettere for ungdom å høre og ta til seg det de formidler. Ungdom som i tillegg er syke, vil kunne ha problemer med å knytte tillitsfulle relasjoner.

Tillit kan ikke tvinges frem, men er noe det kan ta tid å etablere. Ut fra studien kan man tyde at deltagerne vet at det å bygge opp tillit tar tid, men på tross av gode hensikter er det er ikke sikkert helsepersonell er tilstede den dagen ungdommen trenger hjelp, eller er mentalt tilstede når ungdommen er klar til å snakke.

Tillit er et vesentlig aspekt ved relasjonen. I følge Tveiten (29) kan tillit skapes når vi viser at vi er interessert, har tid, virkelig lytter og viser respekt. Å skape kvalitativt gode relasjoner er et vesentlig fundament i en salutogen tilnærming og en viktig motstandsressurs. Ved å vektlegge muligheter, mestring og ressurser, kan det skapes tillit, slik at vekst og utvikling blir mulig (20, 30-31). Ved å fokusere på relasjonen i veiledningen kan verdifull læring oppnås (32).

Å ha kommunikasjonsferdigheter, kunnskap om ungdom samt kunne bruke adekvate metoder

Deltagerne i studien mener kommunikasjon og dialog er vesentlige elementer i møte med ungdom. Deltagerne var tydelig på at ungdom er i en fase av livet preget av utfordringer, kognitivt og mentalt. Det hadde betydning i kommunikasjonen. Dette kan forstås som at deltagerne mener de gjennom en meningssskapende og relasjonsorientert kommunikasjon kan bidra til økt mestring hos ungdommen. Samtidig kan det forstås som at kommunikasjon med ungdom ble sett på som utfordrende, siden ungdoms kognitive utvikling ikke er ensartet, men tvert imot vil variere fra ungdom til ungdom og fra situasjon til situasjon. I følge Hjortdahl (17) bør all kommunikasjon med ungdom foregå i en atmosfære preget av trygghet, nærhet og forutsigbarhet, mer enn profesjonell avstand. Forskning viser at tydelig og støttende kommunikasjon er grunnleggende hvor det å fremme håp og positive forventninger for fremtiden er en viktig motstandsressurs (33).

I et empowermentperspektiv er den pedagogiske funksjonen særlig viktig (6). Det handler om å se alle mennesker som kompetente om de gis de rette forutsetningene (34). Deltagerne mente de måtte tilpasse sin kommunikasjon og anvende den metoden som passet den enkelte ungdoms behov. Dette kan forstås som at deltagerne var bevisst hvor lite

homogen ungdomsgruppen var og tok hensyn til dette i sitt møte med den enkelte. I følge Askheim (35) er empowerment like viktig for alle, også såkalte ”svake grupper”, men virkemidlene for å realisere målet må tilpasses den enkelte. Dette fordrer omfattende kommunikasjonsferdigheter og ikke minst fagpersonens evne til å forstå og tolke kommunikasjon. Askheim (35) understreker at ansvaret for tydelig kommunikasjon ligger hos fagpersonen. Også Grøholt (36) fremhever at helsepersonell må møte de unge der de unge er, men sier dette kan problematiseres av at det i ungdomstiden skjer store forandringer fort. I følge Antonovsky (10, 12) må vi støtte de unge i å finne mening og mulighet i en virkelighet som er forståelig fra ungdommens eget ståsted. For å lykkes med dette er kommunikasjonen og viljen til å se den unge viktig. Ordene vi bruker i møtet med ungdom har betydning (32). Ved å fokusere på hvordan man kommuniserer med ungdommen, kan man styrke ungdommens motstandsressurser (37). Sørensen og Graff-Iversen (38) påpeker at det også kan være noen begrensninger i empowermenttenkningen. De sier deltagelse i empowermentprosessen kan kreve et visst overskudd og ansvarsfølelse. De påpeker at ikke alle har lært at de selv kan ta kontroll, men ved å bli bevisstgjort egne ressurser og få støtte på det som fungerer fint, vil ungdom kunne oppnå større grad av mestring (10, 12).

Undersøkelsen viser at deltagerne bruker veiledning for å styrke ungdommens mestringskompetanse. De var opptatt av at veiledning måtte inneha elementer av dialog, tanker og refleksjon, med fokus på å lytte til ungdommen og hjelpe dem med å se egne løsninger. Dette kan forstås som at deltagerne i møte med ungdom tar ungdom på alvor. De er opptatt av å sette ungdom i stand til å finne egne løsninger og ta selvstendige valg. Men veiledning tar tid, og tid var et aspekt deltagerne trakk frem som en mangel. Det satt ofte fulle venterom og liten tid til hver enkelt ungdom.

I veiledning må man som helsearbeider ha en åpen ”ikke vitende holdning”. Målet er at personen selv skal finne løsninger på sine egne problem (20). Som voksen kan man ha vanskeligheter med å forstå ungdomskulturen og ungdommens måte å kommunisere på, også siden denne kulturen ikke er homogen og i stadig endring. Det er heller ikke sikkert ungdommen alltid er mentalt i stand til å ta inn over seg nødvendig kunnskap, eller ønsker denne kunnskapen. Veiledning er ikke en lineær prosess, men må tilpasses der den andre befinner seg (39). Unges kognitive utvikling innebærer at de analyserer og tolker annerledes enn voksne (5). De opererer med kortere perspektiver og er opptatt av her og nå. Dette kan ha betydning for deres motivasjon for å gjøre nødvendige endringer som gir bedre helse på sikt, men som ikke gir umiddelbare resultater. Fokus på her og nå må kombineres med mer

langsiktige perspektiv (40). Ved å møte ungdom ut fra et helhetssyn, kan helsearbeidere gjennom sin veiledning stimulere ungdom til å reflektere over hvordan de kan forstå seg selv i et helhetsperspektiv.

Studien viser at deltagerne har stort fokus på å belyse de ressurser ungdommen har til rådighet, blant annet gjennom bruk av nettverkskart. Dette kan forstås som at deltagerne er bevisst på at ungdom ikke alltid vet hvilke ressurser de har tilgjengelig, eller klarer å se hvordan de skal bruke disse ressursene på en hensiktsmessig måte.

Ungdoms helse blir i stor grad påvirket av forhold som ligger utenfor helsetjenestens kontroll. Ensomhet og mangel på sosial støtte forringer livskvaliteten, påvirker ungdommers mestringsressurs og medfører risiko for dårligere helse (41). Fokus på å styrke ungdommens nettverk har derfor betydning for ungdoms helse.

I følge Antonovsky er ”SOC” en mestringsressurs og livsorientering som reflekterer en persons evne til å identifisere og anvende tilgjengelige ressurser for å mestre utfordringer i livet (10,12). Kvaliteten på sosial støtte som intime, emosjonelle bånd har stor betydning for hvordan mennesker mestrer å leve sine liv (10, 31), men vissheten om tilgjengelighet av sosial støtte er i følge Antonovsky (10) ofte tilstrekkelig. Lindstrøm og Eriksson (11) mener det ikke bare handler om de ressurser de unge har til rådighet, men like mye evnen og fleksibiliteten de har til å bruke dem på en helsebringende måte. Tidligere forskning har vist at ungdom ofte ikke er klar over sine egne ressurser, eller er bevisst hva slags sosial støtte de har i sitt nærmiljø (11, 37, 42).

Arbeide for og innen gode rammevilkår, samt ha evne og mulighet for samarbeid.

Evnen og muligheten til å kunne samarbeide tverrfaglig var et annet område deltagerne mente de måtte beherske for å hjelpe ungdom med å mestre sine liv. Allikevel var det enighet om at samarbeid på tvers av fag og avdelinger også kan medføre utfordringer. Dette kan forstås som at det i dag ikke foreligger en organisasjonskultur der deling av kompetanse er naturlig, men det kan også forstås som at ulik lokalisering av de ulike fag og avdelinger medfører utfordringer i det tverrfaglige samarbeidet.

Samarbeid gir sosial støtte og trygghet, noe som er spesielt viktig i en jobb hvor den enkelte helsearbeider jobber mye alene. Dette er også politisk initiert. Samhandlingsreformen (43) trekker blant annet frem at bruk av tverrfaglige team kan bidra til en sterk deltagende bruker og til mer helhetlig behandling og kontinuitet i pasienthåndteringen. I

Stortingsmelding 26 (18) blir nødvendigheten av tverrfaglig og tverretattlig innsats over flere forvaltningsnivå for å sikre forsvarlige tjenester sterkt vektlagt.

Samarbeid i et empowermentperspektiv kan være utfordrende. For å lykkes må de som tradisjonelt har blitt sett på som eksperter gi fra seg kontroll. De må være villig til å omdefinere sin rolle fra å være ekspert til å bli en ressurs i gruppen. Dette krever at de har et ønske om å samarbeide og dele sin kunnskap med andre. Tverrfaglig samarbeid og samordning innebærer også forpliktelser både for den enkelte fagperson og for virksomheten som helhet (9). Profesjonsutøverens lojalitet til felles beslutninger og forpliktelser kan dermed overskygger lojaliteten til ungdommen og medføre at ungdommens posisjon og mulighet for innflytelse svekkes. Dette vil samtidig kunne innebære at tilnærmingene til den enkelte blir mindre fleksible og mindre tilpasset individuelle behov (9).

STYRKER OG SVAKHETER MED STUDIEN:

Studien var i hovedsak planlagt med metoden fokusgruppeintervju, men der tre av intervjuene måtte gjennomføres som individuelle intervju. Dette kan ses på som en svakhet i studien, da disse intervjuene ikke oppnådde samme meningsutveksling som i fokusgruppeintervjuene. Siden opplysningene som fremkom både i fokusgruppeintervjuene og de individuelle intervjuene var forholdsvis homogene, med kun nyanseforskjeller i svarene, mener jeg sammensetningen av deltagere og dybden av innhentet informasjon på tross av dette gir kunnskap om hvordan helsepersonell i kommunen mener de best kan ivareta ungdom med helseutfordringer. Fokusgruppeintervjuene og de individuelle intervjuene ble analysert under ett. Dette ble først gjort etter å ha analysert de hver for seg. En sammenligning av meningsfulle enheter viste da at disse var så å si identiske, og således ble det naturlig å se de ulike intervjuene i sammenheng.

Kun en fysioterapeut og en ergoterapeut kan ses som noe utilstrekkelig for å trekke konklusjoner. Flere deltagere fra ulike yrkesgrupper kunne ha styrket studien. Studien består av kvinnelige deltagere. Dette kan også ses på som en svakhet, men utvalget speiler et representativt bilde på kjønns sammensetningen i kommunehelsetjenesten.

I kvalitative studier er forsker et viktig instrument i seg selv. Det er derfor tenkelig at min bakgrunn som både lærer og sykepleier kan ha hatt innvirket både på interaksjonen overfor den enkelte deltager, men også i selve analyseprosessen. Dette har blitt ivaretatt blant annet ved å skrive en refleksiv dagbok. Samtidig må jeg være åpen for at andre forskere ville kunne ha fremskaffet og tolket svarene på en annen måte.

KONKLUSJON:

Studien synes å vise at deltagerne møter ungdom med respekt og tillit. De har fokus på kommunikasjon, veiledning og undervisning og benytter ulike metoder ut fra den enkelte ungdoms behov. Helsepedagogisk kompetanse fremstår derfor som vesentlig. Studien viser også at kompetanse om ungdomshelse relatert til psykisk helse anses som viktig. Likeså blir vilje og evne til samarbeid på tvers av fag og avdelinger fremhevet som vesentlig. Det kan ut fra studien se ut til at helsepersonell i stor grad har fokus på å benytte en salutogen tilnærming i møte med ungdom for å styrke ungdommens mestringskompetanse. Gjennom å gi ungdom tilgang til pålitelig kunnskap, slik at de blir i stand til å vurdere og bruke den, bidrar de til å sette ungdom i stand til å mestre sine liv.

Studien har bare fokusert på kommunens helsepersonell og det er deres stemme som har fremkommet. I en fremtidig studie hadde det derfor vært relevant og ønskelig og undersøke hvordan ungdommene faktisk opplevde sitt møte med helsepersonell, og i hvor stor grad de eventuelt ble empowered.

LITTERATURLISTE:

1. Unge Funksjonshemmede (2010); *Sin egen lykkes smed. Ungdom med funksjonsnedsettelses egen opplevelse av behovet for rehabiliteringstilbud*
2. Moksnes. U. K., Espnes, G. A., Lillefjell, M. (2012); *Sence of Coherence and emotional health in adolescents*. Journal of Adolescence 35 (2012) 433-441
3. Moksnes. U. K., Espnes, G. A., Haugan, G., (2014); *Stress, sence of coherence and emotional symptoms in adolescents*. Psychology & Health, Vol. 29, No. 1, 32-49
4. Helsedirektoratet (2012); *Helsetilbud til ungdom og unge voksne*. Oslo, Rambøll for Helsedirektoratet IS-2044
5. Haavet, O. R. (2005); *Å redusere helserisiko og øke motstandskraft?* . I Haavet, O. R. (red) (2005); *Ungdomsmedisin*. Oslo: Universitetsforlaget
6. Tveiten. S. (2012); *Helsepedagogikk og helsekommunikasjon i forhold til barn og foreldre*. I: Tveiten, S., Wennick, A., Steen, H.F.; *Sykepleie til barn. Familiesentrert sykepleie*. Oslo, Gyldendal Akademiske Forlag
7. Økland, T., Glavin, K. (2005); *På ungdoms premisser – Helsestasjon for ungdom*. Oslo, Akribe Forlag
8. World Health Organization (1998); *Health promotion glossary*. Geneva: WHO
9. Askheim, O.P. (2011); *Pasientopplæring og empowerment*. I: Brataas, H., (red) *Sykepleiepedagogisk praksis. Pasientsentrert sykepleie på ulike arenaer*. Oslo, Gyldendal Norske Forlag
10. Antonovsky, A. (2012) *Helsens mysterium – Den salutogene modell* Oslo, Gyldendal Akademiske forlag
11. Lindström. B., Eriksson, M. (2005); *Salutogenesis*. J. Epidemiol Community Health 2005;**59**:440-442
12. Antonovsky, A. (1996) *The Saletogenic model as a theory to guide health promotion* Health Promotion International, 11 (1), s 11-18
13. Langeland, E. (2014); NAPHA, Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid. Rapport 1/2014
14. Walseth, L. T., Malterud, K. (2004); *Salutogense og empowerment i allmenmedisinsk perspektiv*. Tidsskrift Norsk Lægeforening 2004; 124:65-66
15. Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well*. San Francisco: Josse-Bass

16. Langaard, K. (2006), Ungdom, psykisk helse og profesjonell hjelp. Tidsskrift for ungdomsforskning 2006, 6(2):25-40
17. Hjortdal, P. (2005); *Unges kommunikasjonsmåter*. I: Haavet, O. R. (red); *Ungdomsmedisin*. Oslo: Universitetsforlaget
18. Helse- og omsorgsdepartementet. (2014). St.meld. nr. 26 (2014-2015). *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*. Oslo, Helsedepartementet
19. Myrin, B., Lagerström, M. (2008); *Sence of coherence and psychosocial factors among adolescents*. Acta Pædiatrica. 2008 **97**, pp.805-811
20. Langeland, E., Wahl, A. K., Kristoffersen, K. K., Hanestad, B. R. (2007); *Promoting coping: Salutogenesis among people with mental health problems*. Issues In Mental Health Nursing, 28:275-295
21. Ellingsen, S., Drageset, S. (2008); *Kvalitativ tilnærming i sykepleieforskning. En introduksjon og oversikt*. Norsk Tidsskrift for Sykepleieforskning, 2008; 10:23-38
22. Polit, D.F., Beck, C. T. (2012); *Nursing Reserach. Creating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. Philadelphia, J. B. Lippincott Company
23. Helse- og omsorgsdepartementet. (2014). Nasjonal helseplan (2007-2010)
24. Helse- og omsorgsdepartementet. (2011); St.mld. nr. 16 (2010-2011). *Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015)*. Oslo, Helsedepartementet
25. Helse- og omsorgsdepartementet. St.prp.nr.1 (2006-2007)
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stprp-nr-1-2006-2007-/id213031/?ch=1>
26. Johannessen, A., Tufte, P. A., Christoffersen, L. (2010) *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Abstrakt forlag AS
27. Malterud, K. (2011): *Systematic text condensation: A strategy for qualitative analysis*. Scandinavian Journal of Public Health, 2012; 40:795-805
28. De Nasjonale Forskningsetiske Komiteene (2013); *Helsinkideklarasjonen*. Oslo
<https://www.etikkom.no/fbib/praktisk/lover-og-retningslinjer/helsinkideklarasjonen/>
29. Tveiten, S. (2013); *Veiledning – mer enn ord*. Bergen, Fagbokforlaget
30. Langeland, E. (2012); *Salutogenese som forståelsesramme i psykisk helsearbeid*. I: Gammersvik, Å., Larsen, T. (red). *Helsefremmende arbeid for sykepleiere i teori og praksis*. Bergen, Fagbokforlaget. S. 195-216
31. Langeland, E. (2014); *Salutogenese og psykiske helseproblemer – en kunnskapsoppsummering*. Bergen, NAPHA, Rapport nr. 1/2014

32. Eide, H. & Eide, T. (2009); *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning og etikk*. Oslo, Gyldendal Akademiske
33. Hansson, K., Cederblad, M. (2004); *Sence of coherence as a meta-theory for salutogenic family therapy*. Journal of Family Psychotherapy. s. 39-54
34. Tengqvist, A. (2007); *Begrense eller skape muligheter – om sentrale holdninger i empowermentarbeid*. I: Askeheim, O.P., Starrin, B. (red); *Empowerment i teori og praksis*. 3. opplag 2010. Oslo, Gyldendal Norske Forlag AS.
35. Askheim, O.P. (2012); *Empowerment i helse- og sosialfaglig arbeid. Floskel, styringsverktøy eller frigjøringsstrategi*. Oslo, Gyldendal Akademiske
36. Grøholt, B. (1998); *Ungdomstiden og mestringsperspektivet*. I: Gjørum, B., Grøholt, B., Sommerchild, H. (red); *Mestring som mulighet i møte med barn, ungdom og foreldre*. 7. opplag 2010. Oslo, Universitetsforlaget
37. Waad, T., Hult, S. (1997); *Det salutogena perspektivet legger tonvikt vid friskfaktorer*. Vårdfacket 6
38. Sørensen, M., Graff Iversen, S. (2001); *Hvordan stimulere til helsefremmende atferd?* Tidsskrift for Den Norske Lægeforening, 6 (121), 720-724
39. Christiansen, B. (2013); *Levevaner og endringsprosesser – konsekvenser for helseveiledning*. I: Christiansen, B. (red); *Helseveiledning*. Oslo, Gyldendal Akademiske
40. Gjørum, B. (1998); *Mestring av omfattende problemer hos barn og foreldre – har vi empirisk kunnskap å bygge på?* I: Gjørum, B., Grøholt, B., Sommerchild, H. (red); *Mestring som mulighet i møte med barn, ungdom og foreldre*. 7. opplag 2010. Oslo, Universitetsforlaget
41. Helsedirektoratet (2014); *Psykisk helse og trivsel i folkehelsearbeidet*. Oslo, 12/2014 IS-2263
42. Hult, S., Waad, S. (1999); *Känslan av sammanheng går att påverka. Den salutogena modellen i förändringsarbete med ungdomar*. Ur-Sinnet nr. 3. 1999
43. Helse- og omsorgsdepartementet. (2009); St.mld. nr. 47 (2008-09) *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Oslo. Helsedepartementet

**Overbygningsartikkel - "KAPPE"
til studien:**

**"Vi må tåle at det er vanskelig".
Helsepersonells helsepedagogiske kompetanse –
et empowermentperspektiv**

Innholdsfortegnelse:

1.0	Introduksjon	s. 21
1.1	Helsepolitiske føringer	s. 22
1.2	Disposisjon	s. 22
1.3	Oppsummering av studien	s. 23
2.0	Søkehistorikk og tidligere forskning	s. 26
2.1	Søkehistorikk	s. 26
2.2	Inkludert forskning	s. 27
3.0	Presentasjon av sentrale ideer og drøftelser	s. 28
3.1	Helse og folkehelse	s. 28
3.2	Empowerment	s. 28
3.2.1	Mestring	s. 30
3.3	Helsepedagogikk	s. 31
3.3.1	Kommunikasjon og veiledning	s. 32
3.3.2	Samarbeidskompetanse	s. 33
4.0	Anvendt metode i studien – drøftelser og kritiske vurderinger	s. 34
4.1	Metodologiske aspekter	s. 34
4.2	Datainnsamling og datamateriale	s. 36
4.3	Transkripsjon og analyse	s. 37
4.4	Etiske overveielser og forskers rolle	s. 39
5.0	Troverdighet, Gyldighet og Pålitelighet	s. 39
6.0	Avslutning	s. 41
	Litteraturliste	s. 43

1.0 Introduksjon

Tema for masteroppgaven er helsepedagogikk og hvordan kommunens helsepersonell mener de best kan ivareta ungdom og unge voksne med helseutfordringer som har behov knyttet til å mestre sine liv. Tema ble først og fremst valgt ut fra egen interesse, da jeg selv både er sykepleier og pedagog og har jobbet med barn og unge i mange år.

Ungdomstiden er en utfordrende periode, der det skjer store endringer. Perioden er preget av løsriving fra foreldre og utvikling av egen, selvstendig identitet. For mange er dette en turbulent brytningstid. Denne tiden kompliseres ytterligere om de unge har helseproblemer, da god helse og overskudd synes å være en betingelse for å lykkes i ungdomstiden. Restriksjoner på grunn av sykdom kan true den unges opplevelse av sin identitet og sitt selvbilde (Haavet, 2005; Hjordal, 2005; Unge funksjonshemmede, 2010).

Under arbeidet med denne oppgaven ble det gjort flere litteratursøk.

Ut fra tidligere forskning kan det synes som at det finnes mye kompetanse om ungdom og unge voksne både i primærhelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten, men at denne kompetansen er spredt og fragmentert og i stor grad knyttet til enkeltpersoner. Det kan også se ut som at det mangler rutiner og systemer for å spre allerede eksisterende kompetansen til helsepersonell som møter målgruppen i sitt arbeid (Helsedirektoratet, 2012; Unge Funksjonshemmede, 2010). Videre kan det se ut som at det er gjort en del forskning om helsepedagogikk og ungdom, men at disse studiene har hatt et noe mer begrenset fokus og blir sett i sammenheng med spesifikke sykdommer som blant annet astma og diabetes (Unge funksjonshemmede, 2010). Disse studiene vil allikevel kunne ha overføringsverdi.

Psykiske plager er en av de store samfunns- og folkehelseutfordringene blant unge i dag (St.mld. 26, (2014-2015)). Som tidligere lærer i grunnskolen og nå som veileder i NAV med oppfølgingsansvar for ungdom, har jeg på nært hold sett hvordan unge mennesker med psykiske lidelser sliter med å mestre sine liv. Kompetanse innen psykisk helse kan derfor se ut til å være betydningsfullt.

I dag er det et krav at helsetjenesten skal være kunnskapsbasert (Helsedirektoratet, 2005). Dette krever at pasienten har tilgang til pålitelig kunnskap om og kompetanse til å ta den i bruk (Austvoll-Dahlgren & Johannesen, 2013). Som helsepersonell må man i større grad dele kunnskapen med pasientene. Det forutsetter at man klarer å balansere ”ekspertrollen” med en lyttende dialogpreget holdning til den man skal hjelpe. Dette er i tråd med

empowermenttankegangen der brukeren anerkjennes som ekspert på seg selv (Askheim, 2012; Tveiten, 2008; 2013) og er en viktig del av det helsepedagogiske arbeidet.

1.1 Helsepolitiske føringer

Folkehelsearbeid blir definert som samfunnets totale innsats for å opprettholde, bedre og fremme folkehelsen (Mæland, 2010 s.18). Det forebyggende helsearbeidet består av både helsevern, helseopplysning og den offentlige helsepolitikken (Mæland, 2010).

Folkehelsearbeid rettet mot unge er av stor betydning for å sikre fremtidig helsetilstand i befolkningen (Helsedirektoratet, 2012).

I tillegg til Samhandlingsreformen (St.mld. 47 (2008-2009)), har det de senere årene kommet en rekke statlige dokumenter der behovet for å øke den helsefremmende og forebyggende innsatsen overfor ungdom blir påpekt. I nasjonale mål og hovedprioriteringer er kommunehelsetjenesten utpekt som en sentral aktør. Stortingsmelding 16, (2002-2003) påpeker et behov for å øke den helsefremmende og forebyggende innsatsen overfor ungdom. I Veileder for forskrift for kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten (Sosial- og helsedirektoratet, 2003), blir det poengtert at barn og unge er sentrale målgrupper for folkehelsearbeidet, da mye av grunnlaget for senere helse og helsevaner legges i tidlig livsløp. Stortingsmelding 26, (2014-2015) vektlegger at kommunene må gjøres i stand til å oppfylle Samhandlingsreformens intensjoner om koordinerte og helhetlig pasientforløp, med mer forebygging og tidlig innsats og flere tjenester der brukerne bor. Oppbygging av en primærhelsetjeneste der tverrfaglighet er det bærende prinsipp fremheves. Stortingsmelding 25, (2005-2006) peker på at reell brukermedvirkning forutsetter at profesjoner er bevisste og kritiske til sine egne maktposisjoner og har myndiggjøring av brukeren som mål.

Denne studiens vinkling på kommunehelsetjenestens helsepedagogiske kompetanse sett opp mot et empowermentperspektiv synes derfor å være av stor relevans.

1.2 Disposisjon

Etter dette første innledende kapitlet, vil jeg i kapittel to redegjøre for søkehistorikk og tidligere forskning som har relevans for studien. Kapittel tre presenterer og drøfter sentrale ideer sett opp mot oppgavens tema, helsepedagogikk. Kapittel fire handler om metodologi, forskningsdesign og metode. I kapittel fem diskuterer jeg studiens troverdighet, gyldighet og

pålitelighet med kritisk vurdering av studiens kvalitet. Siste kapittel har en oppsummering med avsluttende kommentarer og tanker om videre forskning.

1.3 Oppsummering av studien

Studien søker å belyse hvordan kommunens helsepersonell møter ungdom med helseutfordringer knyttet til hvilke helsepedagogiske metoder de benytter samt hvilken kompetanse de mener er nødvendig å beherske.

Studien hadde følgende forskningsspørsmål:

- Hvilke helsepedagogiske metoder mener kommunens helsepersonell kan bidra til at ungdom og unge voksne mestrer et liv med helseutfordringer?
- Hvilke helsepedagogiske kompetanser mener kommunens helsepersonell de trenger for å ivareta ungdom og unge voksne slik at de mestrer å leve med helseutfordringer?

I analysen steg tre hovedkategorier med påfølgende underkategorier frem:

HOVEDKATEGORI	UNDERKATEGORI	MENINGSFULLE ENHETER
Å legge til rette for en anerkjennende relasjon	<i>Skape god relasjon, trygghet og tillit gjennom anerkjennelse og respekt</i>	”...men den derre tryggheten tenker jeg...stå i det, være der selv om de ikke er det, eller har skjont at de er der....de skal vite at vi står der selv om vi har gjort alt, og vi føler en oppgitteth vi også ”Må ha tålmodighet, og så handler det om å vise at vi har tro på dem.....”
	<i>Være en trygg og ansvarlig voksenperson og tåle og ungdommens historier</i>	”At man må tåle det. Tåle at det er en prosess” ”...viktigst er jo det å vise at du tåler å høre deres historie da”
Å ha kommunikasjonsferdigheter, Kunnskap om ungdom, samt kunne bruke adekvate metoder.	<i>Tilpasset kommunikasjon og kartlegging</i>	”...kommunikasjon er helt avgjørende i enhver sammenheng for hvordan ting går, og grunnlaget for hvordan ting ender opp. Om man forstår hverandre eller ikke” ”...og så har den som snakker med ungdom ansvar for å vite hvor ungdommen står hen utviklingsmessig, kognitivt...” ”I vår jobb er det helt umulig å rendyrke en metode..”

	<p><i>Veiledningskompetanse, formidlingsevne og evne til å skape refleksjon</i></p>	<p>”Kan også være å bekrefte ungdommen i forhold til de løsninger og valg ungdommen finner frem til selv”</p> <p>”Hjelpe ungdommen til å se egne løsninger, fremfor å komme med forslag til løsning”</p> <p>”Hvis ungdommen spør om råd, sånn eller sånn, så tenker jeg vi ikke skal være så redd for å gi det rådet”</p>
	<p><i>Ha kunnskap om ungdom, ungdomshelse og ungdoms kognitive utvikling</i></p>	<p>”...tidligere henviste jeg veldig fort fordi man blir litt sånn redd, og kanskje også når en er fersk i jobben så er det også litt lettere å henvise fort for du veit ikke...detta føles litt skummelt liksom...”</p> <p>”...viktig å se ungdom i et utviklingsperspektiv da. At man tenker at mye av det ungdommen strir med kanskje er relatert til den utviklingen ungdommen er i da...så man ikke tenker at det her er avvikende bestandig. Det handler mye om kunnskap, men også om å se den enkelte...”</p> <p>”Veldig sjelden vi har ungdom med fysiske problemer...stort sett alltid psykisk”</p>
<p>Arbeide for og innen gode rammevilkår, samt ha evne og mulighet for samarbeid</p>	<p><i>Hensiktsmessig ressursbruk innenfor eksisterende rammer</i></p>	<p>”Ressurs til å jobbe forebyggende rett og slett. Ikke bare brannslukkinga”</p> <p>”Og jeg ser at ressursene i ungdomsskolen er vesentlig mindre enn i barneskolen, og jeg skjønner det bare ikke...”</p> <p>”Det er et stort paradoks at det er to vaktmestre på en skole, men bare en helsesøster”</p>
	<p><i>Å inneha en bevisst og oppdatert kompetanse</i></p>	<p>”Alltid behov for å oppdatere seg på forskning og nye ting”</p> <p>”Vi må jo ha faget i bunn, men jeg tror akkurat det med kommunikasjon og pedagogikk er en veldig forsømt del i forhold til flere yrkesgrupper”</p>
	<p><i>Å inneha samarbeidskompetanse</i></p>	<p>”...da må jeg ha samarbeidspartnere, få foreldrene til å bli mine samarbeidspartnere”</p> <p>”...samarbeid er viktig. Det er ungdommene som må stå i fokus. De må ikke bli en kasteball i systemet”</p>

		<p>”...samarbeid må vi kunne. For jeg tenker jo at vi ikke kommer i mål med de som har store utfordringer uten å ha samarbeidskompetanse, og vilje og evne til å se tverrfaglig. Samarbeid er viktig og riktig”</p>
--	--	---

Studien synes å vise at deltagerne i møte med ungdom var opptatt av å skape en atmosfære preget av trygghet og tillit. Deltagerne hadde fokus på sine holdninger, der de fremhever at de må tåle ungdommen og deres historier. Veiledning ble beskrevet som den mest brukte metoden i deres møte med ungdom. Veiledningen inneholdt elementer av undervisning, rådgivning og refleksjon der målet var å sette ungdommen i stand til å ivareta sine egne liv. Deltagerne vektla egen kompetanse innen ungdomshelse og pedagogikk og kommunikasjon ble fremhevet som selve grunnlaget for å lykkes. Studien viser at deltagerne stort sett bare møter ungdom med psykiske problemer. Kompetanse på psykisk helse ble av denne grunn fremhevet som særdeles viktig. Deltagerne opplevde sin jobb med ungdom i kommunehelsetjenesten som ensom og krevende, med mange komplekse problemstillinger. Samarbeidskompetanse på tvers av fag, avdelinger og yrkesgrupper ble fremhevet. Foreldre ble trukket frem som viktige samarbeidspartnere. Manglende ressurser på tid og kapasitet var et gjennomgående tema. Det fremkom at deres arbeidsdag i stor grad ble brukt til å dekke akutte behov, mens de mer langsiktige forebyggende tiltakene ikke fikk plass i hverdagen.

2.0 Søkehistorikk og tidligere forskning

I dette kapitlet presenteres søkehistorikk og tidligere forskning relevant for studiens problemstilling.

2.1 Søkehistorikk

Elektroniske, systematiske, strukturerte og manuelle søk har blitt foretatt under hele forskningsprosessen. Det er søkt med ulike ord og kombinasjoner på norsk og på engelsk. Søkeordene som ble brukt var: *empowerment, patient education, health, health education, youth, adolescence, health coaching, patient teaching, salutogenese, "sence og coherense"*. Det ble det gjort søk etter sekundærlitteratur i form av lærebøker gjennom Bibsys. De fleste artiklene ble funnet gjennom manuelle søk gjennom store deler av den anerkjente litteraturen på feltet, i lærebøker, artikler og i offentlige dokumenter.

Tabell – Søkehistorikk

Oversikt over et søk etter vitenskapelige artikler.					
Søk	Søkeord	Antall Treff	Leste Abstract	Leste artikler	Valgte artikler
Medline	Empowerment AND Adolescence	15	7	4	2
	Health coaching AND Youth	2	1	1	0
	Health education AND Adolescence	9	2	1	1
	Empowerment AND Patient education	52	11	3	0
	Adolescence AND Patient education OR Health education	5	4	2	0
Cihnal	Patient education AND adolescence AND health	2	2	1	0
	Empowerment AND Youth	369	0	0	0
	Empowerment AND youth AND health	2	0	0	0
	Adolescence And empowerment AND health	3	0	0	0
Idunn	Health education AND adolescence	21	0	0	0
	Patient teaching AND adolescence	2	1	0	0
	Patient teaching AND Youth	2	1	0	0
	Health coaching AND Youth	2	1	1	0
	Salutogenese AND Adolescence	9	3	1	1
Manuelle søk					6

2.2 Inkludert forskning

Tabell - Oversikt over inkludert forskning

Artikkel	Seleksjonskriterie og relevans for studien	Kilde
Langaard, K. (2006); <i>Ungdom psykisk helse og profesjonell hjelp</i> . Tidsskrift for ungdomsforskning 2006, 6(2):25-40	Artikkelen drøfter hvordan profesjonelle hjelp til ungdom kan formes på en måte som fremmer ungdoms egen mestringsevne. Studien bygger på hva ungdom, helsesøstre og skolerådgivere vurderer som viktig å ta hensyn til i møte med ungdom i vanskelige situasjoner	Idunn
Moksnes. U. K., G. A. Espnes og M. Lillefjell (2012); <i>Sence of Coherence and emotional health in adolescents</i> . Journal of Adolescence 35 (2012) 433-441	Artikkelen omhandler assosiasjonen mellom SOC og emosjonelle lidelser som depresjon og angst. Studien inkluderer ungdom i alderen 13-18 i Norge.	Manuelle søk
Moksnes. U. K., G. A. Espnes og G. Haugan (2014); <i>Stress, sence of coherence and emotional symptoms in adolescents</i> . Psychology & Health, Vol. 29, No. 1, 32-49	Studie om SOC og depresjonssymptomer i ungdomstiden. Omhandler norsk ungdom.	Manuelle søk
Graue, M. & O. Søvik (2000); <i>Ungdom og diabetes – pedagogiske utfordringer i behandlingen</i> ; <i>Pediatrik Endokrinologi</i> 2000; 14:54-60	Kvalitativ studie med ungdom og diabetes og hvilke pedagogiske utfordringer som ligger i behandlingen av denne pasientgruppen	Idunn
Austvoll-Dahlgren, A. & M. Johansen (2013); <i>Pasient som medvirker og kunnskapshåndterer</i> . Norsk Epidemiologi 23 (2):225-230	Omhandler pasientmedvirkning og forutsetningen for en kunnskapsbasert helsetjeneste.	Medline
Olaisen, O. (2007); <i>Ungdom og utviklingsfremmende samtaler</i> . Nic Waals institutt	Artikkelen omhandler utviklingsfremmende samtaler og potensialet disse samtaler har i møte med ungdom.	Manuelle søk
Hult, S. & T. Waad (1999); <i>Känslan av sammanheng går att påverka. Den salutogena modellen i förändringsarbete med ungdomar</i> . Ur-Sinnet nr. 3. 1999	Artikkelen omhandler ungdom, salutogenese og mestringskompetanse hos svenske barn i psykiatrien i Sverige.	Manuelle søk
Langeland, E. (2014); <i>Salutogenese og psykiske helseproblemer – en kunnskapsoppsummering</i> . NAPHA, Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid. Rapport 1/2014	Gir en oversikt over eksisterende kunnskap som omhandler salutogenese og psykiske helseproblemer. Ungdom er ikke inkludert, men studien har overføringsverdi.	Manuelle søk
Helsedirektoratet (2012); <i>Helsetilbud til ungdom og unge voksne</i> . Oslo, Rambøll for Helsedirektoratet IS-2044	Norsk undersøkelse som har til hensikt å gi en oversikt over eksisterende kunnskap over unges helse- og omsorgstilbud. Aldersgruppe 13-26.	Manuelle søk

I tillegg til overnevnte inkluderte artikler, har jeg anvendt anerkjente forfattere i emnet helsepedagogikk og empowerment. Jeg har benyttet fagbøker, artikler samt flere offentlige

dokumenter og stortingsmeldinger publisert av Helsedirektoratet som omhandler folkehelse de siste 10 år.

Tidligere forskning og anvendt teori blir presentert sammenvevd i teori og diskusjonskapitlet.

3.0 Presentasjon og drøftelser av sentrale ideer

3.1 Helse og folkehelse

I denne oppgaven er det Hjort (1994 s. 95) sin definisjon av helse som ligger til grunn: *”Helse er å ha overskudd i forhold til hverdagens krav”*.

Hva som legges i begrepet helse vil variere fra person til person og er i all hovedsak et subjektivt begrep, noe som stadig er i bevegelse. Nye erfaringer og opplevelser kan derfor endre vår opplevelse av vår helse. Dette er spesielt relevant når man jobber med ungdom og unge voksne, heretter kalt ungdom, som befinner seg i en livsfase med store endringer.

Folkehelse innebærer ifølge folkehelseloven *”samfunnets innsats for å påvirke faktorer som direkte eller indirekte fremmer befolkningens helse og trivsel, forebygger psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse, eller som direkte eller indirekte påvirker helsen”*

(Folkehelseloven, 2011). Folkehelseloven legger et større og mer helhetlig ansvar for det lokale folkehelsearbeidet til kommuner og fylkeskommuner (Helsedirektoratet, 2012).

Folkehelsearbeid er et overordnet begrep. Inkludert i begrepet ligger helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid, behandling, rehabilitering og pleie og omsorg (Mæland, 2010). Helsefremmende og forebyggende innsats er begge del av folkehelsearbeidet som til dels overlapper hverandre, der begrepet empowerment danner rammen for den totale innsatsen.

3.2 Empowerment

Empowerment blir av verdens helseorganisasjon definert som en prosess der folk oppnår større kontroll over beslutninger og handlinger som berører helsen (WHO, 1998). For å kunne ha kontroll i eget liv må man være bevisst sin egen situasjon og vite hvordan en kan påvirke den. Dette krever at man har tilstrekkelig kompetanse og mulighet til å delta i forhold som omhandler sin helse og sitt liv.

Empowerment er ikke noe entydig begrep, og kan beskrives på ulike nivå. Både individnivå, organisasjonsnivå og samfunnsnivå (Tveiten, 2008).

Empowerment på individnivå eller psykologisk empowerment handler om individets mulighet til å ta beslutninger og ha kontroll over sitt liv (Tveiten, 2008). Psykologisk empowerment handler om selvkontroll, tro på egne evner og mulighet for mestring og utvikling. Adams (2008) omtaler dette som "Self-empowerment" og peker på at dette alltid vil være det sentrale området der empowerment-arbeidet vil starte. Empowerment på samfunnsnivå handler om samfunn, der individer og organisasjoner gjennom deltagelse bruker sin kompetanse og sine ressurser i kollektive bestrebelser for å møte behov relatert til helse (Tveiten, 2008).

Et hovedperspektiv i denne studien er helsepersonells helsepedagogiske kompetanse og hvordan de møter den enkelte ungdom. Empowerment på individnivå står derfor sentralt, men også empowerment på organisasjonsnivå og samfunnsnivå vil ha betydning. Den enkelte helsearbeiders mulighet til å oppnå empowerment er til en viss grad avhengig av kommunenes vilje til å legge til rette for kompetanseheving. Det er også av betydning at det avsette nok tid slik at samarbeid på tvers av fag og avdelinger lar seg gjennomføre. Dette er i tråd med Adams (2008), som mener et empowermentrettet arbeid må ha en bredere tilnærming og ikke ses isolert fra politikk og maktforhold. Opplevelse av individuell kraft og styrke er en grunnleggende forutsetning for å møte de strukturelle hindringer som skaper eller opprettholder avmakt, men endrer ikke i seg selv disse hindringene sier Adams.

"Empowerment meaning enabling people to feel better - is no substitute for liberating them from oppression" (Adams, 2008 s. 83). I følge Adams (2008) må empowermentarbeid preges av et helhetlig syn. Det må inkludere ulike dimensjoner og nivåer, fra individuelt og gruppeorientert til organisasjoner og lokalsamfunn, i tillegg til politiske aspekter. De ulike områdene er knyttet til hverandre og må ses i sammenheng. Helseproblemer og sosiale vansker kan ikke ses uavhengig av konteksten de fremkommer i, eller samfunnet man lever i (Adams 2008).

Empowermentprosessen har som mål å bidra til at ungdom får mulighet til å ta beslutninger og handle på vegne av seg selv. For å kunne gjøre dette trenger ungdom adekvat informasjon tilpasset deres nivå. Men økt kunnskap gjør ikke nødvendigvis ungdom mer myndig i forhold til egen helse. Tvert imot kan det med medføre en økt lojalitet til hva samfunnet definerer som god helse, og på tross av gode intensjoner kan kunnskap også medføre et økt symptomrepertoar snarere enn økt helse (Askheim, 2011; Nordtug, 2012). Dette er spesielt relevant da ungdom tilegner seg kunnskap på ulike arenaer, ikke bare hos

helsepersonell. Empowerment er også blitt kritisert for kun å være et dekkbegrep, der fagpersonenes oppgave er å rettlede de som ikke lever noenlunde i overenstemmelse med forestillingene om hvordan den enkelte innbyggere bør leve sitt liv (Askheim, 2011). I dette ligger en erkjennelse av at den enkelte ungdom er i stand til å handle selvstendig. Samtidig gjelder det å få ungdommen til å handle i tråd med de rammer velferdsstaten angir som sannheter. Ved å fokusere på individuell mestring innenfor de eksisterende rammer, tildekkes de strukturelle forholdene som skaper diskriminering, marginalisering og undertrykking (Askheim, 2011).

3.2.1 Mestring

I følge Tveiten (2013) handler mestring om å ha tilgang på ressurser, forstått som kunnskaper, ferdigheter og sosial kapital, samt å ha evne til å bruke ressursene på en hensiktsmessig måte. Flere faktorer er viktige i mestringsprosessen, blant annet alder, kjønn og personlighet (Kringlen, 2008). Dette er i tråd med tankegangen i empowerment.

Teorier om mestring er mange. I denne oppgaven er det Antonovskys teori om salutogenese som danner den teoretiske forståelsen. Antonovsky utviklet teorien "Sense of coherence" heretter kalt "SOC", som bygger på menneskets behov for å se at man eksisterer i en sammenheng. Teorien består av tre bærende begreper; begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet (Antonovsky, 1996; 2012). Å møte og mestre motgang er nært beslektet med det å kunne noe. Også for ungdom er disse perspektivene gyldige. Alle kan komme styrket ut av prøvelser så lenge utfordringene svarer til ungdommens muligheter for mestring, sier Sommerchild (1998 s. 59).

Antonovskys teori om salutogenese ble utviklet som en motvekt til den tradisjonelle tankegangen om patogenese og fokuserer på hva som fremmer helse. Salutogenese innebærer et holistisk perspektiv, der helse og sykdom er forstått som ulike prosesser som er avhengig av hverandre og gjensidig påvirker hverandre. Sentralt i teorien er en persons tilgjengelige motstandsressurser. Antonovsky definerte motstandsressurser som; *"Enhver karakteristikk av personen, gruppen eller omgivelsene som kan fremme effektiv mestring og spenning"* (Antonovsky, 1979 s. 99). Har man tilgjengelige motstandsressurser og evne til å bruke disse på en adekvat måte, vil man ut fra teorien bevege seg mot helsepolen. Salutogenese viser til viktigheten av å anerkjenne ungdommen primært som en person og mobilisere hans eller hennes styrker. Det handler om å avdekke ressurser som ungdommen ofte ikke er seg bevisst. Disse ressursene kan være skjult for ungdommen fordi de helsemessige utfordringene kan

overskygge ressursene. Det viktige blir derfor å hjelpe ungdommen med å finne de ressursene de har i seg og rundt seg (Langeland, 2014). Dette kom tydelig frem i studien. Deltagerne var opptatt av å belyse ungdommens ressurser, blant annet gjennom bruk av nettverkskart.

Deltagerne hadde et stort fokus på å styrke den enkelte ungdom. De fremhevet dialogen og det å lytte til ungdommenes historier. De mente de måtte tåle at det var vanskelig, ta seg tid og la ungdommen selv oppdage sine ressurser. Dette er i tråd med Langeland, Wahl, Kristoffersen & Hanestad (2007) som poengterer at fokuset mellom helsearbeider og ungdom må ligge på hele personen med vekt på ungdommens egne opplevelser. Ungdommen må kunne bruke sine egne ord og beskrive sine egne liv på sin egen måte. Ved å sette ord på de individuelle historiene kan ungdommen bli oppmerksom på sin livssituasjon og finne de mestringsressurser som bidrar til helse (Langeland et al., 2007). Ungdom vet ikke alltid hvilke ressurser de har i og rundt seg (Waad & Hult 1997). Fremheving av salutogene faktorer kan dermed bidra til å bedre ungdommens selvbylde og forhold til omgivelsene. Helsearbeidere må gjøre ungdommen oppmerksom på hva som fungerer bra, og få fokus bort fra det som ikke fungerer. De må stille spørsmål som stimulerer den unge til å tenke på sine ressurser som mulige kilder til mestring (Langeland et al., 2007).

For å lykkes med å styrke ungdommens mestringskompetanse trenger kommunens helsepersonell helsepedagogisk kompetanse.

3.3 Helsepedagogikk

Studien viser at deltagerne hadde et bredt spekter av ulike helsepedagogiske metoder de benyttet i møte med ungdom (jf. kap. 1.3).

Helsepedagogikk er et ord som inneholder flere ulike komponenter, som delvis glir over i hverandre. Jeg har valgt å legge Tveiten (2012, s. 158) sin definisjon av helsepedagogikk til grunn: ”Med helsepedagogikk menes alt som har med læring, utvikling, veiledning, undervisning og oppdragelse i en helsesammenheng”.

Målet med helsepedagogikken er å oppmuntre ungdom til å ivareta helsen på best mulig måte. Helsepersonell må ha et bevisst forholdt til hva og hvordan de formidler kunnskap om helse og sykdom, samtidig som de lytter til ungdommens egne opplevelser av sin helse (Ekeland & Heggen, 2007).

For å fremme læringsprosessen hos ungdommen trenger helsepersonell en forståelse av hva som innvirker på ungdommens evne til å nyttiggjøre seg kunnskap når de befinner seg i en sårbar livssituasjon (Christiansen, 2013a), og de må ha kompetanse til å avdekke hvordan de kan styrke motivasjonen og tilrettelegge for læring på best mulig måte.

3.3.1 Kommunikasjon og veiledning

Et viktig element i helsepedagogikken er kommunikasjon og veiledning. Begrepet ”kommunikasjon” kommer at det latinske ordet ”*communicare*” som betyr ”å gjøre felles” (Eide & Eide, 2009).

Pasientinformasjon er en lovpålagt oppgave (jf. Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999), men det er ikke ensbetydende med at det medfører bedre kommunikasjon. Som helsearbeider kan man bli så opptatt av fakta og de tekniske sidene ved informasjonen at man glemmer at kommunikasjon mellom mennesker i vel så stor grad handler om mellommenneskelige relasjoner. Uten gode relasjoner kan man oppleve at mye av informasjonen man gir, aldri bli mottatt. Relasjonen er selve ”broen” budskapet skal sendes over. Uten relasjoner som gir grunnlag for mening og fellesskap, vil hele vår eksistens settes på prøve (Ekeland, 2007). Ikke minst gjelder dette for ungdom som er syke eller som sliter på andre måter. Relasjon var et tema deltagerne trakk frem som spesielt relevant i møte med ungdom. De satte av tid til å skape gode relasjoner. Dette tyder på at de er bevisst relasjonens betydning i kommunikasjonen.

Profesjonell helsefaglig kommunikasjon må være pasientrettet, faglig velbegrunnet og ha som mål å skape trygghet og tillit, og er en forutsetning for empowerment (Eide & Eide, 2009). Som helsearbeider må man formidle informasjon på måter som bidrar til å løse problemer og stimulere til at ungdommen i større grad mestrer situasjonen. Studien viser at deltagerne i stor grad benyttet en profesjonell helsefaglig kommunikasjon. De var opptatt av å lytte, ha tro på ungdommen og skape gode tillitsfulle relasjoner slik at de kunne styrke ungdommens ressurser.

Veiledningskompetanse ble trukket frem som viktig i møte med ungdom. Med veiledning menes en formell, relasjonell og pedagogisk istandsettingsprosess som har til hensikt å styrke ungdommens mestringskompetanse gjennom dialog basert på kunnskap og humanistiske verdier (Tveiten, 2013 s. 21). I følge deltagerne kom ungdom ofte med magevondt eller hodepine, men den underliggende årsaken var psykiske problemer. De mente det derfor var viktig å ta seg tid til å etterspørre den egentlige grunnen til at ungdommen oppsøkte dem. Veiledningskompetanse i tillegg til kompetanse på ungdomshelse, med særlig vekt på psykisk sykdom var derfor avgjørende.

Det pedagogiske aspektet i veiledningen viser til at det er læring, utvikling og mestring som skal stå i sentrum og det er ungdommens mestringskompetanse som skal styrkes (Tveiten, 2013). Veiledningsprosessen kan således bestå av ulike pedagogiske

metoder som informasjon, rådgivning, coaching og undervisning, alt etter hva den enkelte ungdom har behov for (Sosial- og helsedirektoratet, 2003; Tveiten, 2008b; 2013). Studien bekreftet dette. Deltagerne brukte de metoder de selv mente var best ut fra situasjonen. De var først og fremst opptatt av å lytte til hva ungdommen etterspurte, og praktiserte en pragmatisk tilnærming innenfor paraplybegrepet veiledning.

Veiledning forutsetter dialog mellom veileder og den som veiledes og veilederen må ta utgangspunkt i den andres forståelse og opplevelse. Veiledning er således en metode som legger til rette for medvirkning og anerkjennelse av ungdommens kompetanse. Både i empowermentprosessen og i veiledningsprosessen er medvirkning der den lærende er ekspert på seg selv, samt maktfordeling sentrale prinsipper (Christiansen, 2013b; St.mld. 25, (2005-2006)). Å være veileder innebærer å ha makt. Av den grunn er det viktig at veilederen har etisk kompetanse slik at respekten for den andre opprettholdes (Eide & Eide, 2009). Selv om helsearbeideren og ungdommen er likeverdige som mennesker, er de ikke likestilt i veiledning. Kunnskap og ferdigheter relatert til veiledning og empowermentprinsipper, kan øke helsepersonells mulighet til å nå frem og hjelpe den som veiledes. Først når relasjonen preges av respekt, kan ungdommen oppleve veiledningen som trygg (Tveiten, 2013).

3.3.2 Samarbeidskompetanse

Tverrfaglig arbeid blir definert som en arbeidsform der flere yrkesgrupper arbeider sammen på tvers av faggrensene for å nå felles mål (Tveiten, 2013).

Deltagerne i studien mente evne og vilje til samarbeid var avgjørende for å kunne lykkes med å ivareta ungdom med helseutfordringer, men at samarbeid på tvers av fag og yrkesgrupper ikke alltid var lett å få til i praksis. Dette støttes i Stortingsmelding 26 (2014-2015). Her blir det poengtert at samarbeid og kompetansedeling, både innad i kommunale helse- og omsorgstjenester og mellom disse tjenestene ikke foregår i tilstrekkelig grad.

Tverrfaglig samarbeid krever at aktørene har kunnskap og bevissthet om sin egen og andres rolle og kompetanse. Det krever at ulike faggrupper samarbeider til beste for ungdommen, at de har felles mål og at veien mot målene diskuteres slik at fagpersonenes bidrag ses i forhold til hverandre (Tveiten, 2013; St.mld 26, (2014-2015)). Dette innebærer forpliktelser både for den enkelte fagperson og for kommunen som helhet. Skal et tverrfaglig samarbeid fungere godt, fordrer det at de ansatte har forpliktelser og lojalitet overfor felles mål og beslutninger. De ulike avdelinger og faggrupper må stå sammen og forplikte seg til det de har blitt enige om. Dette kan føre til at profesjonsutøverens lojalitet til felles beslutninger

og forpliktelser overskygger lojaliteten til ungdommen og således reduserer ungdommens posisjon og innflytelse (Nordahl, 2001).

Manglende samarbeid og kompetansedeling kan skyldes en rekke forhold som rolleforståelse, kultur, mangelfull tilrettelegging, opplevd tidspress og manglende forankring i ledelsen (St.mld. 26, (2014-2015)). Tverrfaglig samarbeid kan dermed utfordres av kommunenes organisatoriske struktur. Flere kommuner har kun en økonomisk administrativ ledelse på rådmannsnivå og ingen felles faglig ledelse (St.mld. 26, (2014-2015)). Dette kan medføre en vegring mot å påta seg oppgaver som ligger utenfor den enkelte helsearbeiders økonomiske avdeling. Det er også et poeng at helse- og omsorgstjenesten i dag ofte er fragmentert med ulik lokalisering, noe som kan medføre utfordringer for samarbeid på tvers av fag og avdelinger (St.mld. 26, (2014-2015)).

I tverrfaglig samarbeid vil kommunikasjonen spille en avgjørende rolle. Det handler i følge Eide og Eide (2009) om å våge seg frem med sin fagkunnskap. Kommunikasjon er grunnlaget for alt samarbeid og forutsetter derfor tilstrekkelig kunnskap om kommunikasjon (Sosial- og helsedirektoratet, 2003). God kommunikasjon på tvers av faggrenser er ingen selvfølge. Å bidra til gode samarbeids- og kommunikasjonsformer er et etisk ansvar for hver enkelt profesjonsutøver (Eide & Eide, 2009). For å lykkes med et godt tverrfaglig samarbeid må kommunikasjonen preges av en holdning om likeverd, rettferdighet og respekt for forskjellighet, der ungdommens behov må stå i sentrum.

4.0 Anvendt metode i studien - drøftelser og kritiske vurderinger

4.1 Metodologiske aspekter

I dette kapitlet vil jeg gjøre rede for studiens forskningsdesign og anvendt metode. Jeg vil beskrive og reflektere over hvordan den empiriske undersøkelsen har blitt gjennomført og hvordan kunnskapen er blitt generert.

Forskningsdesignet er den overordnede planen for hvordan forskeren har planlagt og innhentet data for å kunne svare på studiens problemstilling (Kvale & Brinkmann, 2012; Polit & Beck, 2012). Ut fra studiens hensikt; å undersøke og beskrive, ble et kvalitativt, eksplorerende design valgt.

Som kvalitativ forsker er man selv et redskap i det kvalitative forskningsintervjuet

(Malterud, 2011; Polit & Beck 2012). Min forforståelse har derfor hatt betydning under hele forskningsprosessen. Fra utarbeidelse av intervjuguide, i møte med deltagerne og ikke minst i selve analyseprosessen. Jeg skrev derfor ned min forforståelse før studiestart.

Forforståelse:

”Som mangeårig lærer i grunnskolen, kjenner jeg fra ”utsiden” hvordan helsesøster på skolen jobber med ungdom. Jeg mener de jobber forholdsvis pedagogisk og at de har en klar oppfatning av det de gjør. Fysioterapeuter og ergoterapeuter har jeg mindre erfaring med, annet enn et noe perifert samarbeid som sykepleier på sykehus. Jeg har likevel en oppfatning om at disse yrkesgruppene har en litt mer tilfeldig tilnærming til ungdom, med et noe mer spesifikt fokus. Som lærer har jeg tidvis hatt en del å gjøre med BUP, men lite eller ingenting innen kommunal psykiatri. Jeg har derfor slik jeg oppfatter det et ganske åpent syn på denne yrkesgruppen. Allikevel antar jeg at de muligens står noe på siden av andre yrkesgrupper. Når det gjelder kommunens helsepersonell generelt tror jeg, også med tanke på Samhandlingsreformens intensjon om lavest mulig behandlingsnivå, at de i større grad enn tidligere møter ungdom med fysiske utfordringer og at kompetanse på ungdomshelse derfor er viktig. Jeg tror ikke det foregår noe særlig samarbeid på tvers av yrkesgrupper og er i utgangspunktet veldig usikker på hvilket tilbud ungdom i kommunehelsetjenesten i det store og hele får. Jeg må være oppmerksom på at mitt holistiske menneskesyn med en genuin tro på det enkelte menneske, kan være med på å prege alle deler av studien”.

På tross av et tydelig og reflektert forhold til min forforståelse, må jeg være oppmerksom på at min bakgrunn som lærer og sykepleier kan ha medført at jeg ubevisst kan ha spurt og tolket både verbale og non-verbale spørsmål og svar som er i tråd med mine tanker og holdninger. Ved å ha reflektert over forforståelsen på forhånd, kan jeg motvirke at den preger studiens resultater så mye at dataenes gyldighet svekkes.

Studien bygger på en fenomenologisk hermeneutisk forståelsesramme.

Fenomenologien har sine røtter i filosofisk tradisjon utviklet av Husserl og senere utvidet av Heidegger med en mer hermeneutisk retning. Det er en metode som benyttes for å forstå menneskers hverdagsopplevelser (Polit & Beck, 2012). Metoden ble valgt fordi jeg ønsket å beskrive alt som angår temaet ved å gå til fenomenet slik det ble erfart i mangfold og

kompleksitet av deltagerne. Det handler om en tro på at virkeligheten er slik deltagerne oppfatter den. Tanken er at forsker hjelper deltagerne med å beskrive sine levde opplevelser uten å lede diskusjonen. Å sette sin egen forforståelse i parentes ”Bracketing”, er i følge Heidegger ikke sett på som vesentlig i fenomenologisk hermeneutisk retning (Polit & Beck, 2012). Jeg mener det er umulig for forsker å sette seg selv helt til siden, da mennesker er uløselig knyttet til sin forforståelse. Det er likevel viktig at forsker møter alle sider av forskningsprosessen med nysgjerrig åpenhet og lytter til det den transkriberte teksten har å fortelle.

I analyseprosessen ble hermeneutiske fortolkningsprinsipper benyttet. Hermeneutikken blir omtalt som tolkningskunst og forståelselære. Tanken er at mennesker forstår ut fra en sammenheng (Ellingsen & Drageset, 2008). Hermeneutisk design støtter seg til hermeneutisk filosofi og søker fortolkning av ulike meningsbetydninger i forhold til kontekst, situasjon, kultur eller teori. Funnene vil derfor være et resultat av min tolkning av deltagernes utsagn. Sentralt i hermeneutikken er den hermeneutiske spiral; forholdet mellom helhet og del, der man oppnår en stadig dypere forståelse av det skrevne forskningsmaterialet.

4.2 Datainnsamling og datamateriale

Rekruttering av deltagere til studien var krevende. Jeg tok kontakt med mange aktuelle kandidater via mail, telefon og sms. For at ikke den enkelte skulle føle unødvendig press til å delta i studien, hadde jeg kun to henvendelser til hver enkelt. Det opplevdes vanskelig å få deltagere med i studien. Ikke fordi de ikke ville, men fordi de ikke hadde tid å sette av. I tillegg kan det synes som det er få i den enkelte kommune som jobber eksplisitt med ungdom.

Studien er gjennomført i fem kommuner på Østlandet. Målgruppen var helsepersonell som jobbet med ungdom i aldersgruppen 13-21 år og deres helse.

Jeg brukte ”snøballmetoden” (Johannessen, Tufte & Christoffersen, 2011). Etter først å ha innhentet tillatelse til å kunne benytte deltagerlisten til et helsepedagogikk kurs jeg deltok i våren 2014, tok jeg kontakt med aktuelle kandidater på denne listen. I tillegg sendte jeg mail til personer på ledelsesnivå i de respektive kommuner for å forhøre meg om de kunne videreforsende mail til aktuelle kandidater i sin kommune. Det var gjennom kontakt med de ulike lederne jeg rekrutterte de fleste deltagerne. På tross av svært hyggelige tilbakemeldinger, måtte jeg utvide søket da jeg ikke klarte å skaffe nok deltagere. Jeg søkte derfor NSD om å få ta med ytterligere to kommuner i studien. Studien inkluderer 11

kvinnelige deltagere, fordelt på tre fokusgruppeintervju og tre individuelle intervju. Gruppene var fordelt kommunevis. Som følge av få deltagere, ble fokusgruppene forholdsvis små, med henholdsvis tre, tre og to deltagere.

I forkant hadde jeg utarbeidet en semistrukturert intervjuguide. Denne ble før intervjustart, testet som pilotintervju med medstudenter på masterseminar. Her fremkom det at jeg brukte et for ”akademisk” språk og hadde for mange faguttrykk det var vanskelig å forstå. Den endelige intervjuguiden ble derfor moderert ut fra disse tilbakemeldingene.

Intervjuguiden ble brukt som en tematisk rettesnor for å hjelpe meg å holde en spørrende men åpen holdning. Det var fastlagte spørsmål som skulle stilles, men spørsmålsstillingen varierte ut fra gruppenes naturlige diskusjoner og dialoger. Oppfølgingsspørsmål var ikke nedskrevet, men kom som en naturlig følge av svarene deltagerne gav. Hvert intervju ble derfor noe forskjellig for foregående. Det ble gjort flere oppfølgingsspørsmål i de individuelle intervjuene enn i fokusgruppeintervjuene.

Underveis i forskningsprosessen har jeg skrevet logg og notater over tanker, valg og refleksjoner jeg har gjort meg. Etter hvert intervju har jeg skrevet dagbok om hvordan jeg har opplevd intervjuet. Som eksempel vises utdrag av en ”dagbok” jeg skrev rett etter et fokusgruppeintervju:

”Fint rom, trygg atmosfære. En deltager hadde gjort dette mange ganger før. Hun pratet mest. Setter hun dagsorden? Obs på dette. Litt vanskelig å styre tiden på grunn av mye informasjon og få pauser. Noe forstyrrelser underveis i intervjuet. En deltager forlot rommet for å snakke med en kollega. Kunne styrt tiden bedre. Opplevde å få litt liten tid på slutten. Sitter igjen med ett inntrykk av å ha fått frem mye informasjon, men har ikke transkribert så ikke sikker. Burde vært tryggere på å gå utenom intervjuguiden siden de allerede hadde vært inne på mange av spørsmålene tidligere. Obs! Spurte eksplisitt om fysisk helse og hva de legger i begrepet ”å tåle det”.

Disse notatene er tatt frem underveis i prosessen slik at jeg har kunnet være oppmerksom på hvordan intervjuene ble gjennomført og hvordan de har påvirket meg. I tillegg har metodiske problemer som har oppstått underveis blitt drøftet med mine veiledere.

4.3 Transkripsjon og analyse

Transkripsjon og analyse ble foretatt av meg som forsker. På denne måten ble jeg kjent med materialet fra en ny side noe som ga rom for ettertanke. I all hovedsak ble lydfilene

direkte transkribert fra tale til skrift. Sukk og tung pust ble ikke tatt med. Pauser ble kun tatt med hvis de var svært lange. Latter har blitt notert når jeg har følt dette har hatt betydning. Første fokusgruppeintervju ble transkribert med intervjupersonenes egen dialekt. Øvrige intervju ble transkribert på bokmål. Som unntak transkriberte jeg ordrett ord og uttrykk jeg ikke fant noe naturlig gode bokmålsord for. Allikevel er jeg klar over at nyanseforskjeller kan ha gått tapt. Punktum og komma er satt der forsker har følt det naturlig, vel vitende om at andre kunne ha tolket dette annerledes.

Alle intervju ble transkribert umiddelbart etter hvert intervju mens jeg ennå hadde intervjuet friskt i minne. Dette mener jeg var positivt for selve transkriberingen, da det i fokusgruppeintervju kan være vanskelig å skjelne stemmer, samt huske hva deltagerne mente om det ikke ble sagt direkte.

Data ble fortolket og sammenfattet gjennom systematisk tekstkondensering inspirert av Malterud (2012). I tillegg har jeg tatt valg basert på hva som har virket logisk og nødvendig for å få god innsikt i variasjon, fellestrekk og helhet i forskningsmaterialet.

Etter at alle intervjuene var transkribert, ble samtlige intervju lest igjennom flere ganger. Dette for å skaffe meg en oversikt over materialet. Å systematisere og tolke så store mengder data er en omstendelig prosess som krever stor grad av både kreativitet, tålmodighet og etisk refleksjon. Under hele analyseprosessen har jeg derfor spurt meg selv: ”Hva handler dette om?” og sett det opp mot forskningsspørsmålene.

Jeg startet med å fargekode meningsfulle enheter. Totalt ble det 376 meningsfulle enheter fordelt på fokusgruppeintervju og individuelle intervju, som igjen ble kondensert til 120. Disse ble så skrevet ned i en tabell og grovsortert ut fra tema. Fokusgruppeintervjuene og de individuelle intervjuene ble i denne fasen analysert hver for seg. Etter å ha sammenlignet fokusgruppeintervjuene og de individuelle intervjuene, oppdaget jeg at disse var såpass identiske at jeg valgte å se den videre analysen under ett. Gjennom å studere forskningsmaterialet i flere omganger, med en stadig dypere forståelse som del av den hermeneutiske spiral, endte jeg til slutt opp med tre hovedkategorier og 8 underkategorier. Arbeidet har foregått i nært samarbeid med mine veiledere. Kondensering og abstrahering av meningsfulle enheter har underveis i prosessen gjentatte ganger blitt fremvist og diskutert med dem.

4.4 Etiske overveielser og forskers rolle

Etiske problemstillinger oppstår når forskning direkte eller indirekte berører andre mennesker og er en sentral del av kvalitative studier (Kvale & Brinkman, 2012). I kvalitative intervjuer er det menneskers erfaringer, følelser og opplevelser man studerer. Disse blir så tolket av forsker før studien publiseres offentlig. Det er derfor av avgjørende betydning at man er seg bevisst den tilliten deltagerne har gitt deg, og følger forskningsetiske prinsipper i henhold til Helsinkideklarasjonen (2013).

Ved rekruttering av deltagere var jeg oppmerksom på at deltagelse ikke skulle oppleves som ”tvang”, men være en frivillig handling. Jeg har vært bevisst på ærlighet i møte med deltagerne. De fikk muntlig og skriftlig informasjon om studien og hva den skulle brukes til. Selve intervjuene ble avholdt på deltagerens arbeidsplass. Dette ble naturlig ut fra tidsaspektet for deltagerne, da alle ga uttrykk for liten tid. Samtlige intervjuer ble gjennomført i tidspunkt deltagerne selv foreslo.

Før intervjustart klargjorde jeg min egen rolle, at jeg ikke skulle være del av diskusjonen og at deltagerne i størst mulig grad skulle diskutere seg imellom. I ett av gruppeintervjuene, der det kun var to deltagere, ble det allikevel til at jeg måtte ta en mer aktiv rolle for å holde diskusjonen i gang. Her var jeg nøye med kun å komme med oppfølgings spørsmål og ingen svar. I samtlige intervju var jeg tydelig på at det ikke var noen rette og gale svar.

Konfidensialitet er et viktig etisk aspekt i kvalitativ forskning (Kvale & Brinkman, 2012). Jeg har under hele prosessen vært nøye med å ivareta konfidensialiteten til deltagerne. Data har blitt oppbevart på en forskriftsmessig trygg måte i låst skap på forsker hjemmekontor. Navneliste og kodenøkkel har blitt oppbevart separat fra intervjuutskriften og lydfiler. Det er også viktig å ivareta deltagerens konfidensialitet etter at studien er publisert. På tross av at det kunne vært interessant å se svarene til de ulike yrkesgruppene opp mot hverandre, har dette ikke blitt fremstilt i det endelige produktet. Dette fordi flere yrkesgrupper kun hadde en representant, og således ble gjenkjenningsskiltet stor.

Studien er godkjent av Norsk Samfunnsvitenskapelig datatjeneste, NSD. Studien ble vurdert som ikke meldepliktig til REK.

5.0 Troverdighet, Gyldighet og Pålitelighet

Troverdighet er det overordnede målet for kvalitativ forskning, og referer til trygghet om at dataene, tolkningen av dem og konklusjonen representerer sannheten (Malterud, 2011).

Intern validitet omhandler i hvilken grad resultatene er gyldige for utvalget og det fenomenet som er undersøkt, og om konklusjonene virker sanne. I denne studien ble intervjuguiden testet i pilotintervju før studiestart, og nødvendige justeringer foretatt. Samtlige deltagere var helsepersonell i kommunehelsetjenesten og må derfor antas å ha høy kunnskap om det undersøkte fenomen; helsepedagogikk i kommunehelsetjenesten.

Ekstern validitet, eller overførbarhet i kvalitativ forskning omhandler om forskningen gir innsikt av betydning. Studien gir innsikt i hvordan deltagerne oppfatter sin kompetanse. Den belyser hvordan deltagerne mener kommunen forvalter sine ressurser, samt om disse er i tråd med helsepolitiske føringer. Studien kan dermed bidra til å sette søkelyset på viktige områder innen kommunehelsetjenesten og få innflytelse på videre satsninger og prioriteringer i det aktuelle fagfeltet.

Pålitelighet (reliabilitet) henger nært sammen med etterprøvnbarhet og blir synliggjort ved åpenhet og redegjørelse for alle trinn i forskningsprosessen. Under hele forskningsprosessen har jeg bestrebet meg på å være ærlig i forhold til dataene og fremstillingen av disse. En prosess som har pågått i nært samarbeid med mine veiledere. Ingen data er blitt utelatt og samtlige deltageres stemme har blitt vektet like mye i analysen og det endelige sluttprodukt.

Jeg mener jeg med denne studien inviterer leseren til å få en opplevelse av deltageres erfaringer med sine liv slik de har blitt undersøkt. Samtidig har jeg forsøkt å vise et mangfold, slik at den enkelte leser får utviklet en større forståelse til temaet helsepedagogikk i kommunehelsetjenesten.

På tross av at jeg under selve intervjuene var tydelig på at det ikke finnes rette og feil svar, må jeg være klar over at deltagerne kan ha svart ut fra hva de tror er forventet at de skal svare og ikke alltid gjenspeiler hva de faktisk gjør. Også med tanke på at det var andre kollegaer tilstede. Det er mulig å tenke at deltagerne, som alle var helsepersonell kan ta i bruk erfarte men ureflekterte handlemåter om de ikke har et bevisst pedagogisk spekter å spille på. Selv om deltagerne ga uttrykk for et bevisst forhold til læring, trenger det ikke alltid være slik at det de ønsker å praktisere nødvendigvis gjenspeiler hvordan de faktisk gjennomfører sin helsepedagogiske virksomhet. Argyris og Schön (1984) har beskrevet dette skillet som ”espoused theory” eller forfektet teori versus ”theory-in-use”, som viser til verdier og kunnskap som preger vår utøvelse. Det kan med andre ord være en uoverensstemmelse mellom hva man ønsker, tenker og tror man gjør og hvordan man faktisk gjør det. Det er derfor tenkelig at jeg kunne oppnådd en større pålitelighet i studien om jeg også hadde

undersøkt hvordan ungdommen faktisk opplever sitt møte med helsepersonell i kommunen og sett disse studiene opp mot hverandre.

6.0 Avslutning

I denne studien har jeg forsøkt å finne svar på hvordan kommunens helsepersonell møter ungdom med helseutfordringer. Jeg har søkt å belyse hvilke helsepedagogiske metoder de benytter samt hvilken kompetanse de mener de må beherske for å kunne hjelpe ungdom med å mestre å leve sine liv på tross av disse helseutfordringene.

I det store og hele ble resultatene i tråd med det jeg hadde forventet og som tidligere forskning i stor grad har vist. Det var dog noen overraskende funn. Jeg hadde en tanke om fysisk helse og ungdomshelse generelt, men det viser seg at kommunens helsepersonell i svært liten grad møter ungdom med fysiske lidelser. På direkte spørsmål fra meg, svarer deltagerne at fysiske helseproblemer nesten ikke forekommer. Deltagerne mente ungdom med fysisk sykdom blir svært godt ivaretatt i spesialisthelsetjenesten. Dette er spesielt interessant med tanke på Samhandlingsreformens intensjoner om lavest mulig behandlingsnivå (St. mld. 47, (2008-2009)).

Et annet resultat som muligens ikke burde være så overraskende, men som uansett ble veldig tydelig, var samarbeidskompetanse. Et flertall av deltagerne mente samarbeidskompetanse var ett av de viktigste områdene de måtte ha kompetanse på. Evne og vilje til å samarbeide på tvers av fag og avdelinger ble ansett som grunnlaget for å kunne lykkes med å hjelpe ungdom å mestre sine liv. Med tanke på den sterke vektleggingen Stortingsmelding 26, (2014-2015) legger på tverrfaglig samarbeid, er dette et interessant funn.

Som nevnt innledningsvis er det sterke politiske føringer på brukermedvirkning, mestring og empowerment. Det har derfor vært interessant å se hvordan dette har blitt implementert i den enkelte kommunes praksis i møte med ungdom. Etter å ha lest og satt meg dypere inn i forskning, statlige dokumenter og teori har jeg oppdaget at dette er et komplekst problem som henger sammen med ulike nivå og som avhenger ikke bare av enkeltindivider men også samfunnet som helhet. Det er ikke nok at den enkelte helsearbeider behersker ulike helsepedagogiske metoder, eller har fokus på å styrke den enkelte ungdom. Det må også følges opp med økte ressurser slik at den enkelte helsearbeider blir gitt muligheten til å føle seg empowered og derigjennom kunne bidra med å empower den enkelte ungdom.

Selv om denne studien har hatt en noe annen vinkling enn andre, støttes funn fra min studie av flere ulike forskningsrapporter (Helsedirektoratet, 2012; Langaard, 2006; Olaisen, 2007; Unge Funksjonshemmede, 2010). Dette kan ses på som en styrke i studien. Samtidig mener jeg mine funn peker på noen interessante utfordringer det hadde vært interessant å følge opp i videre studier. Det kunne vært spennende å vinkle en eventuell oppfølgingsstudie mot helsepersonells holdninger til andre yrkesgrupper og samarbeidskompetanse. Min tanke er at tidsressurser kanskje ikke har så stor betydning som deltagerne forfektet, men like mye evne og vilje til å anerkjenne hverandres kompetanse og se muligheter innenfor de rammer som allerede eksisterer til beste for den enkelte ungdom.

LITTERATURLISTE KAPPE

- Adams, R. (2008); *Empowerment, participation and social work*. Fourth edition. N.Y, Palgrave macmillan
- Antonovsky, A. (1979); *Health, stress and coping*. San Francisco: Jossey-Bass
- Antonovsky, A. (1996); *The Saletogenic model as a theory to guide health promotion* Health Promotion International, 11 (1), s 11-18
- Antonovsky, A. (2012); *Helsens mysterium – Den salutogene modell* Oslo, Gyldendal Akademiske forlag
- Argyris, C & Schön, D. (1984); *Theory in Practice*. San Francisco: Josse-Bass.
- Askheim, O.P. (2011); *Pasientopplæring og empowerment*. I Brataas, H. (red) *Sykepleiepedagogisk praksis. Pasientsentrert sykepleie på ulike arenaer*. Oslo, Gyldendal Norske Forlag
- Askheim, O.P. (2012); *Empowerment i helse- og sosialfaglig arbeid. Floskel, styringsverktøy eller frigjøringsstrategi?* Oslo, Gyldendal Akademiske Forlag
- Austvoll-Dahlgren, A. & Johansen, M. (2013); *Pasient som medvirker og kunnskapshåndterer*. Norsk Epidemiologi 23 (2):225-230
- Christiansen, B. (2013a); *Helsepedagogikk og syn på læring*. I Christiansen, B. (red); *Helseveiledning*. Oslo, Gyldendal Norsk Forlag
- Christiansen, B. (2013b); *Helseveiledning – hva menes?* I Christiansen, B. (red); *Helseveiledning*. Oslo, Gyldendal Norsk Forlag
- De Nasjonale Forskningsetiske Komiteene (2013). *Helsinkideklarasjonen*. Hentet fra: <https://www.etikkom.no/fbib/praktisk/lover-og-retningslinjer/helsinkideklarasjonen/>
- Eide, H. & Eide, T. (2009); *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning og etikk*. 2. utg. Oslo, Gyldendal Akademiske
- Ekeland, T.-J. (2007); *Kommunikasjon som helseressurs*. I Ekeland T.-J. og Heggen, K. (red); *Meistring og myndiggjering. Reform eller retorikk?* Oslo, Gyldendal Norske Forlag
- Ekeland, T.-J. & Heggen, K. (2007); *Meistring og myndiggjering. Reform eller retorikk?* I Ekeland T.-J. og K. Heggen (red); *Meistring og myndiggjering. Reform eller retorikk?* Oslo, Gyldendal Norske Forlag
- Ellingsen, S. & Drageset, S. (2008); *Kvalitativ tilnærming i sykepleieforskning – en introduksjon og oversikt*. Norsk Tidsskrift for Sykepleieforskning, 2008; 10: 23-38
- Folkehelseloven (2011); *Lov om folkehelsearbeid*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29>

- Graue, M. & Søvik, O. (2000); *Ungdom og diabetes – pedagogiske utfordringer i behandlingen*. *Pediatrisk Endokrinologi* 2000;14:54-60
- Helsedirektoratet (2005); *Og bedre skal det bli – Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten 2005–2015*. Rapport IS-1162
- Helsedirektoratet (2012); *Helsetilbud til ungdom og unge voksne*. Oslo, Rambøll for Helsedirektoratet IS-2044
- Hjort, P.F. (1994); *Helse for alle. Foredrag og artikler 1974-93*. Statens institutt for Folkehelse. Utredningsrapport U1-1994
- Hjortdal, P. (2005); *Unges kommunikasjonsmåter*. I: Haavet, O.R. (red); *Ungdomsmedisin*. Oslo: Universitetsforlaget
- Hult, S. & Waad, T. (1999); *Känslan av sammanheng går att påverka. Den salutogena modellen i förändringsarbete med ungdomar*. *Ur-Sinnet* nr. 3. 1999
- Haavet, O.R. (2005); *Å redusere helserisiko og øke motstandskraft?* I Haavet, O.R. (red); *Ungdomsmedisin*. Oslo, Universitetsforlaget
- Johannessen, A., Tuft, P.A. & Christoffersen, L. (2011); *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo, Abstrakt. 4. Utg.
- Polit, D.F. & Beck, C.T. (2012); *Nursing Research. Creating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. Philadelphia, J. B. Lippincott Company
- Kringlen, E. (2008); *Psykometri*. Oslo, Gyldendal Norsk Forlag. 9 utg.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2012); *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo, Gyldendal Akademiske. 2. Utg.
- Langaard, K. (2006); *Ungdom, psykisk helse og profesjonell hjelp*. *Tidsskrift for ungdomsforskning* 2006, 6(2):25-40
- Langeland, E., Wahl, A.K, Kristoffersen, K.K. & Hanestad, B.R. (2007); *Promoting coping: Salutogenesis among people with mental health problems*. *Issues In Mental Health Nursing*, 28:275-295
- Langeland, E. (2014); *Salutogenese og psykiske helseproblemer – en kunnskapsoppsummering*. NAPHA, Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid. Rapport 1/2014
- Malterud, K. (2011); *Kvalitative metoder i medisinsk forskning – en innføring*. Oslo, Universitetsforlaget. 3 utg.
- Malterud, K. (2012); *Systematic text condensation: A strategy for qualitative analysis*. *Scandinavian Journal of Public Health*, 2012; 40: 795-805

- Moksnes, U. K., Espnes, G.A. & Lillefjell, M. (2012); *Sence of Coherence and emotional health in adolescents*. Journal of Adolescence 35 (2012) 433-441
- Moksnes, U. K., Espnes, G.A. & Haugan, G. (2014); *Stress, sence of coherence and emotional symptoms in adolescents*. Psychology & Health, Vol. 29, No. 1, 32-49
- Mæland, J.G. (2010); *Forebyggende helsearbeid - Folkehelsearbeid i teori og praksis*. Oslo, Universitetsforlaget
- Nordahl, T. (2001); *Brukerens plass i tverrfaglig samarbeid*. I: Sandbæk, M. (red), *Fra mottaker til aktør – Brukernes plass i praktisk sosialt arbeid og forskning*. Oslo, Gyldendal Norske Forlag
- Nordtug, B. (2012); *De kunnskapsrike pasientene*. Tidsskrift for Den Norske Lægeforening nr. 9, 2012; 132: 1122-24
- Olaisen, K. (2007); *Ungdom og utviklingsfremmende samtaler. Utvikling av samtaletilbud i skjæringspunktet mellom skolehelsetjenesten og barne- og ungdomspsykiatrien*. Oslo, Nic Waals Institutt.
- Pasient- og brukerrettighetsloven (1999); *Lov om pasient og brukerrettigheter*. Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- St.mld. nr. 16 (2002-2003). *Resept for et sunnere Norge*. Oslo, Helse- og omsorgsdepartementet
- St.mld. nr. 25 (2005-2006). *Mestring, muligheter og mening*. Oslo, Helse- og omsorgsdepartementet
- St.mld. nr. 47 (2008-09). *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Oslo. Helse- og omsorgsdepartementet.
- St.meld. nr. 26 (2014-2015). *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*. Oslo. Helse- og omsorgsdepartementet.
- Sommerschild, H. (1998); *Mestring som styrende begrep*. I: Gjærum, B, Grøholt, B. & Sommerchild, H (red); *Mestring som mulighet i møte med barn, ungdom og foreldre*. Oslo, Universitetsforlaget
- Sosial- og helsedirektoratet (2003); *Kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten*. Veileder til forskrift av 3. april 2003 nr. 450. IS-1154 12/2004
- Tveiten, S. (2008); *Den vet best hvor skoen trykker... Om veiledning i empowermentprosessen*. Bergen, Fagbokforlaget
- Tveiten, S. (2008b); *Pedagogikk i sykepleiepraksis*. Bergen, Fagbokforlaget 2. Utg.

Tveiten, S. (2012); *Helsepedagogikk og helsekommunikasjon i forhold til barn og foreldre*. I Tveiten, S., Wennick, A., Steen, H.F.; *Sykepleie til barn. Familiesentrert sykepleie*. Oslo, Gyldendal Akademiske Forlag

Tveiten, S. (2013); *Veiledning – mer enn ord*. Bergen, Fagbokforlaget

Unge Funksjonshemmede (2010); *Ungdomshelse – Hvordan sikre et tilrettelagt tilbud til unge brukere av helsetjenesten*.

Waad, T. & Hult, S. (1997); *Det salutogena perspektivet legger tonvikt vid friskfaktorer*. Vårdfacket 6

World Health Organization (1998); *Health promotion glossary*. Geneva: WHO

Vedlegg 1

INTERVJUGUIDE

Hvilke helsepedagogiske metoder mener kommunens helsepersonell kan bidra til at ungdom og unge voksne mestrer et liv med helseutfordringer?

1. Når dere/**du** møter ungdom med helseutfordringer, hvordan jobber dere/**du** med disse ungdommene?
2. Hva mener dere/**du** er viktig i kommunikasjonen med disse ungdommene?
3. Hva er veiledning for dere/**deg**?
Hva er undervisning for dere/**deg**?
Hva mener dere/**du** er forskjellen mellom undervisning og veiledning?
4. Hvilke erfaringer har dere/**du** med undervisning og veiledning i møte med ungdom?

Hvilke metoder eller måter har dere/**du** erfart fungerer i møte med ungdom (eks, gruppesamtaler, filmer, nettsider, individuelle samtaler) kom gjerne med eksempler

5. Min påstand er at det er forskjell på hvordan man bør kommuniserer med ungdom kontra å kommunisere med voksne eller barn.
 - ✓ Hva mener dere/**du** om denne påstanden.
 - ✓ Hva skiller eventuelt denne gruppen fra de andre grupper
6. Hvis dere/**du** møter ungdom dere/**du** føler dere/**du** ikke oppnår kontakt med eller som ikke ser ut til å høre eller forstå hva dere/**du** prøver å formidle, hvordan går dere/**du** da frem i det videre arbeidet med denne ungdommen
7. Kan dere/**du** huske tilfeller der dere/**du** har måtte bruke ulike metoder eller måter å undervise og veilede på for å kunne møte den unges behov
 - ✓ Hvilke vurderinger gjør dere/**du** i slike situasjoner

Hvilke helsepedagogiske kompetanser mener kommunens helsepersonell de trenger for å ivareta ungdom og unge voksne slik at de mestrer å leve med helseutfordringer?

1. Hva slags kompetanse mener dere/**du** det er viktig å behersker når dere/**du** jobber med ungdom
2. Hvor stor betydning tror dere/**du** deres/**din** egen kompetanse om undervisning og veiledning har i møte med ungdom
 - ✓ Hvilken pedagogisk kompetanse mener dere/**du** er viktig at dere/**du** behersker

- ✓ Om det er kompetanse dere/**du** føler dere/**du** mangler, hvordan løser dere/**du** det?
3. Hvilke ferdigheter kreves av dere/**deg** for å kunne ha en god dialog med disse ungdommene
 4. Når dere/**du** møter ungdom med helseproblemer, som enten kommer til dere/**deg** på eget initiativ eller som er henvist av andre. Hva er målet, eller hva ønsker dere/**du** å oppnå i disse møtene/konsultasjonene?
 5. Hva synes dere/**du** om deres/**din** egen kompetanse i forhold til det vi har snakket om nå?
 6. Hvis dere/**du** kunne ha satt sammen et tverrfaglig team (yrkesgrupper, ikke personer) i deres/**din** kommune som skulle jobbe sammen med dere/**deg** med ungdom
 - ✓ Hvem ville dere/**du** ville ha hatt med
 - ✓ Hvilken kompetanse mener dere/**du** de ulike faggruppen kan tilføre gruppen
 - ✓ Hvis dere/**du** kunne ha ønsket helt fritt, er det ting dere/**du** ville ha løst annerledes enn det som blir gjort i dag.
 7. Tror dere/**du** ungdom som møter ulike faggrupper i din kommune opplever å bli møtt ganske likt, uavhengig av hvilken yrkesgruppe
 - ✓ Hvis dere/**du** tror det er ulikheter, hvilke utfordringer ser dere/**du** for dere/**deg** dette kan komme av?
 8. I hvilken grad mener dere/**du** deres/**din** kommune som helhet klarer å ivareta ungdom med helseutfordringer
 - ✓ Hvilke utfordringer ser dere/**du**?
 - ✓ Hvilke styrker har deres/**din** kommune?
 - ✓ Har dere/**du** forslag til hvordan deres/**din** kommune kan jobbe ennå bedre med denne aldersgruppen?
 9. Hvordan opplever dere/**du** det faglige tilbudet dere/**du** som fagpersoner får i deres/**din** kommune?
 - ✓ Har dere/**du** forslag til hvordan dette tilbudet kunne ha blitt ennå bedre?
 10. Til slutt ønsker jeg å spørre om det er andre ting som ikke har kommet frem her i dag dere/**du** mener er av betydning i deres/**ditt** møte med ungdom og unge voksne?

Vedlegg 2 – Godkjenning NSD

NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gat
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21
Fax: +47-55 58 96
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org nr. 985 321 8

Sidsel Tveiten
Institutt for helse, ernæring og ledelse Høgskolen i Oslo og Akershus
Postboks 4, St. Olavs plass
0130 OSLO

Vår dato: 17.09.2014

Vår ref: 39596 / 3 / IB

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 28.08.2014. Meldingen gjelder prosjektet:

39596	<i>Ungdom og unge voksne med langvarige helseutfordringer i møte med kommunehelsetjensten</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Høgskolen i Oslo og Akershus, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Sidsel Tveiten</i>
<i>Student</i>	<i>Tone Hole</i>

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, 30.06.2015, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Inga Brautaset

Kontaktperson: Inga Brautaset tlf: 55 58 26 35

Vedlegg: Prosjektvurdering

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

Avdelingskontoret / District Offices

Vedlegg 3

INVITASJON TIL DELTAGELSE I STUDIEN:

”Ungdom og unge voksne med langvarige helseutfordringer i møte med kommunehelsetjenesten”

Informasjonsskrivet består av 2 sider.

Bakgrunn og hensikt:

Formålet med denne masterstudien er å tydeliggjøre helsepersonell i kommunen sitt syn på hva de mener kan gjøres for å ivareta ungdom og unge voksne som har behov knyttet til å leve med langvarige helseutfordringer.

Det er ønskelig at studien fører til økt fokus på helsepedagogikk og viktigheten av å ta ungdom og unge voksne og deres helseutfordringer på alvor.

Studien gjennomføres i samarbeid med Høyskolen i Oslo og Akershus, avdeling for helse, ernæring og ledelse (HEL)

Studien gjennomføres av meg som masterstudent. Veiledere for studien er professor Sidsel Tveiten og 1. amanuensis Anne-Kari Johannessen.

Hva studien innebærer:

Jeg vil få be om å få gjennomføre et intervju. Intervjuet vil være fra 1-2 timer. Intervjuet vil foregå i form av en samtale, hvor fokuset vil være hvilke erfaringer du som helsepersonell har med bruk av helsepedagogiske metoder som benyttes i møte med ungdom og unge voksne med helseutfordringer. Intervjuet vil bli tatt opp på bånd.

Hva skjer med informasjonen:

All informasjon blir anonymisert. Alle opplysninger blir behandlet uten navn eller andre gjenkjennende opplysninger. Det vil ikke være mulig å identifisere deg som deltager i resultater av studien når disse publiseres. Datamaterialet vil bli slettet etter at masteroppgaven er bestått. Dataene vil bli oppbevart i låsbare skap. Prosjektet skal etter planen avsluttes medio juni 2015.

Frivillig deltagelse:

Jeg gjør oppmerksom på at deltagelse i studien er frivillig. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke tilbake ditt samtykke til å delta. All informasjon gitt av deg vil da bli anonymisert.

Studien er meldt og godkjent av Personvernombudet for forskning; Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

Før studie starter, ber jeg deg lese igjennom dette skrivet, og underskrive på samtykkeerklæring, der du bekrefter at du har mottatt informasjon om studien og er villig til å delta.

Med vennlig hilsen

Tone Hole

Kontaktinformasjon:

Masterstudent:

Tone Hole

Mail: s951101@stud.hioa.no

Tlf: 47 33 43 83

Veiledere:

Professor Sidsel Tveiten

Mail: sidsel.tveiten@hioa.no

1. amanuensis Anne-Kari Johannesen

Mail: anne-kari-m.johannessen@hioa.no

INFORMERT SAMTYKKE TIL STUDIEN:

"Ungdom og unge voksne med langvarige helseutfordringer i møte med
kommunehelsetjenesten"

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

(Dato, signatur deltaker)

Masterstudent Tone Hole bekrefter å ha gitt informasjon om studien

(Dato, signatur forsker)

Vedlegg 4 - Forfatterveidning

FORFATTERVEILEDNING



Nordisk sygeplejeforskning publiserer vitenskapelige artikler, fagartikler, diskusjons- og debattartikler, kronikker og bokanmeldelser. Tidsskriftet publiserer artikler på dansk, norsk, svensk og engelsk, og har rutiner for fagfellebedømming av manuskriptene.

LEVERING AV MANUSKRIFT

Manuskripter sendes til ansvarlig redaktør som vedlegg til e-post:
nordicnursingresearch@gmail.com.

NB! Husk navn, e-postadresse og postadresse til forfatter, stilling/utdanning og arbeidsplass. Det samme kreves for eventuelle medforfattere.

MANUSKRIFTSTANDARD

Vitenskapelige artikler skal ikke overskride 5000 ord, ekskludert sammendrag (abstract), tabeller og referanseliste. Fagartikler skal ikke overskride 3000 ord. Diskusjons- og debattartikler, kronikker og bokanmeldelser skal ikke overskride 1800 ord.

Manuskriptet skal ha et sammendrag (abstract) på originalspråk (maks 180 ord) og på engelsk inkludert engelsk tittel (maks 200 ord). Sammendraget skal kortfattet beskrive artikkelens samtlige deler. Tre til seks nøkkelord som beskriver artikkelen og ikke forekommer i tittelen skal angis på begge språkene.

Hovedtittel skal ikke overskride 47 tegn inkl. mellomrom, og en eventuell undertittel skal ikke overskride 110 tegn inkl. mellomrom.

Forfatterne oppfordres til å levere manuskripter med dobbel linjeavstand, ren tekst med minst mulig fet eller kursiv tekst, understreking, innrykk, deling av ord og lignende.

Manuskriptet skal inneholde en tittelside med type manuskript («vitenskapelig artikkel», «fagartikkel», «bokanmeldelse» etc.), antall ord, manuskriptets tittel, en forkortet versjon av tittel, navn og adresse til korresponderende forfatter, navn, e-postadresser og postadresser til samtlige forfattere, deres stilling/utdanning og arbeidsplass. For medforfatterskap kreves at

samtligge forfattere oppfyller Vancouverreglene. Bidraget skal karakteriseres av vitenskapelig redelighet og følge gjeldende lover og etiske retningslinjer (se for eksempel <http://www.etikkom.no/>).

Forfattere av empiriske artikler oppfordres til å følge en struktur i sine manuskripter med introduksjon/bakgrunn, hensikt/mål, metode, resultat/funn, diskusjon, kliniske implikasjoner, konklusjon og referanser.

Tabeller og figurer plasseres i artikkeldokumentet på den plass de skal stå og angis med fortløpende siffer. Hver tabell og figur skal ha en egen tekst som gir presis informasjon om hva tabellen eller figuren viser og skal nummereres i den rekkefølge de nevnes i teksten. Vedlagte bilders kvalitet skal være god, minst 300 dpi. Det er forfatterens ansvar å innhente tillatelse til bruk av illustrasjoner.

REFERANSER

NSF bruker Vancouver-stil (nummerert stil) som referanseverktøy. Referanser i teksten er numerisk fortløpende og en numerisk ordnet referanseliste angis bakerst i manuskriptet. For en veiledning til Vancouver-stilen, kan følgende tekst konsulteres: <http://www.hig.no/biblioteket/oppgaveskriving/vancouver>.

Under følger en gjennomgang av de viktigste prinsippene ved referering i henhold til Vancouver. Det er forfatterens ansvar at manuset følger nevnte referansestil. Vi ber om at forfatterne setter seg grundig inn i malen og tilpasser sin referanseliste til Vancouver-stilen før innlevering av manus.

Litteraturhenvisninger i teksten

Ved henvisninger i selve teksten skrives forfatterens navn og referanse nummer i rund parentes etter forfatter, eksempel:

Morse (1) eller Redmond (2) asserts that the [...]

Ved direkte sitat føres nummer og sidetall rett etter sitatet med komma og punktum, men før kolon og semikolon, for eksempel:

[...] en ny definisjon. (3, s. 12-3) Vi foretrekker denne mulighet (3); idet [...]

Henvisninger til flere verk føres i numerisk rekkefølge på følgende måte: (1-5) Eller hvis rekkefølgen brytes adskilles med komma, for eksempel:

(1,3,8) eller (2-5,8,10) Flere studier (2-4,9) viser

Litteraturliste

Litteraturlisten skrives etter hovedteksten helt til slutt, i numerisk rekkefølge som de er nevnt i teksten. Hvis teksten er DOI-registrert, må DOI-nummer oppgis. Hvis det er seks eller færre forfattere skal alle forfattere nevnes. Ved flere enn seks forfattere nevnes de første seks og deretter skrives «et al.». Dette ved alle typer av referanser.

Eksempel på referanse til artikler:

1. Ansaloni L, Catena, F, Chattat R, Fortuna, D, Franceschi, C, Mascitti, P, et al. Risk factors and incidence of post-operative delirium in elderly patients after elective and emergency surgery. *British Journal of Surgery*. 2010; 97(2): 273-280. DOI:10.1002/bjs.6843

Eksempel på referanse til bøker:

2. Gilje, N, Grimen, H. Samfunnsvitenskapens forutsetninger. Oslo:Universitetsforlaget; 1993.

Eksempel på referanse til websider: Muskelsvindfonden [Internet]. Aarhus: Muskelsvindfonden, plads til forskelle [sitert 2015

januar 5]. Tilgjengelig på: <http://muskelsvindfonden.dk/>

VITENSKAPELIGE ARTIKLER OG FAGFELLEVRURDERING

Vitenskapelige artikler vil først bli vurdert av redaktør med tanke på relevans og kvalitet. Dersom manuskriptet vurderes som relevant og av tilstrekkelig kvalitet vil det bli vurdert av to fagfeller. Nordisk sygeplejeforskning praktiserer double blind peer review, dvs. at verken forfatters eller fagfellers identitet gjøres kjent for partene.

FAGARTIKLER

Nordisk sygeplejeforskning publiserer fagartikler innenfor sykepleie og relevante områder knyttet til den direkte og indirekte utøvelsen av sykepleie. Disse artiklene henvender seg til fagets kliniske utøvere og praktiker og til studenter, sykepleiepedagoger, administratorer og forskere.

Fagartiklene bør være relativt korte artikler og skal tilby fagfeller perspektiver, forståelse og viten produsert innenfor sykepleie eller beslektede fag. Fokus i fagartikkelen er en tematikk rettet mot en profesjonell leserkrets, som ikke trenger å være spesialist på det aktuelle området. Problembeskrivelse og perspektiv er betydningsfulle komponenter. Spesielt viktig er å vise til anvendbarheten og hvordan resultater kan bli brukt i et praksisperspektiv.

Fagartikkelen skal ha et klart poeng, og forfatteren kan i fremstillingen argumentere, beskrive, fortolke, vurdere og diskutere så dette poenget blir tydelig. Den aktuelle saken skal det bli gjort rede for og konkretisert i forhold til litteratur- og teorireferanser. Om grunnlaget for fagartikkelen er en undersøkelse, skal litteraturgjennomgang og

metodebeskrivelser være kortere og mindre detaljert enn i en vitenskapelig artikkel. Resultatene skal være knyttet til målgruppens praksisperspektiv.