

Randi Jørstad

«...lytte – gi de små ordene rom...»

En studie av kommunalt psykisk helsearbeid
relatert til ungdom i Hedmark

Høgskolen i Hedmark
Rapport nr. 4 – 2009

Fulltekstutgave

Utgivelsessted: Elverum

Det må ikke kopieres fra rapporten i strid med åndsverkloven og fotografiloven eller i strid med avtaler om kopiering inngått med KOPINOR, interesseorgan for rettighetshavere til åndsverk.

Forfatteren er selv ansvarlig for sine konklusjoner. Innholdet gir derfor ikke nødvendigvis uttrykk for Høgskolens syn.

I rapportserien fra Høgskolen i Hedmark publiseres FoU-arbeid og utredninger. Dette omfatter kvalifiseringsarbeid, stoff av lokal og nasjonal interesse, oppdragsvirksomhet, foreløpig publisering før publisering i et vitenskapelig tidsskrift etc.

Rapporten kan bestilles ved henvendelse til Høgskolen i Hedmark. (<http://www.hihm.no/>)

Rapport nr. 4 – 2009

© Forfatterne/Høgskolen i Hedmark

ISBN: 978-82-7671-736-5

ISSN: 1501-8563



Høgskolen i Hedmark

Tittel: «...lytte – gi de små ordene rom...» En studie av kommunalt psykisk helsearbeid relatert til ungdom i Hedmark.			
Forfatter: Randi Jørstad			
Nummer: 4	År: 2009	Sider: 98	ISBN: 978-82-7671-736-5 ISSN: 1501-8563
Oppdragsgiver:			
Emneord: Psykisk helse, psykisk helsearbeid, ungdom, kommunalt arbeid, kompetanse			
Sammendrag: Dette er en kvalitativ, deskriptiv studie av kommunalt psykisk helsearbeid i Hedmark. Målet med studien var å utvikle teoretisk og praktisk kunnskap om psykisk helsearbeid relatert til ungdom ved å undersøke helsesøstres og psykiatriske sykepleieres opplevelse av psykisk helse hos ungdom, egen kompetanse og arbeid relatert til målgruppen. Metoden er fokusgruppeintervju av et utvalg av helsesøstre og psykiatriske sykepleiere fra tre utvalgte kommuner i Hedmark. Det ble gjennomført to fokusgruppeintervjuer i hver gruppe. Informantene opplever at ungdommer flest har god psykisk helse, men de fleste av de ungdommer de arbeider med sliter med psykiske vansker. Helsesøstre og psykiatriske sykepleiere har ulik fordypningskompetanse via sine videreutdanninger, og disse utfyller hverandre relatert til psykisk helsearbeid til ungdom. Begge profesjonsgruppene mener at erfaringskompetansen er svært viktig i deres arbeid. Deres viktigste verdi i arbeidet er ungdommenes behov, men de forholder seg også til offentlige føringer som lover, forskrifter, planer med mer. Store deler av arbeidsdagen deres består av samtaler der det viktigste er å ta ungdommene på alvor, lytte til dem og gi råd som kan styrke dem. Avlastning ved veiledning fungerer bra for psykiatriske sykepleiere, men ikke for helsesøstrene som etterlyser dette tilbudet. Det er store potensialer i det psykiske helsearbeidet relatert til ungdommer ved å vektlegge et bedre samarbeid mellom psykiatriske sykepleiere og helsesøstre. Viktige samarbeidspartnere er ansatte i skoler, fastleger og BUP. Det psykiske helsearbeidet for ungdom bør kjennetegnes av tverrfaglighet og samarbeid mellom tjenestene og være av god kvalitet i tråd med nasjonale føringer. Det er behov for videre forskning av ungdommenes behov for psykisk helsearbeid i kommunene og hvordan dette best mulig kan ivaretas i relevante videreutdanninger.			



Hedmark University College

Title: «...listen – giving the small words room...» A study of municipal mental health work related to young people in Hedmark.			
Author: Randi Jørstad			
Number: 4	Year: 2009	Pages: 98	ISBN: 978-82-7671-736-5 ISSN: 1501-8563
Financed by:			
Keywords: Mental health, mental health work, adolescence/youth, community care, competence			
Summary: This is a qualitative, descriptive study of community mental health work. The aim of the study was to develop theoretical and practical knowledge of mental health work related to young people based on experiences of health visitors and psychiatric nurses, their views on young people's mental health, their own competence and their work related to the target group. The method used is focus group interview with a sample of health visitors and psychiatric nurses in three municipalities in Hedmark. Two interviews were carried out with each group. The informants experience that the majority of young people have good mental health, but most of the youths they meet at work suffer from various mental health problems. Health visitors and psychiatric nurses have different in-depth competence from their post graduate training, which make a complementary approach to mental health work with young people. Both professional groups consider their experiential competence as relevant and valuable in their work. The most important guide or value in their work is the youth's needs, but they also relate to public laws and regulations and plans. Most of their daily work consist of conversations where they consider it most important is to relate seriously to the youths by listening to them, giving advice and supporting their self-confidence. Psychiatric nurses experience relief in their work by a well functioning supervision offer, while this is not available to the health visitors. There is a potential for improvements in mental health work to young people by emphasizing better cooperation between psychiatric nurses and health visitors. Besides, it is important to cooperate with teachers, GPs and psychiatric services for children and youths (BUP). The hallmark of the mental health work with young people should be characterized by interdisciplinary collaboration, good quality and in line with national regulations. There is a demand for further research of young people's need for mental health care and how these needs are addressed in relevant post graduate training.			

FORORD

De fleste norske ungdommer er friske og har god fysisk og psykisk helse. Likevel viser undersøkelser at en del barn og unge har større eller mindre psykiske plager, og noen av disse har så store plager at de har behov for profesjonell hjelp. Dette er en av årsakene til at Helsedirektoratet opprettet Tverrfaglig videreutdanning i psykososialt arbeid med barn og unge høsten 2007.

I planleggingen og gjennomføringen av denne utdanningen ved avdelingen, var det ønskelig med mer oppdatert kunnskap om kommunalt psykisk helsearbeid relatert til ungdom i Hedmark. Ut fra dette er kartleggingen av helsesøstres og psykiatriske sykepleieres opplevelse av psykisk helse hos ungdom, egen kompetanse og arbeid relatert til målgruppen tema i denne studien.

Først og fremst en takk til de helsesøstrene og psykiatriske sykepleierne som med stort engasjement har formidlet sine erfaringer i fokusgruppene. Videre takk til Høgskolen i Hedmark for FoU-tid til dette arbeidet. En stor takk til mine to veiledere Lisbet Borge som startet veiledningen og Jan Kåre Hummelvoll som fortsatte denne da Lisbet sluttet ved avdelingen. Deres verdifulle bidrag og inspirerende innspill gjennom hele prosessen har vært av avgjørende betydning. Og ikke minst en takk til mine kollegaer og avdelingens bibliotek for inspirasjon og støtte i arbeidet.

Elverum 19.03.2009

INNHold

1.0 Innledning	11
1.1 Bakgrunn for prosjektet	11
1.2 Mål for prosjektet og problemstilling	13
1.3 Oppbygning av rapporten	14
2.0 Teori	15
2.1 Ungdommers psykiske helse	15
2.2 Helsesøstre og psykiatriske sykepleieres kompetanse relatert til ungdommers psykiske helse	18
2.3 Kommunenes oppgaver i psykisk helsearbeid for barn og unge	23
2.4 Salutogenese	26
3.0 Metode	29
3.1 Fokusgruppeintervjuer	29
3.2 Utvalg	30
3.3 Analyse	31
3.4 Etske refleksjoner	32
3.5 Metodisk refleksjon	33

4.0 Helsesøstres og psykiatriske sykepleieres beskrivelser av ungdommers psykiske helse	37
4.1 Beskrivelse av ungdommers psykiske helse	38
4.2 Beskrivelse av ungdommer med atferdsproblemer og selvskading	44
4.3 Beskrivelse av ungdommers forhold til familie og venner vedrørende psykiske helse	46
4.4 Beskrivelse av ungdommers forhold til skole vedrørende psykisk helse	51
5.0 Helsesøstres og psykiatriske sykepleieres beskrivelser av eget psykisk helsearbeid i kommunene	55
5.1 Informantenes opplevelser av egen kompetanse	55
5.2 Informantenes opplevelser av sitt arbeid	60
5.3 Samarbeid	72
6.0 Sammenfattende drøfting	79
6.1 «De fleste har det bra, men noen sliter og det er dem vi oftest møter»	79
6.2 «Må ha den boklige lærdommen i bunnen, men mest kompetanse via erfaringer»	82
6.3 «Å lytte og gi de små ordene»	84
7.0 Konklusjoner og anbefalinger for videre forskning	87
7.1 Konklusjoner	87
7.2 Anbefalinger for videre forskning	88
Litteratur	89
Vedlegg	95

1.0 INNLEDNING

1.1 Bakgrunn for prosjektet

De fleste norske ungdommer er friske og har god fysisk og psykisk helse. Likevel viser undersøkelser at 15–30 % av barn og unge har større eller mindre psykiske plager, og om lag 10 % har så store plager at de har behov for profesjonell hjelp (Regjeringen, 2003).

Det kommunale psykiske helsearbeidet for unge er et ansvar for kommunen som helhet. For å få til et godt psykisk helsearbeid for unge i kommunen preget av helhetlig tenkning, kreves et bredt spekter av tiltak i kommunene, på tvers av de tradisjonelle sektorgrensene (Sosial- & helsedirektoratet, 2007). I Stortingsmelding nr. 39 «Oppvekst- og levekår for barn og ungdom i Norge» (Barne- & familiedepartementet, 2002) oppfordres kommunene til å styrke innsatsen overfor barn og ungdom, med særlig vekt på innsats overfor dem som trenger det mest.

I følge Sosial- og helsedirektoratets (2007:12) veileder «Psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene» er kommunenes overordnede oppgaver i det psykiske helsearbeidet for barn og unge å:

- «Legge til rette for gode og trygge oppvekstmiljøer, og iverksette forebyggende tiltak for å hindre psykiske vansker hos barn og unge
- Fange opp barn og unge i risiko, eller som har psykiske vansker eller lidelser
- Gi hjelp og behandling for de som trenger det på laveste effektive omsorgsnivå (LEON-prinsippet). De som kan behandles i kommunen skal behandles i kommunen
- Sørg for bistand fra, og samarbeid med, spesialisthelsetjenesten eller andre aktører ved behov.»

Psykisk helsearbeid er et samlebegrep som omfatter flere yrkesgrupper. Arbeidet er avhengig av «et flerfaglig kunnskapstilfang, tverrfaglig praksis og tverretattlig samarbeid – og samarbeid med brukergrupper og frivillige organisasjoner.» (Hummelvoll, 2006:16). Borge (2006) peker på at psykisk helsearbeid rommer både psykososialt arbeid og sosialpsykiatrisk forståelse. Hun sier videre at brukerperspektivet, normalisering og empowerment-tenkning står sentralt her.

For en av sykepleiens største pionerer, Florence Nightingale, var helsefremmende og forebyggende arbeid utført av sykepleiere en merkesak. Hun utviklet en forståelse av sykepleierens funksjon som fokuserte på å legge forholdene til rette for de naturlige helbredelsesprosessene (Nightingale, 1997). Hun var også opptatt av de psykososiale aspektene ved pleie av syke. Hun poengterte fordelene ved forebygging og mente penger ville være bedre anvendt ved å bevare helse hos barn og ungdom enn å bygge sykehus for å kurere sykdom. I dagens rammeplan for sykepleierutdanning står det at studenten etter endt utdanning skal ha handlingskompetanse i helsefremmende og forebyggende arbeid (Kunnskapsdepartementet, 2008).

Sykepleiere som skal arbeide med psykisk helsearbeid til ungdommer i kommunen, bør ha en videreutdanning. Det er spesielt to ulike videreutdanninger som er relevante. Disse er helsesøster som har hovedfokus på barn, unge og familier og psykiatrisk sykepleier som har hovedfokus på psykisk helsearbeid (oftest med hovedfokus på voksne). Helsesøster er en sykepleier med videreutdanning i helsefremmende og forebyggende arbeid relatert til barn, unge og deres familier (Glavin, Helseth, & Kvarme, 2007). Psykiatrisk sykepleie er en planlagt, omsorgsgivende og psykoterapeutisk virksomhet. Den

tar sikte på å styrke pasientens egenomsorg og derigjennom løse/reducere hans helseproblem (Hummelvoll, 2004). Ut fra dette kan det se ut som om helsesøstre har hovedfokus på barn og unge og at de fleste psykiatriske sykepleiere hittil har hatt sitt hovedfokus på den voksne delen av befolkningen.

Kompetanseoppbygging til personale i kommunene er blant annet rettet mot utfordringene i Regjeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse (2003). Denne planen har fem gjennomgående perspektiver: mestringsperspektivet, helsefremme- og forebyggingsperspektivet, brukerperspektivet, helhetsperspektivet og kunnskaps- og kompetanseperspektivet.

Strategiplanen understreker videre behovet for en større målretting av kompetansetiltakene, og at det er spesielt behov for satsing på psykososial kompetanse, samarbeidskompetanse og kompetanse knyttet til brukermedvirkning. Den hevder at styrking av barn og unges utviklingsbetingelser og psykiske helse krever et helhetlig perspektiv i utvikling av kunnskap og kompetanse, et økt behov for forskningsinnsats om barn og unges psykiske helse og at barne- og ungdomsfeltet trenger sterke forskergrupper. Sosial- og helsedirektoratets veileder (2007) viser til at gode skole- og læringsmiljøer beskytter effektivt mot problemutvikling hos barn og unge.

I et folkehelseperspektiv er det viktig med forskning og utvikling som tar utgangspunkt i et mestrings- og ressursperspektiv, spesielt for å identifisere beskyttelsesfaktorer hos de unge. Aarø et al. (2001:2927) støtter dette når han hevder at «De som sliter med psykiske og kroppslige plager er kanskje ikke de elevene som skaper de største problemene i skole og lokalmiljø, men med tanke på å gjøre noe for befolkningens helse bør denne gruppen ofres mer oppmerksomhet.»

1.2 Mål for prosjektet og problemstilling

Målet med prosjektet var å utvikle teoretisk og praktisk (metodisk) kunnskap om psykisk helsearbeid relatert til ungdommer i kommuner i Hedmark ved å kartlegge helsesøstre og psykiatriske sykepleieres opplevelse av psykisk helse hos ungdom, egen kompetanse og arbeid relatert til målgruppen.

En bakgrunnsfaktor for dette var at Avdeling for Helse- og idrettsfag høsten 2007 etablerte Tverrfaglig videreutdanning i psykososialt arbeid med barn og unge (60 sp) på oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet. Avdelingen ønsket å styrke kompetansen i psykisk helsearbeid for ungdommer.

Ut fra statlige føringer, forskning, teori, samtaler med ansatte i kommuner som arbeider med ungdom og utvikling og gjennomføring av videreutdanning, ble problemstillingen for prosjektet:

Hvordan erfarer helsesøstre og psykiatriske sykepleiere psykisk helse hos ungdom, egen kompetanse og arbeid relatert til ungdom i kommuner i Hedmark?

1.3 Oppbygning av rapporten

Rapportens teorikapittel omhandler ungdommers psykiske helse, helsesøstre og psykiatriske sykepleieres kompetanse og psykisk helsearbeid i kommunen. Dette avsluttes med teori om salutogenese. Metodekapittelet beskriver designet, utvalget og datainnsamling ved hjelp av fokusgruppeintervju. Deretter omtales analyse, etiske overveielser og metodisk refleksjon.

Presentasjonen av resultatene fra undersøkelsen inneholder også noe drøfting. Den sammenfattende drøftingen følger før konklusjon og anbefalinger for videre forskning.

2.0 TEORI

2.1 Ungdommers psykiske helse

Norske ungdommer er gjennomgående friske og de har god fysisk og psykisk helse. De blir innlemmet i meningsfulle og utviklende fellesskap og får god oppfølging. Likevel viser det seg at utfordringer gjør mange ungdommer ekstra sårbare i en allerede sårbar fase i livet der de må mestre mange og stadig skiftende roller, forventninger og krav. Psykiske helseproblemer er derfor utbredt hos unge. Tallene på forekomst er usikre, men forskningsrapporter viser at 15–30 % av barn og unge har større eller mindre psykiske plager eller lidelser. Disse kan være tristhet, atferdsproblemer, skoleproblemer, spiseforstyrrelser, rusmisbruk, kriminalitet med mer. Dette kan få store konsekvenser for de unge senere i livet og for noen føre til langvarig sykdom og store hjelpebehov. Om lag 10 % av de unge har så store problemer med angst, depresjon, psykosomatiske lidelser, atferdsproblemer eller rusproblemer at de har behov for profesjonell hjelp. Undersøkelser viser at det er små forskjeller mellom de ulike deler av landet (Regjeringen, 2003).

Helsebegrepet har mange ulike definisjoner. Hummelvoll (2004) hevder at helse er et relativt begrep. Innholdsmessig kan det være flertydig, det er nært forbundet med livskvalitet, det står i relasjon til lidelse og er avhengig av håp. Et av de viktigste funnene i Lindholm (1998:58) sitt doktorgradsarbeid «Den unga människans hälsa och lidande» var at «Hälsa och lidande är integrerade i varandre i en dialektisk rörelse». Sosial- og helsedirektoratet

(2007:67) definerer psykiske vansker som «Normale reaksjoner forbundet med en vanskelig livssituasjon». og psykiske lidelser som «Psykiske vansker av en slik type eller grad at det kvalifiserer til en diagnose».

Ungdomsundersøkelsene¹ fra 2004 viste at andelen gutter som vurderte helsetilstanden sin som god eller svært god, lå på rundt 90 % i alle fylkene. For jentene varierte det noe mer, 84–89 % vurderte helsetilstanden sin som god eller svært god. Det var minst kjønnsforskjell i egenvurdert helse i Oppland og mest i Hedmark. Psykiske plager så ut til å være noe hyppigere blant unge jenter enn blant gutter. Blant 15–16 åringene hadde rundt 17 % psykiske plager. Mellom 3 og 5 % av guttene og 8–10 % av jentene hadde søkt hjelp for psykiske plager det siste året.

Zachrisson, Rødje og Mykletun (2006) fant ved å undersøke 11.154 15–16 åringer i Oslo, Hedmark og Oppland at disse i liten grad søker hjelp for sine psykiske plager. Dette til tross for at hjelpeapparatet i Norge er relativt lett tilgjengelig og gratis. Samargia, Saewyc og Elliott (2006) beskriver fra sin undersøkelse at de to hovedbarrierene til at ungdommene ikke tok kontakt var at de håpet det gikk over eller at de ikke ønsket at foreldrene skulle få vite om sine problemer.

Wichstrøm og Kvaem (2007) skriver at det ikke finnes en allment akseptert definisjon av skillet mellom normal og avvikende atferd. En av årsakene til dette er at atferdsproblemer forklares og defineres på ulike måter innenfor fagdisipliner som pedagogikk, psykiatri, psykologi, sosiologi, sosialt arbeid og spesialpedagogikk. Borge (2003:38) hevder at merkelappene «*atferdsproblemer og følelsesmessige (emosjonelle) problemer*» i dag er allment akseptert. Dette gjenspeiler seg i at atferdsproblemer innebærer konflikter med omgivelsene, mens følelsesmessige problemer innebærer problemer med selvpfatning.

¹ Ungdomsundersøkelsene (2004) er en spørreundersøkelse i fylkene Finnmark, Troms, Hedmark, Oppland og Oslo, der deltakerne er fylte 15 år og går i 10. klasse i ungdomsskolen. Denne ble gjennomført i perioden 2000–2004 og i nært samarbeid med kommunehelsetjenesten, skolehelsetjenesten og den enkelte skole i kommunene.

Atferdsproblemer dreier seg om i hvilken grad barns atferd bryter med gjeldende regler, normer og forventninger i oppvekstmiljø og samfunn. Videre om i hvilken grad atferden avviker fra aldersadekvat oppførsel på en slik måte at den klart forstyrrer eller hemmer barnets egen læring og utvikling, forstyrrer eller skaper problemer for andre (det være seg voksne eller barn) og/eller forstyrrer eller hemmer positiv samhandling mellom barn og mellom barn og voksne (Ogden & Kirke- utdannings- og forskningsdepartementet, 1998). Nordahl, Sørli, Manger og Tveit (2005) hevder videre at atferdsproblemer er et uklart begrep, og det kan være en forslitt merkelapp som etter deres oppfatning altfor lett settes på barn og ungdom når de oppfører seg på måter som provoserer, irriterer eller bekymrer voksne.

Grensen for hva som defineres som problematferd varierer mye. Wichstrøm og Kvaalem (2007) hevder at mye av det som oppfattes som problematferd også forekommer blant barn og unge som er sosialt og faglig velfungerende og bør betraktes som normalatferd. Samtidig vil noen over tid oppføre seg på måter som i for stor grad bryter med gjeldende regler, normer og forventninger i oppvekstmiljø og samfunn som kan være hemmende eller destruktivt for den enkelte. Videre beskriver Borge (2003) at ungdomsalderen fører til mer antisosial atferd enn noen annen aldersperiode. Hun viser videre til at så mange som 80 % av alle ungdommer prøver ut ulike former for antisosial atferd som et alderstypisk fenomen.

Unge helse må sees i sammenheng med oppvekstmiljø og samfunn. Belastninger forbundet med å leve i samfunn med hverandre, også kalt psykososiale problemer er økende. Slike belastninger gir psykosomatiske, psykologiske og atferdsmessige forstyrrelser, både hos barn, ungdom og voksne (Glavin et al., 2007). En undersøkelse utført blant landets helsesøstre viser at problemområder som spiseforstyrrelser, psykiske problemer, rusproblemer, mobbing, sosiale problemer og familieproblemer utgjør en stadig større del av helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Dette er en kompleks og vanskelig problematikk, og det er en stor utfordring for helsesøstertjenesten å skaffe seg fagkunnskap og handlingskompetanse på alle disse områdene (Glavin & Helseth, 2005).

Villet egenskade synes å være et økende problem blant ungdom. Ystgaard et al. (2003)² har i en undersøkelse vist at 6,6 % av norsk ungdom på første videregående trinn hadde utført denne type selvskading som tilfredsstilte studiens kriterier. Villet egenskade var vanligere blant jenter (10,2 %) enn gutter (3,1 %). Kutting (74,1 %) og overdose med medikamenter (16,9 %) var de vanligste metodene. Selv om det var over tre ganger så vanlig blant jenter som blant gutter, var det likevel store fellestrekk. Funnene viste at sosiale realiteter som konfliktfylte hjemmeforhold, rus og overgrep var særpreg ved livssituasjonen til mange selvskadende unge.

2.2 Helsesøstre og psykiatriske sykepleieres kompetanse relatert til ungdommers psykiske helse

I denne studien er det helsesøstre og psykiatriske sykepleiere som er informanter. Begge disse yrkesgruppene har en grunnutdanning i sykepleie før videreutdanning. Det vil derfor her kort bli beskrevet de mest relevante temaene i deres rammeplaner. Disse er vedtatt av Kunnskapsdepartementet eller tidligere Utdannings- og forskningsdepartementet og er utgangspunktet for de respektive utdanningers fagplaner. Bachelor i sykepleie er 180 studiepoeng. Videreutdanning til helsesøster eller psykiatrisk sykepleier er 60 studiepoeng.

Bachelor i sykepleie

«Formålet med sykepleierutdanningen er å utdanne yrkesutøvere som er kvalifisert for sykepleiefaglig arbeid i alle ledd av helsetjenesten, i og utenfor institusjoner. Sykepleierne skal også ha kompetanse i forhold til helsefremmende og forebyggende arbeid, undervisning og veiledning, forskning og fagutvikling, kvalitetssikring, organisering og ledelse. Målgrupper er friske og marginaliserte grupper i befolkningen, mennesker som berøres av sykdom og skade, eller mennesker som er i siste fase av livet. Studentene utdannes også til å møte pårørendes behov for støtte, undervisning og veiledning.

² Undersøkelse gjennomført blant alle elever på første trinn i Hedmarks 19 og Opplands 17 videregående skoler, henholdsvis høsten 2000 og 2001.

Studentene skal etter endt utdanning ha handlingskompetanse til å:

- forstå risikofaktorer av individuell og/eller miljømessig karakter og ha innsikt i tiltak som fremmer helse og forebygger sykdom
- delta i helsefremmende arbeid og fokusere på å styrke positive faktorer hos individet og i miljøet anvende kunnskap om sykdommer og menneskets ulike reaksjoner på sykdom i helsefremmende og forebyggende arbeid

Studentene skal etter endt utdanning ha handlingsberedskap til å:

- kunne delta i tverrfaglig og tverretattlig planarbeid og bidra til å gjennomføre helsefremmende og forebyggende tiltak i kommuner og lokalmiljøer» (Kunnskapsdepartementet, 2008)

Videreutdanning i psykisk helsearbeid

I rammeplan (Utdannings- & forskningsdepartementet, 2005b) for denne utdanningen er følgende mål beskrevet:

«Studiet skal kvalifisere helse- og sosialarbeidere til arbeid med mennesker som har psykiske problemer, innenfor den kommunale helse- og sosialtjenesten og spesialisthelsetjenesten. Studentene skal utvikle sin evne til å gi omsorg og hjelp til mennesker med ulike grader av psykiske problemer og lidelser på en måte som styrker evnen til å ta i bruk egne ressurser og øker muligheten til å mestre egen livssituasjon. Det skal derfor legges vekt på at studentene utvikler sin relasjons- og omsorgskompetanse. Evne til å arbeide med migrasjonsproblematikk, og til å gi hjelp og omsorg til mennesker fra forskjellige kulturer er en viktig del av dette. Det skal legges vekt på at studentene utvikler evne til å samarbeide med brukere, pårørende og andre yrkesgrupper i statlig, fylkeskommunalt, kommunalt eller frivillig arbeid. Dette gjelder forebygging, behandling, rehabilitering og habilitering i forhold til mennesker med psykiske lidelser. Forpliktende samarbeid mellom yrkesgrupper, etater og nivåer vektlegges, med tanke på sammenhengende og helhetlige tjenestetilbud til mennesker med psykiske problemer.»

I 1954 startet den første videreutdanning for psykiatriske sykepleiere. Denne bygger på sykepleievitenskap og sykepleiens kunnskapstradisjoner. Hummelvoll (2004:46) definerer psykiatrisk sykepleie som:

Psykiatrisk sykepleie er en planlagt, omsorgsgivende og psykoterapeutisk virksomhet. Den tar sikte på å styrke pasientens egenomsorg og derigjennom løse/reducere hans helseproblem. Gjennom et samarbeidende og forpliktende fellesskap, forsøker man å hjelpe pasienten til selvrespekt og til å finne egne holdbare livsverdier. Når pasienten selv ikke er i stand til å uttrykke egne behov og ønsker, virker sykepleieren som omsorgsgiver og pasientens talsmann. Utover det individuelle nivå har sykepleieren et medansvar for at personen får et liv i tilfredsstillende sosialt fellesskap. På det samfunnsmessige nivå har sykepleieren en forpliktelse til å påpeke og påvirke forhold som kan skape helseproblemer.

Psykiatriske sykepleiere skal etter sin videreutdanning ha kompetanse i å etablere relasjoner med og gi omsorg til mennesker som har psykiske lidelser og deres pårørende, med utgangspunkt i ressurser, ønsker og behov, og studentene skal også ha utviklet forståelse for behovet for sammenhengende og helhetlige tilbud ut fra rammeplanen (Helse & omsorgsdepartementet, 2006).

I 1988 ble tverrfaglig videreutdanning i psykisk helsearbeid etablert i Norge. Viktige momenter for denne tverrfaglige videreutdanningen var:

- «Videre- og etterutdanningstilbudene bør være tverrfaglige for å dekke de ulike utfordringer som ligger i fagfeltet og for å utvikle tverrfaglig samarbeid
- Brukerperspektiv og brukermedvirkning er momenter som vektlegges sterkere enn før
- Ut fra dagens (i 1998) helseproblemer og sosiale utfordringer, var det behov for nytenkning, og for flerfaglighet både i praksisfeltet og i utdanningene.» (Vråle, 2008:145)

Psykisk helsearbeid er et nytt fag som fokuserer på ulike teorier og behandlingstilnærminger sett i et tverrfaglig perspektiv. Gjennom rammeplanen for videreutdanning i psykisk helsearbeid har styresmaktene signalisert at utdanningen skal fokusere mer på forebygging og behandling, enn den medisinske oppfølgingen av pasienter i sykehus. Videre ønsker styresmaktene at utdanningen skal bidra til økt tverrfaglig samarbeid til beste for brukerne (Try & Fossøy, 2004). Ådnanes og Harsvik (2007)³ fant at det var flest sykepleiere (67 %) som tok videreutdanning i psykisk helsearbeid. 18 % av det totale antallet studenter tok den fagspesifikke fordypningen i sykepleie, som finnes ved noen få høyskoler. Videre fant de at et stort flertall av studentene var enige i at studiet ga dem kunnskap og forståelse vedrørende tverrfaglig samarbeid. Andelen som var enige sank noe når det var snakk om å omsette økt bevissthet til å bli bedre i samarbeid med andre i praksis. De påpekte at rammeplanen sier at studiet omfatter psykisk helse i et livsløpsperspektiv og arbeidsoppgaver innen helse- og sosialtjenesten på alle nivåer. De konkluderte med at det var tydelig at barn og unge ikke ble godt nok dekket i denne utdanningen.

Videreutdanning for helsesøstre

Målet for denne utdanningen beskrives i rammeplanen (Utdannings- & forskningsdepartementet, 2005a) slik:

«Formålet med helsesøsterutdanningen er å utdanne sykepleiere til helsefremmende og forebyggende arbeid for og med barn, unge og deres familier. Etter endt utdanning skal helsesøster være kvalifisert for helsesøsterarbeid i en kommune. I utdanningen skal det legges vekt på at studentene videreutvikler sykepleiefaglige forståelses- og kunnskapsformer, og stimuleres til selvstendighet og initiativ, samarbeidsevne og ansvarsbevissthet. Studentene skal utvikle evne til å være kritisk i forhold til egen og andres kunnskap, og til å videreutvikle kunnskap i praksis.

3 Ådnanes og Harsvik ved Sintef Helse evaluerte i 2007 videreutdanningen i psykisk helsearbeid på oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet. Målet med evalueringen var videreutdanningens ivaretagelse av Opptappingsplanen for psykisk helse.

Helsesøster skal etter endt utdanning kunne:

1. utøve helsesøstertjeneste ut fra en forståelse av at det er ulike perspektiv på helse
2. vurdere og påvirke ulike faktorer som virker inn på befolkningens helse
3. planlegge, administrere og utvikle helsesøstertjenesten i overensstemmelse med lover, forskrifter, rammebetingelser og lokale forhold
4. delta aktivt i og påvirke kommunens helseplanlegging, dokumentere skriftlig og formidle kunnskap om helseforhold til lokale beslutningsmyndigheter og andre etater
5. utvikle og kvalitetssikre helsesøstertjenester
6. utøve helsesøstertjenesten med utgangspunkt i befolkningens behov og i samarbeid med befolkningen
7. vurdere barn og unges fysiske og psykososiale utvikling i et økologisk perspektiv, og iverksette helsefremmende og forebyggende tiltak
8. være bevisst sine egne verdier og normer, reflektere over og ta standpunkt i forhold til sykepleiefaglige verdier og etiske dilemma, og kunne arbeide etisk forsvarlig
9. initiere og delta i et forpliktende tverrfaglig og sektorovergripende samarbeid
10. videreutvikle sin personlige og faglige kompetanse som helsesøster»

De første helsesøsterelevne startet sin utdanning i 1947 (Glavin & Kvarme, 2003). Videreutdanningen til helsesøster bygger på sykepleiefagets idégrunnlag og gir en fordypning i sykepleierens helsefremmende og forebyggende funksjon (Glavin et al., 2007). Grunnutdanning i sykepleie og helsesøsterutdanningen legger et godt generelt grunnlag for helsesøsters arbeid i skolehelsetjenesten. Men i takt med medisinsk utvikling, skiftende behov i befolkningen og omstruktureringer av samfunnets helsetjenester, kreves en kontinuerlig videreutvikling av helsesøstertjenestens faglige grunnlag. Etter- og videreutdanning, samt tid til faglig fordypning er helt nødvendig for å kunne møte disse endringene.

Glavin og Helseth (2005) beskriver at helsesøsters arbeidsområder har gjennomgått store endringer, og at de problemene og utfordringene helsesøster i dag møter er svært sammensatte og stiller store krav til helsesøsters kompetanse. De peker videre på at 86 % av helsesøstrene opplevde behov for mer kompetanse innenfor problemer relatert til psykisk helse. De ønsket også mer kompetanse omkring temaer som rusproblemer, spiseforstyrrelser og tverrfaglig samarbeid.

2.3 Kommunenes oppgaver i psykisk helsearbeid for barn og unge

Flere sentrale offentlige dokumenter omtaler unges psykiske helse. I Stortingsmelding nr. 16 «Resept for et sunnere Norge» (Helsedepartementet, 2003) vises det til viktige forutsetninger for å forebygge at unge utvikler psykiske problemer og lidelser. Her blir kommunene utfordret innenfor visse områder som:

- Forebygging; herunder styrking av skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom med vekt på psykisk helsearbeid.
- Planlegging, samarbeid og samordning.
- Utbygging av psykososiale tjenester og kultur- og fritidstiltak for unge som har eller er spesielt utsatt for psykiske problemer eller lidelser.

Det gis eksempler på effektive forebyggende tiltak både for høyrisikogrupper og befolkningsrettede tiltak. Konklusjonen i meldingen er likevel at vi har få tilgjengelige metoder for forebygging av psykiske lidelser, og at det er et stort behov for forskning på feltet.

Det helsefremmende og forebyggende arbeidet i kommunene bør særlig ha oppmerksomhet rettet mot barn og unge som lever med risiko for eller er i ferd med å utvikle psykiske vansker eller lidelser. Behov bør avdekkes og hjelp tilbys så tidlig som mulig for at problemene ikke skal utvikle seg. Kommunene må arbeide systematisk og tiltaksrettet med tidlig intervensjon og tilbud om behandling og oppfølging til barn og unge med psykiske vansker og lidelser. En sentral utfordring for primærhelsetjenesten er å vurdere

når behandling og oppfølging kan ivaretas i kommunen, og når barnets tilstand krever henvisning til spesialisthelsetjenesten. Frivillige organisasjoner og foreninger er viktige bidragsytere i slikt arbeid.

Det psykiske helsearbeidet for barn og unge bør kjennetegnes av tverrfaglighet og samarbeid mellom tjenestene og være av god kvalitet i tråd med nasjonale føringer. Skal det psykiske helsearbeidet for barn og unge få et godt fotfeste i kommunen, er det avgjørende med en tydelig forankring på ledelsesnivå. Kommunehelsetjenesteloven (Helse- & omsorgsdepartementet, 1982) § 1–4 fastslår at kommunens helsetjeneste til enhver tid skal ha oversikt over helsetilstanden i kommunen og de faktorer som kan virke inn på denne. Samme loven pålegger alle landets kommuner å tilby helsestasjons- og skolehelsetjeneste til barn og ungdommer fra 0 til 20 år. Ifølge forskrift om kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten (Helse- & omsorgsdepartementet, 2003) skal tjenesten blant annet legge til rette for et godt psykososialt og fysisk arbeidsmiljø i skolen, samt bidra til en mer helsefremmende livsstil i målgruppene.

En stor del av arbeidsoppgavene relatert til ungdommer innebærer en type problematikk som kan karakteriseres som psykososiale problemer. Glavin og Helseth (2005) peker på at de dominerende årsaker til at ungdommer oppsøkte helsestasjon for ungdom var psykiske problemer, spiseforstyrrelser, sosiale problemer og familieproblemer. Andersson og Steihaug (2008) som var med og evaluerte Opptrappingsplanen for psykisk helse, fant at denne har ført til at helsestasjonen nå retter mer oppmerksomhet mot psykisk helse, er mer til stede i skolene, og har styrket helsestasjon for ungdom. Dette støttes av Sitter (2008) som fant at om lag tre av fire ungdommer med psykiske vansker rapporterte at hjelpen de fikk fra helsestasjonen virket positivt i forhold til de plagene de hadde (77 %), eller i forhold til deres behov for å snakke med noen (75 %). Men hun fant også at det var en betydelig høyere andel av barn og unge med psykiske vansker ved helsestasjonen som rapporterte om mangel i kontinuiteten ved tjenestetilbudet, sammenlignet med andre brukere av tjenesten. Halvparten av dem opplevde at et skifte av tjenesteyter er som å starte relasjonen til tjenesteyter på nytt. Videre hevder Sitter at problemer knyttet til psykiske vansker ofte vil være mer utfordrende å håndtere enn mer rutinemessige tiltak.

Utvikling av et godt tverrfaglig samarbeid i kommunene forutsetter at det etableres gode relasjoner mellom samarbeidspartene, særlig i forhold til hvordan grunnleggende sosiale behov blir ivaretatt i samarbeidsgrupper (Hjälmhult, Wold, & Samdal, 2002). Felles beslutninger medfører integrasjon av andre faggruppers grunnlag og viten. Andersson og Steihaug (2008) fant at det var utfordringer i det tverrfaglige samarbeidet om barn og unge med psykiske vansker, og at det var behov for å forbedre rammebetingelsene for dette arbeidet. Blant brukere som parallelt mottok tiltak fra flere tjenester, rapporterte om lag halvparten av barn og ungdom med psykiske vansker at de var tilfredse med samarbeid og samordning mellom tjenestene. Det var en tendens til at brukere med psykiske vansker var mindre tilfreds med samhandlingen mellom tjenestene de var i kontakt med sammenlignet med brukere uten psykiske vansker (Sitter, 2008). Hun fant videre at helsestasjonen har en sentral rolle i samarbeid med andre tjenesteytere.

Kommunene står overfor betydelige utfordringer med hensyn til hvordan det psykiske helsearbeidet for barn og unge bør organiseres. En del av arbeidet kan ses i sammenheng med kommunenes generelle folkehelsearbeid, organisert gjennom partnerskap for folkehelse. Det er gitt ulike typer rettsregler som regulerer kommunenes, tjenestenes og brukernes rettsstilling, som er relevante for det psykiske helsearbeidet for barn og unge. Slike regler er i stor grad gitt i lovs form av Stortinget eller som forskrift av forvaltningen. Rettsregler er av en slik karakter at kommunene og tjenestene som arbeider med barn og unges psykiske helse må følge opp tiltak som blir fastlagt i enten lov eller forskrift. Det er derfor viktig at driften innrettes slik at krav i regelverket overholdes. Tjenestetilbudet til barn og unge i kommunene må til enhver tid bygge på faglig anerkjente metoder som forutsetter tilstrekkelig kompetanse om psykisk helsearbeid. Det nevnes spesielt relasjons-, samarbeids-, brukermedvirknings- og forvaltningskompetanse. (Sosial- og helsedirektoratet, 2007). I Regjeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse (Regjeringen, 2003) påpekes behovet for en større målretting av kompetansetiltakene. Og spesielt satsing på blant andre psykososial kompetanse og samarbeidskompetanse.

2.4 Salutogenese

Fokus for psykisk helsearbeid i kommunene er *helse*. Arbeidet må derfor være preget av kunnskaper om faktorer som påvirker både helse og livskvalitet. Mange faktorer påvirker helsetilstanden. Det kan blant annet være hvordan vi sammen innretter samfunnet innenfor en rekke ulike områder, miljøet rundt oss, hvordan vi har det, livsstil og sosiale forhold. I folkehelsearbeidet brukes tradisjonelt sett to ulike strategier for å oppnå bedre helse i befolkningen, den forebyggende og den helsefremmende. Den siste strategien tar utgangspunkt i helse.

Det salutogene perspektiv viser hvordan mennesket kan mobilisere egne krefter i helsefremmende arbeid. Et patogent perspektiv handler om hvilke faktorer som fører til at uhelse oppstår. Det salutogene perspektiv representerer en komplementær tilnærming ved å være opptatt av hvilke faktorer som bidrar til at mennesker opprettholder helse. Aron Antonovsky (1923–1994, professor i medisinsk sosiologi) var opptatt av hvordan mennesker kan bevare god helse, hva som holder oss friske til tross for at vi utsettes for stort stress. Det er hvordan vi forholder oss til dette som får betydning for hvordan stress påvirker helsetilstanden. Stress er i seg selv ikke negativt, det kan i noen sammenhenger være positivt og være med på å øke menneskets motstandskraft (Jensen & Johnsen, 2000:89).

To begreper er viktige i Antonovskys tenkning; *generelle motstandsressurser* (*general resistance resources – GRR*) og *følelse av sammenheng* (*sence of coherence – SOC*). GRR består av både indre og ytre faktorer som virker beskyttende på helsetilstanden. Dette kan eksempelvis være indre liv, sosial støtte og daglige aktiviteter. I et helsefremmende perspektiv er det sentrale hvordan en bruker sine generelle motstandsressurser. Det grunnleggende bak det *salutogene* perspektivet er at sykdom, kriser, konflikter og spenninger er noe som hører livet til. Den levde erfaring er med på å skape denne følelsen av sammenheng. Opplevelsen vil være dynamisk og dermed foranderlig i forhold til påvirkninger. Begrepet består av tre områder; *begripelighet*, *håndterbarhet* og *meningsfullhet*. Den siste er den mest sentrale fordi den gir motivasjon til å finne løsninger på de utfordringer som situasjonen krever. De to andre områdene preger hvordan prosessen gjen-

nomføres. Samtidig oppfattes begripelighet som en forutsetning for både en følelse av håndterbarhet og meningsfullhet. Antonovsky (2000) gir begrepene følgende innhold:

- Begripelighet (Comprehensibility) handler om i hvilken utstrekning man opplever indre og ytre stimuli som fornuftsmessige begripelige, det vil si den informasjonen som er ordnet, sammenhengende og strukturert. Det handler om hvilken forståelse man har av følelser og ting som skjer i dagliglivet
- Håndterbarhet (Manageability) forstås som i hvilken grad en oppfatter at de ressurser som er til rådighet vil være tilstrekkelig til å mestre krav en stilles ovenfor. Mennesker som har høy grad av dette vil ikke kjenne seg som offer for omstendighetene eller synes at livet oppleves urettferdig. Det handler om at man vanligvis ser en løsning på problemer som andre finner håpløse.
- Meningsfullhet (Meaningfulness) er den mest sentrale fordi den gir motivasjon til å finne løsninger på de utfordringer som situasjonen krever. Et menneske som har høy grad av dette vil ta utfordringer og være innstilt på å søke mening i dem og gjøre sitt beste for å komme gjennom dem med verdighet.

Følelsen av sammenheng kommer fra forskjellige læreprosesser gjennom livet. Generelt gjelder det at opplevelsen av *forutsigbarhet* legger grunnen for komponenten *begripelighet*, den rette *belastningsbalanse* legger grunnen for komponenten *håndterbarhet*, og *delaktighet* legger grunnen for komponenten *meningsfullhet*.

Tabell 1. Sammenhengen mellom læreprosesser og følelsen av sammenheng (Jensen & Johnsen, 2000:89)

Læreprosesser	>	Følelse av sammenheng
Forutsigbarhet	>	Begripelighet
Belastningsbalanse	>	Håndterbarhet
Delaktighet	>	Meningsfullhet

Det er viktig at den fysiske og sosiale verden ikke endrer seg hele tiden, men at det er mønstre og rutiner, årsaker og konsekvenser man kan støtte seg til for å oppleve en følelse av begripelighet. Det er også viktig at de krav som stilles ikke overstiger ens ressurser hvis en skal oppnå en følelse av håndterbarhet. Det er avgjørende at vi deltar i de oppgaver vi stilles ovenfor, at ikke andre bestemmer oppgaven, reglene og oppnår resultatene slik at man opplever seg selv som et objekt. En verden som oppleves som likegyldig for hva en selv gjør, blir lett til en verden uten mening. Derimot vil en verden der en deltar og er med og påvirker utfallet oppleves som meningsfull.

Den salutogene orienteringen fokuserer heller på helsefremmende faktorer enn risikofaktorer og på hele mennesket i sin kontekst (Antonovsky, 1996). Grøholt (1998:120) hevder at Antonovskys begreper om sammenheng, mening og mulighet til å mobilisere ressurser har vist seg å gi mening i hennes arbeid med ungdomsgruppen. Hun peker på at betydningen av å støtte ungdommene i å finne mening og mulighet i en virkelighet som er forståelig ut fra deres eget ståsted. Samtidig vil ungdommene ha behov for familiens støtte, og familie medlemmene skal sammen og hver for seg se sin egen innsats i et meningsbærende perspektiv.

3.0 METODE

Dette kapitlet presenterer valg av forskningsdesign, metode for datainn-samling og gjennomføringen av undersøkelsen. Videre beskrives analyse- og tolkningsprosessen før det gjøres en etisk refleksjon. Avslutningsvis foretas en metodisk refleksjon.

Prosjektets overordnede design har vært deskriptivt og eksplorativt. Tilnærmingen var hermeneutisk-fenomenologisk for å kunne fange opp tanker, erfaringer og meninger i feltet. Betydningen av å lytte er viktig i de hermeneutiske og fenomenologiske tilnærminger til feltet (Kvale, 1997). Undersøkelsen er kvalitativ for best å kunne beskrive og analysere karakteristiske trekk og egenskaper (kvaliteter) ved de fenomener som ble studert (Malterud, 2003). Studien har et humanistisk perspektiv som innebærer at hver enkelt situasjon er unik og at hvert fenomen har sin egen indre struktur og logikk (Kvale, 1997).

3.1 Fokusgruppeintervjuer

I dette prosjektet ble det benyttet fokusgruppeintervjuer for å samle inn data. Fokusgruppeintervju som forskningsintervju er ikke en ordinær konversasjon mellom deltakere, ettersom det er en moderator som definerer og kontrollerer situasjonen ved å stille spørsmål og lede diskusjonen. Metoden beskrives som:

En nøye planlagt diskusjon med den hensikt å få kunnskap om en velavgrenset problemstilling i et tillatende og ikke-truende miljø, og er kjennetegnet av at gruppen består av mennesker som har visse felles egenskaper, og som gir undersøkelsen data av kvalitativ natur under en fokusert diskusjon (Sørfonden & Finstad, 2000).

Hensikten med fokusgruppene var å kartlegge behov, holdninger og oppfatninger fra aktuelle målgrupper om temaet psykisk helsearbeid relatert til ungdom. Dette for å innhente kvalitative beskrivelser av synspunkter, opplevelser og erfaringer, og å tolke meningen med disse. Samhandlingen mellom medlemmene i gruppen vil kunne bidra til at informasjonen blir mer omfattende ved at deltakerne kan supplere og motsi hverandre og utløse informasjon som ellers kunne blitt holdt tilbake. En får rett og slett et rikere datatilfang (Halvorsen, 2008; Thagaard, 2009).

Gjennomføring

Det ble gjennomført to møter på 90 minutter med hver fokusgruppe for å kunne oppnå en dypere forståelse av praksis, det vil si sykepleiernes erfaringer, meninger, ønsker og utfordringer i relasjon til psykisk helsearbeid relatert til ungdom (Hummelvoll & Severinsson, 2005). Jeg hadde ansvaret for å lede intervjuene, mens en kollega hadde hovedansvaret for å skrive notater underveis. Det ble utarbeidet åpen intervjuguide for første møte med hver gruppe (vedlegg 1). Ut fra foreløpig analyse av disse intervjuene ble intervjuguiden for neste møte (vedlegg 2) utarbeidet. Dette førte til at det andre møtet startet med oppsummering fra første møtet, der informantene kunne supplere og korrigere dataene.

3.2 Utvalg

Ideelt sett skulle alle aktuelle yrkesgrupper, frivillige organisasjoner og familier i alle kommuner i Hedmark deltatt. For å gjøre prosjektet mer håndterlig, ble målgruppen helsesøstre og psykiatriske sykepleiere valgt. Dette ut fra at undersøkelsen hadde et sykepleieperspektiv. Helsesøstre ble valgt på grunn av den fordypningen de har i sin videreutdanning i helsefremmende og forebyggende arbeid og kunnskaper om ungdom. Dessuten fordi de ved sitt arbeid i skolehelsetjenesten kommer i kontakt med alle elever i ungdomsskolen. De vil også ved sitt lavterskeltilbud i videregående skole og helsesta-

sjon for ungdom komme i kontakt med mange av de ungdommene som har psykiske helseproblemer. Psykiatriske sykepleiere har spesialkompetanse i psykisk helsearbeid og er i flere kommuner med i det tverrfaglige samarbeidet overfor ungdom.

Gjennomføring

Studien ble gjennomført i tre kommuner i Hedmark, der kriteriene var to land- og en bykommune. Kommuner skulle være så store at det var minimum fire deltagere i hver fokusgruppe blant nevnte yrkesgrupper og at de fleste i gruppen jobbet relatert til ungdom. Til sammen deltok seks psykiatriske sykepleiere (inkludert en vernepleier og en som ikke hadde videreutdanning i psykisk helsearbeid) og åtte helsesøstre. Utvalgskommunene ble foreslått av seniorrådgiver, psykisk helse, Sosial- og helseavdelingen, Fylkesmannen i Hedmark, ut fra ovennevnte kriterier. Kommunenes ledelse ble tilskrevet og forespurt om rekruttering til gruppene (vedlegg 3). De videreformidlet brevet til aktuelle etatsledere. Jeg tok kontakt med disse og fikk rekruttert aktuelle informanter til intervjuene.

3.3 Analyse

Analysen har til hensikt å gjøre datamaterialet tilgjengelig for tolkning. Denne vil primært avhenge av forskeren og de spørsmål som blir stilt i begynnelsen av prosjektet. Gjennom en åpen og kritisk refleksjon ønsket jeg å synliggjøre tema, mønstre og sammenhenger i de data som forelå. Den kvalitative analysen startet allerede under gjennomføringen av intervjuene (Kvale, 1997).

Intervjuene ble tatt opp digitalt og lagret i passordbeskyttet PC. Hvert intervju ble skrevet ut verbatim. I tillegg hadde jeg håndskrevne notater fra den assisterende moderatoren ved fokusgruppeintervjuene. Analysen har i hovedsak fulgt Graneheim og Lundmans (2004) prinsipper for kvalitativ innholdsanalyse.

Alle seks intervjuene ble gjennomlyttet og lest flere ganger for å få et helhetsinntrykk av datamaterialet. I dette arbeidet jeg aktivt for å bevisstgjøre min forforståelse og teoretiske referanseramme. Ut fra oppsummering av mine inntrykk, ble det naturlig å dele intervjuene inn i tre analyseenheter. Disse var ganske lik spørsmålene ved første intervjurunde.

Hver analyseenhet ble gransket for seg for å identifisere meningsenheter (meningsbærende deler av teksten). Dette var som oftest meninger eller stykker av teksten som hørte sammen. Eksempler på slike var: «*ungdommer som trives og får til hverdagene sine*» og «*ungdommer som har gode mål og får det til*». Disse ble kodet, det vil si gjort kortere og mer håndterlige, samtidig som meningen i dem ble beholdt. Ut fra kodene ble kategorier og underkategorier identifisert ved at koder ble slått sammen og gitt egne navn. I eksempelet over, ble kategorien «*god psykisk helse*» og underkategorien «*ungdommer som mestrer*». Kategoriene ble deretter validert mot de transkriberte intervjuene. Eksempler på utsagn som presenteres i resultatdelen, er med og validerer kategoriene. Flere kategorier ble senere slått sammen til temaer. Her ble temaet «*Ungdommers psykiske helse*».

3.4 Etiske refleksjoner

Etiske refleksjoner vil inngå som en del av hele studien og knyttes til alle deler av denne. Som forsker vil jeg ha fokus spesielt på tre forhold; det vitenskapelige ansvaret, forholdet til informantene og det å ivareta en uavhengighet som forsker (Kvale, 1997). Hummelvoll (2004) utdyper det ved å si at en etisk refleksjon skal sikre informantenes autonomi, at forskningen er til nytte, at den ikke er til skade for informantene og at den yter informantene rettferdighet. Thagaard (2009) presiserer dette ved at i analysen og presentasjonen av datamaterialet er det viktig å beskytte informantenes integritet.

Studien har ansatte i kommunehelsetjenesten som målgruppe og trenger ikke godkjenning av Regional komité for medisinsk forskningsetikk (REK I). Prosjektet er godkjent av Personvernombudet for forskning, Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste AS (vedlegg 4). Det er ikke opprettet personregistre. Alle opplysninger er behandlet konfidensielt og personer er anonymisert i rapporten. Det er valgt å ikke bruke navn på kommunene, og

det skal ikke være mulig å identifisere personene som har vært med på intervjuene. Disse fikk på forhånd tilsendt informasjonsskriv der undersøkelsen var beskrevet og rett til frivillig deltagelse tydeliggjort.

3.5 Metodisk refleksjon

Valg av forskningsmetode ble gjort med utgangspunkt i hvilken metode som best ville besvare studiens problemstilling. Etter min mening var fokusgruppeintervju godt egnet som metodisk tilnærming. En annen metode kunne vært intervjuer. Mye av det rike tilfanget som kom ved gruppediskusjoner ville da kunne gått tapt.

Studien ble gjennomført med tre grupper med fire og fem deltakere. Det ideelle antallet deltakere ved fokusgruppeintervjuer blir ofte beskrevet som seks til ti deltakere. Diskusjonen i de ulike gruppene var konstruktiv med felles og ulike synspunkter og erfaringer, slik at jeg antar at så få i gruppen ikke har svekket resultatene nevneverdig.

Intervjuene ble gjennomført slik de var planlagt. Det tekniske utstyret fungerte bra unntatt ved et intervju der siste del av intervjuet ikke ble tatt opp. Dette ble oppdaget raskt etterpå, og sammendrag av intervjuet fra bånd og notater ble sendt informantene samme dag for eventuelle påfyllinger. Intervjuguiden fungerte bra ved alle intervjuer. Under intervjuene hadde jeg høy bevissthet angående min egen faglige forståelse og dermed stimulerte informantene til egne refleksjoner gjennom korte oppfølgende spørsmål. Assisterende moderators avsluttende oppsummering ved hvert intervju og informantenes kommentarer til denne var med og bidrog til studiens reliabilitet (Kvale, 1997).

Reliabilitet og validitet

God reliabilitet kan knyttes til om kvaliteten på forskningen er utført på en pålitelig og nøyaktig måte. Konteksten for innsamlingen av data og relasjonen til informantene kan influere på den informasjonen som ble samlet. Intervjuutskriftene ble fortløpende analysert og tolkninger/ spørsmål ble ført tilbake til gruppene. Dette kunne være data som trengte ytterligere utdypninger eller presiseringer. Etter alle intervjuer ble sammendrag av disse sendt

tilbake til informantene. Andre møte med gruppene startet med en oppsummering av første møte. Ved disse kontrollene og ved å være godt forberedt i gjennomføringen av studien styrker dette reliabiliteten på studien.

I følge Malterud (2003) handler validitet om å stille spørsmål ved kunnskapens gyldighet. Kvale (1997:165) sier at:

I en bredere tolkning har validitet å gjøre med i hvilken grad en metode undersøker det den er ment å undersøke, i hvilken grad våre observasjoner faktisk reflekterer de fenomener eller variabler som en ønsker å vite noe om.

Han beskriver videre hvordan validitet ivaretas gjennom en undersøkelse. Validiteten knyttes til studiens teoretiske for forståelse, metodevalg, informantenes troverdighet og intervjuers kompetanse, kvaliteten på det transkriberte materialet, kvaliteten på analysen, hvordan forskers konklusjoner prøves ut på informantene og hvordan den endelige rapporten makter å gi en gyldig beskrivelse av studiens funn. Validitetsvurderingen knyttes slik sett til hele gjennomføringen.

Fagermoen (2005) fremhever at det fremste kvalitetskriteriet i kvalitative studier er validitet. Hun deler denne inn i to kategorier som er indre og ytre validitet. Indre validitet omhandler hvor korrekt forskningens funn er i forhold til fenomenet en ønsker å kartlegge. Ytre validitet handler om i hvilken grad funnene kan generaliseres til andre omgivelser som ligner på de omgivelser forskningen ble gjennomført i.

Den indre validiteten knyttes til planlegging, gjennomføring og etterarbeid ved prosjektet. Var valg av forskningsfelt og utvalg de mest hensiktsmessige for studien? Var valg av forskningslitteratur og teori den som best kan belyse funnene? Å oppnå dette vil kreve mye mer enn hva rammene for denne studien var. Likevel ble det søkt etter ny forskning, litteratur og statlige føringer som dekker feltet.

I fokusgruppene ble validiteten ivaretatt ved *intersubjektiv validering* gjennom hele intervjuet. Intersubjektiv validering kan gjøres ved å spørre: «Har jeg forstått deg riktig når du sier at ...» når noe virket uklart. Informantene

fikk da en mulighet til å bekrefte eller avkrefte intervjuerens tolkning. Ved oppsummeringen av hvert intervju ble det åpnet for innspill til eventuelle korrigeringer av innholdet.

Tidlig i analyseprosessen ble denne lagt frem på Høgskolens forum for praksisnær forskning der det ble gitt nyttige innspill i forhold til den videre prosessen. Loggbok er ført hele perioden fra prosjektets ide til rapporten er ferdigskrevet.

Under hele prosjektperioden har jeg mottatt kvalifisert og nyttig veiledning. Veileder har lest transkribert materiale og gitt konstruktive innspill ved analysen og utarbeiding av rapporten. Den indre validiteten er styrket ved dette.

Ytre validitet handler om funnene kan knyttes til gjenkjennelse. Lesere med kjennskap til temaet som studeres skal kunne kjenne seg igjen i de resultatene som formidles i teksten (Thagaard, 2009). Jeg mener at studiens funn har betydning også ut over de kommuner som er med i undersøkelsen.

4.0 HELSESØSTRES OG PSYKIATRISKE SYKEPLEIERES BESKRIVELSER AV UNGDOMMERS PSYKISKE HELSE

I dette kapitlet presenteres resultatene fra helsesøstre og psykiatriske sykepleieres beskrivelse av ungdommers psykiske helse og noe drøfting av disse. Beskrivelsene av ungdommenes psykiske helse varierte på et kontinuum fra god psykisk helse, til periodevis ubehag, via lettere psykiske vansker og til manifeste psykiske lidelser som er diagnostisert.

Informantenes opplevelse presenteres i fire områder, nemlig informantenes

- beskrivelse av ungdommers psykisk helse
- beskrivelse av ungdommer med atferdsproblemer og selvskading
- beskrivelse av ungdommers forhold til familie og venner vedrørende psykisk helse
- beskrivelse av ungdommers forhold til skole vedrørende psykisk helse

I de to første punktene presenteres informantenes beskrivelser av ungdommene selv og i de to siste punktene ungdommenes forhold til andre. Dette er i tråd med Wichstrøm og Kvaalem (2007), som hevder at utvikling i tenårerne foregår i et system av gjensidig påvirkning mellom individet selv, nære sosiale relasjoner og samfunnet. Det samme uttrykkes også i Veilederen

«Psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunen» som sier at den psykiske helsen påvirkes av både individuelle, familiære og samfunnsmessige faktorer (Sosial- og helsedirektoratet, 2007).

I denne presentasjonen defineres individet som ungdommen selv og nære sosiale relasjoner som familie og venner. En viktig beskyttelsesfaktor for unge er:

Foreldres varme og utviklingsstøttende omsorg, foreldres deltagelse og interesse i barns liv, konsistens i oppdragelse, foreldre som tillater barnet å motta hjelp fra andre og som selv får god sosial støtte fra naboer, venner og familie (Sosial- og helsedirektoratet, 2007:19).

Vennerelasjoner opptar mer og mer av ungdommenes sosiale liv, samtidig som de fristiller seg mer fra voksnes kontroll og veiledning i ungdomstiden (Wichstrøm & Kvalem, 2007). De jevnaldrende har en fundamental plass i sosialiseringprosessen. Sosialt nettverk som preges av støtte, tilhørighet i gruppe, samfunnsstrukturer som gir muligheter for mestringsstrategier og inkludering i skole og arbeidsliv er viktige momenter i forhold til ungdommenes nettverk og samfunn.

4.1 Beskrivelse av ungdommers psykiske helse

Ungdomsgruppen består av enkeltindivider og det er disse som i de fleste sammenhenger er utgangspunktet for informantenes erfaringer, selv om resultatene viser deres opplevelser av ungdommers psykiske helse på gruppenivå. De beskriver at majoriteten av ungdommene har det bra, men at de som helsearbeidere ofte møter dem som sliter. *«Men problemet for oss som jobber med det, er jo at det er disse vi ser.»* En annen reflekterte over dette ved:

Jeg har jo jobbet i 4 år nå med ungdom og har hatt et bilde av at alle ungdommer i hele kommunen sliter noe forferdelig. Og så har jeg begynt å jobbe litt i skolen og får et helt annet bilde, men det gjør det ikke noe lettere for de som sliter.

De opplever at det er flere og flere som sliter, og at det er et økende antall som oppsøker helsestasjon for ungdom og skolehelsetjenesten. At disse tilbudene er blitt mer kjente, kunne også være en årsak til dette. Et annet viktig moment flere av dem var opptatte av, var at det kanskje blir større og større gap mellom de som sliter og de som har det bra.

Jeg velger her å presentere informantenes opplevelser av ungdommer med god psykisk helse og ungdommer med psykisk uhelse hver for seg i tabell:

Tabell 2: Profesjonelles oppfatning av ungdommers psykiske helse

Kategori	Underkategori	Eksempler på utsagn
God psykisk helse	Ungdommer er selvsikre	<ul style="list-style-type: none"> - «Erfaringen generelt sett så har jo ungdommene ganske god helse.» - «At ungdommene trives og at de får til hverdagene sine.»
	Har rimelig trygg identitet	<ul style="list-style-type: none"> - «Da tenker jeg sånn at da er man selvsikker på seg selv eller i forhold til identitet. At man er sikker på hvem man er og hva man kanskje er.»
	Ungdommer som mestrer	<ul style="list-style-type: none"> - «Jeg har det inntrykket av de ungdommer jeg har møtt, og i det samarbeidet jeg har hatt, at de har mye ressurser og gjerne vil komme seg videre.» - «Jeg opplever mange flinke ungdommer som har gode mål, som streber og får det til.» - «De driver med ting i fritiden som de synes er artig og som de får til.»
	Ungdommer med endringsevne og motivasjon	<ul style="list-style-type: none"> - «At de er villige til å ta i mot hjelp og gjøre noe.» - «Motivasjonen handler jo om å gå fram til et mål.»
	Ungdommers psykiske helse svinger mye	<ul style="list-style-type: none"> - «Det skal lita tue til for å velte store lass, har jeg inntrykk av i blant. Så de lever litt i nuet.»
Psykisk uhelse	Ungdommer som sliter mye	<ul style="list-style-type: none"> - «Men det som jeg oppfatter er at de som sliter, er de som har en diagnose og som ikke passer inn.» - «Det er de som er virkelige dårlige, og som jeg tror sliter fælt.» - «De som har ingen de kan stole på og som sliter veldig sosialt.»
	Ungdommers sårbarhet	<ul style="list-style-type: none"> - «Og så tror jeg at det er en del ungdom som er veldig sårbare og som føler de ikke blir sett.» - «Jeg har hatt en del ungdommer som har vært usikre på seg selv og på sin framtid.» - «Og det er ganske tøft for dem i hele tatt å skulle komme og fortelle at man har et problem.»
	Ungdommer preget av oppgitthet	<ul style="list-style-type: none"> - «Hva er vitsen? Det er så store krav og du skal være så vellykket på alle mulige måter.» - «Jeg har møtt flere, som ikke ser noen vits i å gå på skolen, ingen vits i å være der, litt mer oppgitte.»

De fleste ungdommer er selvsikre og har en rimelig trygg identitet

«Den psykiske helsa hos ungdommene er generell god eller ganske god» og «Jeg oppfatter mye frisk og flott ungdom» er to betegnende utsagn fra informantene. En underbygging av dette er at «*ungdom har god selvtillit og vet hvem man er*». Flere undersøkelser, som blant annet Ungdomsundersøkelsene fra 2004, bekrefter at ungdommer selv vurderer helsetilstanden som god eller svært god. Psykisk helse dreier seg ikke bare om fravær av psykiske problemer og lidelser, men også om «hensiktsmessig tilpasning spesielt gjenspeilet i å føle seg vel med seg selv, ha positive følelser om andre og evne til å møte livets utfordringer» (Wichstrøm & Kvalem, 2007:10).

Ungdommer som mestrer noe, har endringsevne og motivasjon

Ungdomstiden er en fase av livet der det skjer en stor utvikling både fysisk, psykisk og sosialt. Dette handler blant annet om forberedelser til å møte og mestre fremtiden som voksen. Dette gjenspeiler seg i helsesøstre og psykiatriske sykepleieres beskrivelser som «*At de mestrer litt den psykiske helsa, og de mestrer skolen i alle fall greit*» og «*De ungdommer jeg prater med som har drømmer, mål og planer for livet sitt, de er jeg ikke så bekymret for*». Haavet (2005) hevder at mestring er en erfaring av å lykkes med å takle utfordringer. En forutsetning for å mestre livets påkjenninger er å tåle motgang og kriser og ha evne til å beholde troen på seg selv også når ting går dårlig. Ungdommene håper å realisere sine mål, ønsker og verdier gjennom sine handlinger. Disse kan være både rettet mot eget liv og i forhold til samliv med andre. Informantene kom flere ganger tilbake til det sentrale ved ungdommenes motivasjon og endringsevne, selv om deres oppfatning av ungdommenes bevissthet angående dette varierte. Et eksempel på dette var: «*Men bare det å ha motivasjon til å gå og få hjelp. Da har du jo tatt et skritt*».

Ungdommers psykiske helse svinger mye

Et betegnende utsagn fra en av informantene som viste hvordan den psykiske helsetilstanden svingte var:

En annen ting og er jo at de svinger jo veldig og det har jo med ungdom å gjøre. De kan komme inn en dag og så er alt svart og så kan det gå ei uke eller to og så er det ikke så svart likevel.

En annen informant beskrev dette som at ungdom ikler seg ulike roller ved:

Jeg tenker vi har jo også disse som utad er sosial, har venner, har blidt ansikt og som kommer på kontoret og sier at nå ønsker jeg å dø. Det er akkurat som om de porsjonerer seg ut i forskjellige ting. De har venner og det der som holder dem flytende i hverdagen. «Men når jeg kommer alene, så er jeg faktisk så alene at jeg ikke har noe håp om noen ting». For oss, for meg som sitter og prater mye alvorlig med dem, så synes jeg at det er ikke bare elendighet hele tida.

Ungdomstiden er preget av store endringer der humøret svinger, og følelsene blir sterkere og for mange mer kaotiske. For de aller fleste er det stor utviklingsmessig forskjell mellom en 13-åring og en 19-åring angående kroppens utseende, måte å tenke på og sosial kompetanse. Denne utviklingen skjer ikke med et kontinuerlig tempo og likt for alle (Wichstrøm & Kvaalem, 2007).

Ungdommer som sliter med psykisk uhelse

At det var så mange ungdommer som hadde psykiske problemer, hadde flere av informantene blitt overrasket over da de startet å arbeide relatert til ungdommer. En av dem beskrev det slik:

Jeg er liksom overrasket etter at jeg begynte å jobbe med ungdom for 3 år siden, over at det er så pass stor andel som sliter med alvorlige og mindre alvorlige psykiske problemer.

Ungdomsundersøkelsen (2004) viser at mellom 15 og 30 % av alle barn og unge i Norge har psykiske plager som påvirker deres funksjonsnivå. I alt 8 % av landets barn og unge har en psykisk lidelse som er behandlingstrengende. Dette stemmer bra med en helsesøsters erfaring som sa at «når det gjelder en ungdomskole på ca 350 elever, er det 20–30 elever der sliter med større eller mindre psykiske problemer».

Informantene møter alle typer ungdommer, fra de som hadde få problemer og til de som slet «fælt». Beskrivelse av ungdommene som slet varierte fra: «Jeg har merket vondter, veldig mye muskelsmerter, magevondt og hodepine

– *stress rett og slett*» til «*Jeg har inntrykk av at det kan være forholdsvis massivt hos noen få, de som er virkelig dårlige og sliter følt*». Lønne (2008) hevder at det er viktig å kunne skille mellom den tristhet, som er relatert til en naturlig modningsprosess, og en alvorlig klinisk depresjon.

En informant fortalte om ungdommer som slet med selvbilde, depresjon, identitetsproblemer og uspesifikke problemer. Informantene var opptatte av at ungdommene var i en utviklingsprosess og at det var viktig å møte alle, men også at noen hadde større behov enn andre. En informant som arbeidet med selvmordsforebygging, erfarte at de som har prøvd å ta livet sitt er yngre enn de var tidligere, helt ned i 14 til 16 år.

Ungdommers sårbarhet

Sårbarhet var et viktig tema for informantene og spesielt det å være litt annerledes kunne slite på mange ungdommer. Dette førte ofte til mye usikkerhet i forhold til «*hvordan gripe dette an i forhold til sitt eget liv*», og de erfarte at disse ungdommene ofte trengte mye støtte. En bekymring angående dette var: «*Synes å se at de som har vansker på en eller annen art gjør at det fester seg ting som gjør at de får psykiske problemer senere*». For mange ungdommer kunne det være frustrerende å kjenne seg svak og sårbar. De kjente kanskje ikke igjen seg selv helt. De ønsket å dekke over sin egen sårbarhet og usikkerhet ved å ta på sminke, de riktige klærne, og en maske av uberørthet eller en holdning som virket avvisende. De fleste unge er redde for å svikte andre. Det er en utbredt oppfatning at man skal være psykisk sterk og ikke vise for mye sårbarhet.

Dette støttes også av Lindholm (1998) som fant at begrepet sårbarhet var et fruktbart nytt begrep å utvikle. Denne sårbarheten hos unge kan være økt på grunn av tidligere opplevelser og erfaringer, for eksempel manglende støtte fra foreldre, uheldige erfaringer fra barnehager, vold og overgrep. Slike erfaringer kan gjøre ungdommer ekstra sårbare i en sårbar fase i livet (Haavet, 2005). Dette støttes av Nordahl et al. (2005) som fant at hos mange unge finnes en sårbarhet som kan være relatert til tidligere trusler, krenkelser eller tap og oppleves som en lidelse. Fysiologiske, psykiske og sosiale endringer medfører økt sårbarhet og krav til tilpasning i ungdomstiden.

Ungdommer preget av oppgitthet

Flere av informantene benyttet begrepet oppgitthet om noen av sine møter med ungdommer. Et utsagn de da kunne møte var: «*Hva er vitsen?*». Ungdommer som ikke så noen hensikt med noen ting, som ikke hadde drømmer eller som ikke brydde seg, bekymret dem. Disse ungdommene var det «*vanskelige å ta tak i og hjelpe, for det er ingenting å ta tak i*». Ungdommene kunne oppleve store krav til å være vellykket på de fleste områder. En informant hadde erfart at dette var mer utbredt blant gutter enn blant jenter, spesielt i forhold til skolegang. Hun mente at jentene som regel hadde flere planer og så litt mer lyst på livet. Lindholm (1998) beskriver at meningsløshet kan betraktes som uheld.

4.2 Beskrivelse av ungdommer med atferdsproblemer og selvskading

Flere informanter hadde erfaringer der de beskrev ungdommers psykiske helse som «*avvikende fra det normale*». Her presenteres dette som:

- Ungdommer med atferdsproblemer
- Ungdommer med selvskading

Ungdommer med atferdsproblemer

Informantene beskrev at de opplevde at noen ungdommer hadde store atferdsproblemer. De hadde erfart at årsaken til slik atferd varierte. En helsesøster beskrev «*at en ungdom opplever krig både hjemme og på skolen*».

En informant mente at dette opplevdes ulikt for gutter og jenter:

Der tror jeg guttene er «flinkere» til å be om oppmerksomhet ved å være utagerende. Det er bedre å få negativ oppmerksomhet enn ingen oppmerksomhet.

Sørli (2000) fant at forskningen på tvers av land og ulike typer studier viser at atferdsproblemer gjennomgående forekommer klart hyppigere blant gutter enn blant jenter.

En av informantene brukte betegnelsen «*outsider eller klovn*» om disse guttene slik:

Jeg tror ofte at de klovnene som vi ser er en del av de med utagerende atferd. Hvilket behov har de ikke fått dekket og som de derfor forsøker å få dekket? De har det ofte ikke lett psykisk mange av dem. Men det er deres uttrykksform.

Nordahl et al. (2005) skriver at gutter tenderer mer mot konfronterende og utagerende atferd, mens jenter generelt er mindre konfronterende.

Ungdommer med selvskading

At flere ungdommer skadet seg selv, var en erfaring informantene hadde. Noen ungdommer kunne ofte ty til dette når følelsene ble for vanskelige å håndtere. Enkelte ungdommer påførte seg smerte for å se hvor mye de tålte, andre gjorde det for å få kontroll over kroppen sin. Når presset ble for stort, kunne ungdommene avlede dette ved å rispe, kutte eller slå seg slik at den fysiske smerten tok oppmerksomheten. Flere ungdommer så ikke på dette som noe problem, men som en hjelp. Grensen for det normale og det sykelige gikk ved kontroll. Så lenge de mente at de selv kontrollerte skadene, var det greit.

Informantene opplevde flest jenter som skadet seg selv ved eksempelvis risping på armer og lår og dette støttes av Wichstrøm og Kvaalem (2007). Noen skjulte selvskadingen mens andre viste fram skadene i klassen. Gutter i ungdomskolealder kunne vise dette ved å: «*kjøre seg selv fysisk hardt eller spille rått ved ishockey, fotball eller sykling, der de fort kunne skade seg*». Hvis informantene spurte guttene om når de gråt, så svarte de at det var når de ble skadet på håndball- eller fotballbanen for da var det lov. De trodde at «*mange kjørte denne litt som en form for selvskading. Når en har det vondt da er det legitimt å få gråte litt, når en har blitt taklet hardt for eksempel*». Flere informanter beskrev at de hadde flere tilfeller av selvskading blant gutter, men at dette skjedde mer i det skjulte. Haavet (2005) hevder at selvskading i form av kutting, risping eller brennemerking med sigaretter er et økende problem, og kan i likhet med selvmordsforsøk og selvmord smitte blant unge.

Informantene opplevde at en del ungdommer var svært opptatte av hvordan kroppen så ut. Noen har et dårlig forhold til kroppen og tenker på hvordan de eventuelt kan endre den. De fleste hadde erfart ungdommer med spiseproblemer, selv om det var få blant disse som var alvorlige nok til oppfylle de diagnostiske kriteriene for spiseforstyrrelser.

En annen stor utfordring som flere nevnte i forhold til selvskading var rusproblemer i ungdomsmiljøet:

Men jeg tenker også litt sånn det er miljøfaktorer i dette her og når vi snakker om rus. Jo, jeg tenker at det er liksom sånn at rus det er allment at det er slik at man skal da drikke. Og hvis man ikke drikker, så blir man altså en slags outsider og må ta den støytten. Jeg tror også at det er lett å få tak i dop, så det påvirker den type ungdommer som ønsker å prøve.

Informantene var oppmerksomme på at de tidlig burde identifisere ungdommer som eksperimenterer med rusmidler. Det var mange atferdsmønstre eller handlinger som kunne være kjennetegn på et begynnende problem. Eksempler på dette kunne være sosial mistilpasning på skolen, lave faglige prestasjoner, skulking, lovbrudd, selvdestruktiv atferd, aggresjon og angst. Det er derfor viktig å være bevisst på denne problemstillingen tidlig (Sosial- og helsedirektoratet, 2007). Informantene var bekymret når ungdom ruset seg, både i forhold til konsekvenser av rusbruken, men også fordi rusbruken kunne være indikasjon på andre problemer, deriblant psykiske vansker og lidelser. Wichstrøm og Kvaalem (2007) fant at misbruksproblemer oftest rammet ressursvake og problembelastede grupper. De beskriver også at ugunstige oppvekstforhold, sviktende foreldreomsorg, tidlige tilpasningsvansker og psykiske problemer er veldokumenterte risikofaktorer i denne sammenheng.

4.3 Beskrivelse av ungdommers forhold til familie og venner vedrørende psykiske helse

Her presenteres hvordan helsesøstre og psykiatriske sykepleiere opplevde ungdommers relasjon til familie og venner relatert til sin psykiske helse. Dette deles inn i:

- Familiens betydning for ungdommene
- Ungdommer som symptombærere i familier som sliter
- Venners betydning for ungdommene

Familiens betydning for ungdommene

Informantene var opptatte av familien og da spesielt foreldrenes betydning for ungdommene de hadde kontakt med. De la vekt på at de aller fleste ungdommer opplevde god støtte i familien. Lindholm (1998) fant at den ytre ramme for livet med nærende og bekreftende familierelasjoner, som gir rom og begrensninger, har stor betydning for den unges nåtid og fremtid. Hun viser videre til at tidligere studier har løftet fram at hjemmets fellesskap gir de unge livskraft om den karakteriseres av tillit, trygghet og omtanke med klare regler for hva som er tillatt.

Familien brukes ofte synonymt om et nært og personlig felt hvor det er mulig å være hel og ikke stykkevis og delt. Selv om familien er forbundet med medlemskap og tilhørighet til en helt spesiell gruppe, organisasjon eller klan, så er familien på ingen måte utenfor samfunnet, men en integrert del av dette (Leira & Ellingsæter, 2004). Haavet (2005) beskriver at foreldre som er nære og følger med i den unges liv, lytter og viser respekt for den unges meninger, bidrar kanskje aller mest til den unges mestring.

Informantene viste til at hos flere av ungdommene med massive problemer var det lite ressurser i de nære omgivelsene. De opplevde mange ungdommer som savnet voksenkontakt. «*De hadde mor og far, men de var ikke der*». Deres opplevelse var at de nærmeste i slike tilfeller hadde problemer med å se ungdommenes behov. De la sterk vekt på at ungdom som slet trengte «*å ha noe godt i ryggsekken for på en måte å ta seg videre. Dette er alfa og omega*». Foreldre utgjør en hoveddimensjon i de unges liv. De er for de fleste ungdommer noe som er stabilt i ungdomstiden. Tilstedeværelse av støttende foreldre viser seg å være en sterk positiv faktor i undersøkelser om unge menneskers helse.

En informant uttrykte at «*Det er mye rare familiekonstellasjoner. Har sagt at jeg ikke skal bli forundret, men blir det likevel*». Flere av ungdommene hadde uttrykt at de ikke lenger stolte på de voksne. En av de andre informantene beskrev noen ungdommers forhold til foreldre slik:

Og så tror jeg bare det at det er en del ungdommer som er veldig sårbare og som føler de ikke blir sett hjemme. Da kan det både være en følelse og en realitet. For noen kan det kanskje bare være en følelse, men for andre er det begge deler. De gir uttrykk for at hvis de bare ser dem og lytter til dem, så kan det være bra.

Informantene opplevde at noen ungdommer som de hadde kontakt med hadde anstrengt forhold til foreldrene og kunne hevde at når foreldrene ikke hadde vist interesse for dem de første 16 årene, «*så det er ingen vits i at du skal snakke med dem nå. Det blir bare bråk, det blir bare tull*». Et annet utsagn om foreldreholdningen var følgende:

Tror at ungdommer trenger voksne som ser dem og vet å sette pris på dem, og som kan være voksen samtidig, for vi voksne skal lett være så kule, og i dag skal bestemor nesten være mer utfreaka enn barnebarnet, og det gir litt feil signaler.

Borge (2003) hevder at verdien av å vokse opp i en harmonisk familie er udiskutabel. Men ungdommer kan få en sunn utvikling selv om de vokser opp i familier som gir risiko for psykiske problemer. Med familierisiko mente hun ugunstige situasjoner som ungdommer opplever i forbindelse med alvorlig vedvarende krangel mellom omsorgspersoner, rusmisbruk, omsorgssvikt og opphold i institusjoner med ekstremt dårlig kvalitet.

Lindholm (1998) fant at tillit i relasjonen til foreldrene hadde større betydning for opplevd helse blant ungdommene enn relasjoner til venner.

Noen informanter syntes å se at for en del av de ungdommene som slet og hadde lite støtteapparat, kunne informantene selv bli en del av dette apparatet. Men de kunne ikke være tilgjengelig hele tiden for dem.

Ungdommer som symptombærere i familier som sliter

Alle informantene var opptatte av utfordringen ved å hjelpe ungdommer som opplevde «*krig hjemme*». Hvordan kunne de hjelpe når ingen hjemme tok ansvar? Ofte kunne ungdommen få skylda for at de var umulige, men hvor var den egentlige årsaken?

Jeg kan jo godt tenke at ungdommer har vidt forskjellige motiv for å oppsøke hjelp i forhold til at man er bærer av visse symptomer, kanskje ufrivillig, i en familie. Og da hjelper det lite å behandle den ungdommen?

Informantene erfarte at flere ungdommer var ufrivillige bærere av ulike symptomer i familien. Ofte beskyttet de sine foreldre, og foreldrene syntes det var greit, og da kunne «*det være veldig vanskelig å få hull på byllen*». Men noen ganger skjedde det likevel. Killén (2004) hevder at ungdommer har sterk lojalitet overfor sine foreldre og søker ofte å tildekke overfor resten av verden hvordan de egentlig har det.

Informantene hadde fått større fokus på å være ekstra oppmerksomme på risikogrupper som for eksempel hvor foreldrene har psykiske problemer, rusproblemer eller i innvandrerfamilier. Et annet utsagn som utdypet dette var:

For noen ungdommer er det mer rett inn i sånn diagnose, mens andre er det mer sånn diffuse og da er det ofte sånn mer familiære, skilsmisseproblematikk, venner, økonomiproblemer i familien hvordan det kan spille en rolle.

Skilsmisseproblematikk og mye krangling i hjemmene opplevde flere informanter slet på ungdommer. Dette støttes av Borge (2003) som fant at åpenbar krangel mellom partene hadde sterkere sammenheng med psykiske problemer hos barna enn ekteskap som bar preg av apati og avstand. Thuen (2001) fant at barn som opplevde en skilsmisse, har høyere risiko for å utvikle psykososiale problemer enn andre barn. Skilsmisser kan også føre til at ungdommer får flere hjem å forholde seg til, foreldrekonflikter og savn (Nordahl et al., 2005).

Flere av informantene erfarte også ungdommene uttrykte at foreldrene hadde det så veldig travelt: «*de er på alle kanter*». Tiden preges av mange aktive familier med høyt tempo, lite hvile og få samlingspunkter. Helland og Mathiesen (2009) fant at det var klare sammenhenger mellom ungdommers psykiske helse og familieforhold. Av betydning var både foreldrenes symptomnivå, familiens sosiale levekår og kjennetegn ved familiens indre liv.

Venners betydning for ungdommene

Informantene erfarte at ungdommen selv ofte gikk til venner først når de opplevde noe som stresset eller plaget dem. Venner hadde stor plass i de fleste ungdommenes liv.

«At de har venner, at de trives og at de lykkes i hverdagene sine», og «at de driver med ting i fritiden som de synes er artig og som de får til». Dette var to typiske utsagn i forhold til ungdommer som informantene opplevde hadde god psykisk helse. Dette støttes av Haavet (2005) som fant at de unge orienterer seg i horisontalplanet mot sine jevngamle. I gruppen med den fjerdeparten av ungdom som er i høyest risiko for sykdom, er det å ha gode venner et av de fremste kjennetegnene hos unge som klarer seg mot alle odds. Han hevder også at gode og positive venner er et tilleggsgode og kompensierer for manglende voksenkontakt for unge i de mest utsatte risikogruppene. I tillegg til at vennerelasjonene opptar mer av mange tenåringers sosiale liv, så vil tilbaketrekningen fra voksne medføre at vennegruppen fungerer mer fristilt fra voksnes kontroll og veiledning (Wichstrøm & Kvalem, 2007).

Informantene fremhevet at mange ungdommer var veldig flinke til å støtte hverandre, og at de sa i fra hvis noen har problemer. Men dette var avhengig av kunnskap og hvor akseptert ungdommen var i venneflokken. Det ble også tatt fram at det var noen som valgte å være utenfor gruppa og *«som faktisk tør å være litt sånn outsider»*. For mange ungdommer var det viktig å være flinke og ikke tyste på hverandre. De var styrt av en streng vennemoral der lojalitet var første bud som blant annet bandt dem til taushet selv om de så at en venn trengte profesjonell hjelp. En slik lojalitet kunne føre til *«at man hadde mobilen på så å si hele døgnet rundt så at man skal være tilgjengelig og nesten ikke tør å sove fordi at man er redd for at venninna eller kameraten skal ringe»*. Informantene var opptatte av at venner ikke burde gå inn i terapeutroller, og at venner ikke har taushetsplikt. De opplevde at det var jentene som lettest snakket sammen om følelser og personlige forhold. Noen hadde også erfart at *«at gutter kan bruke jentevenner til å snakke om en del sånne ting»*.

Betydningen av å ha en bestevenn videreføres fra barndommen inn i ungdomstiden, men med et delvis nytt innhold, der lojalitet og intimitet er to sentrale kjennetegn på et godt vennskapsforhold. Mathiesen (2007) fant at

sosial støtte fra venner var den egenskapen ved forholdet til andre som klarer bidro til god psykisk utvikling og fungering. Lindholm (1998) hevder at å ha venner eller omgås noen sees som en kilde til livskraft hos de unge. Det at venner er så utrolig viktige, er også knyttet til behovet for å bli sett. Hvilke venner de går til, hvor de liker å oppholde seg og valg av fritidsaktiviteter kontrollerer de som oftest selv.

4.4 Beskrivelse av ungdommers forhold til skole vedrørende psykisk helse

Skolen var en av de viktigste møtearenaene for informantene relatert til ungdommer. For en helsesøster kunne møte med dem fortone seg slik:

Jeg kan se dem på kontoret hos meg på skolen, og så ser jeg dem på gata sammen med venner. Og så tenker jeg, åh, de har et nettverk. Altså er det som om de deler seg opp litt noen ganger, og noen av dem overlever på det. At vi har det sosiale livet, jeg klarer meg på skolen, jeg har venner, men jeg må også ha noen til å hjelpe meg med det jeg synes er vanskelig. Jeg synes jo det at en måte å overleve på om det ikke er den beste, så om det er svart, så er ikke alt svart.

Dette opplevde en helsesøster og flere av hennes kollegaer gjaldt spesielt i ungdomsskolen. De erfarte også at jenter sa «nå må jeg ut på gangen med venninna mi for nå sliter hu». Å følge venninner ut på gangen kunne innebære flere negative følger for dem, som blant annet mye fravær. De så også noe av dette i den videregående skolen. De var opptatte av at mange venninner påtok seg et for stort ansvar og at noen måtte sette en grense for dette ved å koble inn andre. Dette fenomenet opplevde de hadde økt de siste årene. De oppfattet at dette var et jentefenomen og at det var «ikke så ofte du ser at gutter tar med seg to, tre kamerater ut på gangen i skoletida altså, selv om det er ingen tvil om det er så at gutter også sliter». Et betegnende utsagn fra en informant var:

Jeg jobber ved videregående og har stort sett erfaring med jenter. Det er i all hovedsak jenter jeg møter, deprimerte jenter med selvskadende atferd og da ikke nødvendigvis kutting, men det kan gå på rus, det kan gå på seksualitet og veldig mange ting. Lærerne ser at det er mange gutter som har problemer, men får dem ikke til å komme.

Flere av informantene mente at skolen var tilrettelagt mest for jenter, og at det var guttene som oftest falt utenfor, hadde andre problemer og var mest synlige. Og i den grad gutter tok kontakt, så «*var det noe*»:

Guttene gjør mest ut av seg, mens jentene sliter ofte med psykiske vansker uten at det blir lagt merke til, og kanskje når man kommer på videregående har det blitt utviklet såpass mye at man tør søke hjelp, mens guttene er fortsatt mer umodne, og det kanalisere seg på andre måter.

De stille jentene som gjorde lite ut av seg, bekymret flere informanter. De kunne ha problemer som de ikke meddelte andre. Disse fikk de sjelden meldt fra lærerne. Stille jenter kan være tegn på innagerende atferd. Denne kjennetegnes av nervøs og hemmet atferd. Dette behøver ikke være problem for miljøet, men for ungdommen selv. Å våge å se og forholde seg til noe som utfordrer en selv og en kultur der det å svare, være aktiv, sosial og frampå er idealer, kan være svært utfordrende for den enkelte voksne og den enkelte ungdom (Lund, 2005).

I en kommune var det også flere skoleungdommer som var hybelboere og ikke hadde noe nærapparat rundt seg. De hadde forsøkt å etablere tilbud til disse, men de ble svært lite benyttet. Dette bekymret noen av informantene.

Skolen er den unges fremste kontakt med storsamfunnet. Miljøet på skolen er av stor betydning for den unges helse. Det er dokumentert at kvaliteten på miljøet på ulike skoler varierer betydelig, og at for eksempel andelen deprimerte elever samvarierer sterkt med miljøet på skolen. I Oslo rapporterte ti ganger så stor andel av elevene på de dårligste skolene om psykiske helseproblemer som de på de beste skolene (Haavet, 2005).

En informant var bekymret for hvordan kommunen prioriterte ressurser for ungdommer med problemer i skolen og hadde følgende utsagn:

Da er det gjerne at man kutter ned på timer som man ofte har krav på, men noen foreldre som ikke alltid er så ressurssterke, står ikke på kravene, man setter personer som ikke er utdannet og har minst mulig lønn til de vanskeligste oppgavene.

Noe annet som bekymret flere var at noen skoler hadde gått ut med at de hadde nulltoleranse i forhold til ungdommer som slet med sin atferd. Dette merket de spesielt i ungdomskolen.

Noen informanter var også opptatte av det store presset på å framføre og stå foran forsamlinger som en del ungdommer taklet dårlig. De grudde seg veldig og det var et press for dem. Det var sjelden lærere tok opp slike ting.

Ved en videregående skole hadde de gjennomført opplæringsprogram om psykisk helse, VIP (Veiledning og Informasjon om Psykisk helse hos ungdom). Der opplevde de i etterkant at lærerne sa at det hadde skjedd noe med elevene. De hadde blitt mer åpne og kunne fortelle mer hvordan de hadde det, også der det var familier som slet.

5.0 HELSESØSTRES OG PSYKIATRISKE SYKEPLEIERES BESKRIVELSER AV EGET PSYKISK HELSEARBEID I KOMMUNENE

Helsesøstre og psykiatriske sykepleieres opplevelser av egen kompetanse og sitt arbeid relatert til ungdommers psykiske helse i kommunen var sentrale temaer ved fokusgruppeintervjuene. Følgende temaer relatert til ungdommers psykiske helse presenteres og drøftes noe:

- informantenes opplevelser av egen kompetanse
- informantenes opplevelser av sitt arbeid
- informantenes opplevelser av samarbeid

5.1 Informantenes opplevelser av egen kompetanse

Informantene var bevisste på hva de hadde av kompetanse og hva de savnet ved denne. Ut fra deres beskrivelse vedrørende kompetanse, ble det naturlig å dele denne inn i:

- formell kompetanse
- erfaringskompetanse
- savner kompetanse

Formell kompetanse

Informantene, som alle hadde 15 år eller lenger arbeidserfaring etter sykepleierutdanningen, erfarte at det hadde vært lite fokus på psykisk helse til ungdom i deres grunnutdanning. «*Har hatt utrolig lite om dette i forhold til hva dette betyr videre i livet*». Den kompetansen som de hadde mest glede av fra grunnutdanningen var kommunikasjon: «*for det er jo det hele saken dreier seg om, å kunne snakke om ting*». At grunnutdanningen ikke gir nok kompetanse for sykepleiere til å arbeide med psykisk helsearbeid til unge, støttes av Andersson et al. (2006) sin undersøkelse som fant at 61 % av helsesøstre som ikke hadde tatt en videreutdanning, rapporterte behov for dette i sin praksis som helsesøster.

Flere informanter delte oppfatningen: «*Jeg synes at jeg har veldig lite med meg direkte på ungdom som målgruppe både fra sykepleierskolen og fra videreutdanninga*». Det eneste noen av dem husket angående dette var at «*norske ungdommer var friske*».

Helsesøstrene erfarte at «*den forebyggende kompetansen*» var svært nyttig for dem i det daglige arbeidet. Dette støttes av Andersson et al. (2006) som beskriver at helsesøstre er betydelig mer tilfreds med den kompetansen de har innen primærforebyggende og helsefremmende arbeid, enn innen psykisk helse hos barn. Informantene erfarte at evnen til å se helheten var en viktig lærdom fra utdanningene som de hadde med seg i sitt daglige arbeid, og som de i en del tilfeller savnet hos samarbeidspartnere.

Informantene var opptatte av at man behøvde den boklige lærdommen i bunnen, men at de ofte ikke visste hvilken konkret kunnskap de trengte før de var i de ulike arbeidssituasjoner. De hadde også erfart at utdanningene «*ga de en viss kompetanse som ikke eksakt passer dit du kommer. Man må legge til det som passer der man kommer*». En informant opplevde å ha fått oversikt over hva som finnes og brukes i dag ved sin videreutdanning i psykisk helsearbeid som nylig var gjennomført. Dette ga vedkommende en trygghet og en plattform å arbeide ut fra.

Av kurs de hadde tatt de senere år, ble særlig Voksne for barn sin utdanning om «Barn av psykisk syke foreldre» oppfattet som kompetansegivende:

Det synes jeg ga mye i forhold til både svikt og i forhold til voksne syke, psykisk syke og deres barn. Og i den grad så synes jeg at jeg fikk mer interesse og så helheten.

Noen informanter erfarte at ofte var kurs med spesielle temaer mer nyttige for dem i det daglige arbeidet enn grunn- og videreutdanninger. Utdanningen i VIP beskrev noen av de som hadde hatt denne som svært nyttig: «Så VIP-prosjektet har vært bra i forhold til å få noe kompetanse hos oss og gi ut kompetanse».

Erfaringskompetanse

Alle informantene var enige om at de hadde fått sin viktigste kompetanse via erfaringer. De erfarte også at det å møte ungdommer ofte var annerledes enn å møte voksne.

Det som gir oss tryggheten er erfaringen og det å møte så «himla» mange ungdommer. Og selv om jeg har gått på trynet noen ganger, så går det da bra med noen. Så det er gode erfaringer for oss også å se dem mestre tenker jeg.

Flere opplevde også at det å møte ungdommer, oppnå tillit hos dem og samtale med dem fungerte bra etter flere års erfaringer med dette. Noen mente ikke at «den formelle kompetansen i studiepoeng var ikke den som var den store hjelpa når man ser noen som sliter og har det vanskelig». Flere hadde gode erfaringer med å kjenne på «magefølelsen».

I arbeidet med ungdom var det helt klart for informantene at jo mer kompetanse de hadde desto bedre var det. Ofte måtte de lese seg til mange ting de arbeidet med og bruke litteratur for å finne noen redskaper som gjorde det mulig å sitte med utfordrende problemer over tid. De merket da fort at fullt kompetente var de ikke, men prøvde å gjøre så godt de kunne. Tveiten (2008) skiller mellom teoretisk kunnskap, praktisk kunnskap og erfaringskunnskap. Hun beskriver at erfaringskunnskapen er opplevd og personlig, og hevder at disse tre kunnskapsformene utgjør en helhet.

Informantene hadde erfart at de hadde fått kompetanse mange steder hvis de var åpne for dette. I tillegg til egne arbeidserfaringer var erfaringen til flere av informantene at de hadde ervervet seg mye kompetanse via samarbeid med kollegaer og andre yrkesgrupper. I et av fokusgruppeintervjuene ble dette uttrykt som, «*Jeg tror at vi sitter med mye forskjellig kompetanse, så summen blir bra egentlig. Ser jo vi har skolert oss i mange retninger som kan hjelpe ungdommene og familien*». De var også bevisste på hva som var egen og hva som var andres kompetanse og hvordan de til sammen kunne benytte disse best mulig. Et konkret samarbeid i en kommune som hadde beriket kompetansen var et samarbeid de hadde mellom psykiatriske sykepleiere og helsesøstre i ungdomsskolen.

Erfaringer utenom arbeidslivet trakk også flere av informantene fram som en viktig kompetanse. Eksempler på slike erfaringer var egne tenåringer, deres venner, idrettslag, naturen og skjønnlitteratur.

Savner kompetanse

De fleste av informantene uttrykte at de hadde for lite kompetanse om psykisk helse hos ungdom. Noen uttalte dette så sterkt som «*Spesielt på ungdom der er det et svart hull*». Noen informanter opplevde dette som: «*Men jeg burde hatt mer skolering, det kjenner jeg på meg. Føler jeg kan for lite om ungdom, ser behovet for at vi skal kunne mer vi som jobber i den psykiske helsetjenesten*». Flere erfarte at ungdommen trenger mer ekspertise enn det de hadde.

Ett av områdene der de savnet kompetanse, var å ha nok kunnskaper og «*trygghet*» til å stå i vanskelige situasjoner sammen med ungdommer. De mente at ofte taklet de dette. Ved «*tyngre*» situasjoner kunne det være en utfordring, spesielt når de var alene, slik de ofte var. «*Så vi er veldig glade for at vi skal få et par av oss som kanskje skal jobbe med ungdom og at vi skal få mer kompetanse et par stykker av oss*», som de uttrykte det i en kommune. Dette støttes av Andersson og Steihaug (2008) som fant at det er et behov for mer psykososial kompetanse inn i de tjenestene som treffer barn, unge og foreldre som er berørt av psykiske problemer. De beskriver videre at de fleste ledende helsesøstre rapporterer at helsesøstertjenesten i noen grad har kompetanse til å håndtere barn og unge med psykiske vansker, men også at mellom 10 og 20 % tilbakemelder at tjenesten i liten grad besitter slik

kompetanse. Andersson et al. (2006) fant at psykososialt arbeid og familie-veiledning/foreldrearbeid er de to videreutdanningene som flest helsesøstre etterspør.

Det mange informanter savnet aller mest var det praktiske verktøyet eller egnede metoder. Dette beskrev de som verktøy til å kartlegge, observere og sette i gang tiltak for ungdommene. *«Vi melder oss på kurs og tenker at nå får vi vel et verktøy. Og så synes vi gjennomgående at de fleste kurs vi er på at det er ikke noe verktøy, det er ikke noen fasit»*. Det var spesielt når det nærmet seg behandling av psykiske plager hos ungdom at de følte at de ikke hadde relevante metoder eller teknikker. Dette opplevde de også var vanskelig å lese seg til.

Det var spesielt på to temaområder informantene ønsket mer kunnskaper. Disse var rus og spiseforstyrrelser. Angående rus, så var det den raske utviklingen i forhold til dette problemet, utbredelsen, ulike virkemåter og spesielt hvordan de kunne forebygge videre skjevutvikling av dette som de savnet. Ungdomsundersøkelsen fra 2004 viste at Hedmark har høyeste andelen ungdom som har drukket alkohol noen gang og høyest andel gutter som har vært beruset. På spørsmålet «Har du noen gang drukket alkohol?» bekreftet 87 % av jentene og 90 % av guttene i Hedmark dette. Informantene oppfattet at de fikk gjort lite på dette området. En uttrykte sin bekymring slik: *«for det er så vanlig i mange miljøer nå og det synes jeg er skremmende»*.

Det andre temaet som de syntes spesielt var utfordrende og ønsket mer kompetanse på, var spiseforstyrrelser. Her opplevde de at tilfellene var svært ulike, *«for det er så stort gap fra den ene saken til den andre»*. De forsøkte å lese seg til mer kunnskaper, men det var ikke alltid at *«denne passer riktig til den jeg har foran meg»*. Her ønsket de spesielt mer kompetanse når ungdommer nærmet seg behov for behandling.

5.2 Informantenes opplevelser av sitt arbeid

Informantenes beskrivelser av sitt arbeid relatert til ungdommer og psykisk helsearbeid, viste et stort mangfold. Det presenteres her som:

- Offentlige føringer og personlige verdier
- Lavterskeltilbud
- Arbeidsoppgaver
- Avlastning

5.2.1 Offentlige føringer og personlige verdier

En rekke lover og forskrifter fastlegger sentrale oppgaver og plikter direkte eller indirekte for det psykiske helsearbeidet til ungdom, herunder rettigheter og plikter i forhold til tiltak og tjenester (Sosial- & helsedirektoratet, 2007). Informantene var ikke primært opptatte av disse. De la vekt på at den viktigste føringen for dem i sitt arbeid var ungdommene selv eller brukerne. De beskrev dette ved at «*brukerne klarer seg i hverdagen og at de kommer seg videre i livene sine*». For informantene var det positivt når «*de slipper taket. Det er så godt med disse du har hatt i lengre tid som plutselig ikke er der*». En viktig føring i det daglige arbeidet var å kunne opparbeide seg tillit og føle at de fikk til samarbeid med brukerne. «*Du vet at du klarer å gi dem noe, som de kan vokse på. Det gir en tilfredsstillelse*». Et betegnende utsagn på dette var:

Det er vesentlig å vite at du er en støtte i hverdagen. At du er der når de deler de innerste tanker og følelser. Jeg får følelsen av at jeg har gjort en god jobb. Det er viktigst. Viktigere enn det som kommer i lønningsspen.

Flere helsesøstre uttrykte at de var stolte av yrket sitt og hva de fikk til. Å bli sett som yrkesgruppe var viktig. En beskrev dette slik:

Selv om det fortsatt henger igjen dette med sprøyten, vekt og lengde, og sjekke om det er støv når du er på hjemmebesøk, har vi allikevel fått markert oss på en annen måte. Det ser vi på hvordan vi blir brukt. Har en posisjon som er positiv.

Tilgjengelighet på flere plan var også en viktig føring i det daglige arbeidet. En utfordring for informantene var at de som sykepleiere var *«opplærte til å hjelpe, handle og ønske å se resultater»*. En informant uttalte at *«det viktigste for meg er at jeg ser at de gjenvinner en funksjonalitet og klarer seg»*. En konsekvens av at det var brukernes behov som var den viktigste føringen, kunne ofte være at planene de hadde for dagen ble endret ut fra henvendelser og ting som skjedde.

Få informanter trakk fram kommunens egne planer for denne tjenesten. I en kommune hadde de laget en plan for hvordan arbeide mer forebyggende i forhold til behandling. Der ble det foreslått at de kunne ha inntil fire kartleggingssamtaler med nye brukere, men dette hadde de erfart var vanskelig å gjennomføre. I noen tilfeller kunne de bruke flere enn fire samtaler for å oppnå tillit. Grensegangen mellom de ulike nivåene av forebygging og behandling var vanskelig å overholde i møte med ungdommene.

Selv om lover og forskrifter ikke var den viktigste beveggrunnen i møte med ungdommene, forholdt de seg selvfølgelig alle til disse. En informant uttrykte om disse: *«men det er ikke de jeg har i bakhodet i det arbeidet jeg gjør»*. Økonomi var også en viktig rammefaktor i kommunene. De opplevde *«en økning hele tiden i antall som søker hjelp og det er bra. Men vi får ikke tilsvarende ressurser for å ta oss av dette. Men man kan jo spørre seg om det er riktig også»*.

En utfordring som flere informanter beskrev, var et samfunn som hadde blitt mer og mer komplisert og særlig i forhold til barn og ungdom som vokser opp. *«Svaret på dette var kanskje ikke å bygge opp et kjempeapparat for å klare og eksistere som folk, da må man kanskje se på andre ting»*. En konsekvens som noen opplevde, var at det i utfordrende saker der noen virkelig trengte hjelp, kunne bli satt inn en assistent eller ufaglært i stedet for en terapeut som kunne lære bort noen ferdigheter. Dette ble i flere tilfeller oppfattet som *«brannslukning»*.

5.2.2 Lavterskeltilbud

Helsesøstre opplevde at de hadde et bredt tilbud der de kunne fange opp ungdommer med spesielle behov. De møtte dem ved undervisning, rutinekontroller og vaksinasjoner ved skolehelsetjenesten. I tillegg tok ungdommer kontakt med dem ved åpne timer på skolene eller ved Helsestasjon for ungdom. Disse er begge lavterskeltilbud der «*ungdommer kan komme inn rett fra gata*». I Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten (Helse- & omsorgsdepartementet, 2003) står det at helsestasjonen skal være et lavterskeltilbud lett tilgjengelig for alle kategorier brukere, og det er presisert at personer med psykiske problemer må ivaretas spesielt i forhold til tilgjengelighet. I sin evaluering av Opptrappingsplanen for psykisk helse, fant Andersson og Steihaug (2008) at det er behov for å videreføre arbeidet med å styrke det kommunale tjenestetilbudet for barn og unge med psykiske vansker. Det er videre behov for kommunale lavterskeltilbud som kan utrede og behandle.

Årsakene til at ungdommene oppsøkte helsesøstrene kunne variere fra «*de trenger ikke å være så store bestandig de problemene*» til «*de kommer svingende mellom liv og død*». Det viktigste var at ungdommene visste at de hadde et sted å gå, selv om problemene ikke var så store. «*Vi tar i mot det som kommer og aner ikke hva de kommer med når de kommer inn og setter seg i stolen*». Dette opplevde de ofte som et stort ansvar, og her måtte de ofte stole på sin magesfølelse. En helsesøster fortalte hvordan hun ut fra sin erfaring og intuisjon lyttet og stilte de gode spørsmålene slik at en overgrepssak ble avdekket ved første samtale der ei jente hadde henvendt seg for å få prevensjon.

I alle tre kommunene opplevde de at psykiatriske sykepleiere var mindre kjente for ungdommene enn helsesøstre. En sa det slik: «*Da jeg kom som psykiatrisk sykepleier, så jøss hva er det liksom*»? De håpet å bli et bedre kjent tilbud til ungdom og i en kommune var de opptatte av en positiv markedsføring av sin tjeneste. De fleste ungdommene som psykiatriske sykepleiere arbeidet i forhold til hadde de fått henvist fra andre.

Informantene opplevde at det hadde blitt større åpenhet rundt psykisk helse og at ungdommene turte å kontakte dem selv om problemene kanskje ikke stakk så dypt.

For flere informanter var det en utfordring at de etter å ha vært mye på tilbudssiden en periode, nå måtte sette grenser på grunn av kapasiteten. Dette hadde ført til at flere av dem hadde ventelister, som dette tilbudet egentlig ikke skulle ha. En årsak til dette som ble antydnet var at de nå fikk flere saker som krevde mere tid. En annen årsak til ventetider kunne være utfordringer ved å få henvist ungdommer som hadde behov for dette videre i systemet. En tredje utfordring kunne være å prioritere tidsbruken mellom ungdommer med store problemer eller de med mindre problemer som ønsket hjelp. Noen helsesøstre hadde også utfordringer med å sette grenser i sitt arbeid, også ut fra deres mandat der de først og fremst skal jobbe primærforebyggende.

Noen helsesøstre opplevde at ungdommene mente de var for lite til stede. Dette støttes av Sitter (2008) som fant at en relativt stor andel av ungdommene ønsket å være i hyppigere kontakt med helsestasjonen enn de er i dag. Blant brukere med psykiske vansker rapporterte 71 % at de helt eller delvis ønsker dette.

Alle informantene erfarte at det var mest jenter som oppsøkte dem. Det var en høyere terskel for gutter å ta kontakt, og en uttrykte dette slik:

For gutter erfarer vi at det er så mye skumlere på en måte. Å komme med sånne småting. De kommer når de er blitt veldig dårlige. I hvert fall erfarer vi det. Kommer når de er mye sykere.

De erfarte også at flere gutter var mer gjennomtenkte i forhold til årsaken til at de tok kontakt, og «*da er det virkelig noe under, som de har tenkt nøye gjennom. I hvert fall så er det noe de ønsker å prate om*». Noen få informanter erfarte at de stadig hadde flere gutter de hadde samtaler med. Mange av disse guttene kom etter at det i hovedsak var foreldre som hadde tatt kontakt. Informantene opplevde det som positivt at foreldrene tok kontakt. Det var også flere gutter som var med jentene sine. Noen stilte spørsmål ved om guttene fortsatt var mest opptatt av den «*somatiske helsen som en er mer opptatt av, altså utseende og pumpe jern*», selv om de har blitt mer bevisste sin psykiske helse. I en fokusgruppe oppsummerte de med at «*Jentene er flinkere til å be om hjelp og synes det er godt å få prate. Guttene holder igjen*

litt lenger». Dette er i tråd med Andersson og Steihaug (2008) som hevder at det fortsatt er behov for å utprøve metoder og igangsette tiltak for å nå fram til gutter i alderen 13–18 år.

Et lavterskeltilbud de hadde i en kommune var en side i lokalavisa der ungdommer kunne anonymt sende inn spørsmål om «*seksualitet, følelser, alt mulig*». Det var flere helsesøstre sammen som svarte på disse. Dette hadde de fått mye positiv respons på.

5.2.3 Arbeidsoppgaver

Ut fra helsesøstre og psykiatriske sykepleieres beskrivelser av sine arbeidsoppgaver, deles de her inn i:

- samtaler
- «støtte- og ryddehjelp»
- mangfold i arbeidet

Samtaler

Informantene opplevde at stadig flere unge signaliserte behov for kontakt og samtaler med en voksen som møtte dem med forståelse, interesse og respekt. En stor del av arbeidstiden deres bestod av samtaler. Og den viktigste samtalepartneren var ungdommen selv. Ved spørsmål til informantene om hva de mente var den viktigste arbeidsoppgaven relatert til ungdommers psykiske helse, svarte de fleste at ungdommene hadde sagt at det er godt å ha noen og snakke med. Det var det de ønsket seg, kanskje ikke mer enn det. Ungdommen kunne være godt fornøyde med det. Slike samtaler tok tid, og det var ofte behov for oppfølging over kortere og lengre perioder. Denne tiden hadde de ofte i realiteten ikke anledning til å tilby. Hva en samtale bestod av kunne variere:

Ungdommen har behov for å prate om veldig mange ting i ungdommen og tror at det kan løse mange ting. Så vi ser jo det som veldig positivt og at det går an å ha problemer uten at det er farlig å si noe om det.

Det er mye behandling i gode samtaler var opplevelsen til flere informanter. En viktig forutsetning for å kunne samtale med ungdommer var «*det å bry seg om og ha interesse av mennesker og ha to ører og en munn*». En poengterte at det var viktig å ta seg tid til og høre etter i stedet for å sitte og tenke på hva en skulle svare, «*Jeg trur det at du er interessert, at du er en lytter det hjelper mer enn du er klar over*». De erfarte at ungdommene gjennomskuet dem raskt.

Du lurer ikke noen av dem likevel til å tro at nå skal jeg høre hva du har å si. Og hvis vi på en måte bare sier det med munnen uten at vi på en måte mener noe med det så lurer vi ingen ungdom, nei.

Borup (2007) fant at helsesøstre hadde en viktig rolle som betrodde personer for elever i sårbare situasjoner. De var i en sentral posisjon som det bør vernes om, og som den enkelte helsesøster må være ydmyk overfor.

Informantene erfarte at ungdommer var ulike, og ut fra dette var det viktig å tilpasse samtalene:

Vi driver med ungdom, det er ingen homogen gruppe. Når vi står foran disse nytter det ikke å være terapeut, vi må være på deres nivå, snakke deres språk. Forsøker å si noe om hvor de kan søke og få hjelp? Viktig at den de søker hjelp hos skjønner problemet, at man ikke avskriver det som et annet problem, eller bagatelliserer det.

Informantene mente at det ikke nyttet å komme med pekefingeren og være moralist. Det var ungdommenes behov som var det viktigste utgangspunktet for å komme videre. For å kunne hjelpe ungdommene var de i de fleste tilfeller avhengige av tillit:

Jeg snakker mye om at vi skal være åpne og ærlige på ting vi ønsker å få gjort noe med. Det er sjelden jeg opplever at det er ting som ikke skal opplyses.

Noen få ganger opplevde de at kjemien mellom dem og ungdommen ikke stemte og tok konsekvensen av dette, ved at andre tok over hvis det var mulig.

Å undersøke om ungdommene var motiverte og mottakelig for hjelp var et sentralt punkt i samtalene med ungdom. De opplevde at for ungdommene som slet var det store variasjoner i hvordan de eventuelt tok i mot hjelp og hva de var villige til å gjøre. I noen tilfeller var de raskt ute med å be om hjelp, men når det ble stilt krav om å bidra selv for å få til en endring, så kunne det mangle noe på evne eller lyst. «*For hvis ungdommene ikke klarte å tenke endring selv, så klarer jeg ikke å hjelpe vedkommende*». De var også opptatte av hva de kunne tilføre eller gjøre for å skape denne motivasjonen. Det var ikke alltid at ungdommene visste hva de trengte motivasjon til.

Det var viktig å ikke bagatellisere det ungdommene tok opp:

Kanskje oppleves de problemene man har som små av oss, men ikke bagatellmessige av den som har problemet. Men det er igjen avhengig av kunnskap og holdninger og tilgang på hvor går jeg hen.

Informantene benyttet ulike begreper om samtalene med ungdom. Flere var opptatte av begrepet støttesamtaler og hva som lå i dette, og hvor grensen gikk mellom disse og behandling. De mente at de ikke skulle drive behandling av ungdommer, men som de også sa, så det var mye terapi i gode samtaler og «*vi driver jo kun støttesamtaler, men vi driver jo behandling hele tiden*». En informant definerte støttesamtaler som «*Det er noe med å kunne være der som en voksenperson, gi noen råd, som man kan diskutere med, som man ikke vil diskutere med foreldre*». Dette støttes av Borup og Holstein (2004) som fant at helsedialoger med ungdommer i Danmark påvirket elevene ved at de tenkte over innholdet, diskuterte dette med mor og venner og fulgte rådene ut fra egne valg. De fant også at elever fra lavere sosiale klasser oftere rapporterte at de fulgte rådene, gjorde egne valg og ønsket flere samtaler. Sammenhengen mellom lysten til spontane kontakter og tilgjengeligheten til dette var viktig for ungdommene. Johansson (2006) fant at viktige dimensjoner ved den helsefremmende samtalen var pålitelighet, oppmerksomhet, respekt, tilstedeværelse, tilgjengelighet og kontinuitet.

«Støtte- og ryddehjelp»

«Ofte kommer ungdommene med en bestilling; noen må hjelpe meg. Jeg har det vanskelig. Så må vi systematisere, hva er det som er vanskelig».

Å støtte ungdommer i rydding i eget liv var ofte en arbeidsoppgave for informantene. Voksenrollen i tillegg til sin profesjonsrolle var viktig når de i arbeidet måtte «være med å si at nå må vi sortere litt. Det tror jeg, for det er jo ofte det de higer litt etter». Det var ikke alltid ungdommene forventet svar med det samme, men de ønsket i noen tilfeller hjelp slik at de kunne sette noen grenser. «Og vi må ikke glemme at vi er den voksne de kommer til, for at vi er voksen». En helsesøster beskrev dette som:

Da sier de noen ganger at jeg kom jo hit med mange triste ting, men nå ser jeg faktisk noen lysglimt. Det er noe med å få snakke om ting, få system på ting. De kjenner at de har motivasjon til noe. Dette har jeg opplevd her i ungdomsskolen. Disse som er så nedfor og kommer til helsesøster og bestiller, plutselig er det en på andre siden som ikke sier at du skal gjøre slik og slik, men at de selv alt har funnet ut hvordan det skal være. Vi kan være den som sitter og betrakter, gi de små ordene. Det er morsomt når vi ser det. Det kan jo ta lang tid med andre, men når du opplever at de ser at det er de selv som må gjøre noe.

Informantene pekte på at det i mange tilfeller hører med til ungdomstiden å prøve og feile, men likevel var noe av arbeidet deres med ungdommer en viss realitetsorientering uten å ta fra dem den lille gnisten. I noen tilfeller hadde de opplevd at ungdommer gikk på det ene tapet etter det andre uten denne hjelpen. Men de var samtidig opptatte av at det var ungdommen selv som skulle bestemme. Psykisk helsearbeid til ungdom innebar ofte at «man skal skynde seg langsomt, ta små skritt. Vi vil så gjerne bidra. Men innimellom må man innse at man faktisk har gjort det, og at det nå er ditt ansvar videre».

Dette arbeidet kan oppsummeres i dette utsagnet fra en av informantene: «Det er noe ved å få fram egne ressurser, gi ansvar og dele, støtte og utfordre. Det er i alle fall måten vi jobber på». Det var viktig for dem å være støttespillere når ungdommen selv tok tak i sine problemer. Glavin et al. (2007)

legger vekt på at endringsfokuset rådgivning bygger på et humanistisk menneskesyn med tro på menneskenes iboende ressurser til å kunne endre atferd. Sentralt i dette er at hjelperen ikke er ekspert, men at hjelpen skjer i dialog og samhandling mellom bruker og helper.

Mangfold i arbeidet

Informantenes beskrivelser av sitt psykiske helsearbeid for ungdom viste et stort mangfold. Dette kunne variere fra enkle oppgaver til svært «tunge» saker som de måtte henvise til de med mer ekspertise på området. For mange av helsesøstrene var det en utfordring at arbeidsoppgavene deres først og fremst skulle bestå av forebygging og særlig primærforebygging. De opplevde at de ofte arbeidet mer sekundær- eller tertiærforebyggende og i mange tilfeller behandlende. Men som de selv sa var det glidende overganger mellom disse. I sin evaluering av Opptrappingsplanen for psykisk helse, beskriver Andersson og Steihaug (2008) at helsestasjonen er styrket og har mer oppmerksomhet rettet mot psykisk helsearbeid. Et annet funn var at helsesøster er i kontakt med en forholdsvis stor andel barn og unge med alvorlige psykiske vansker, som ikke mottar adekvat hjelpetilbud. Denne andelen har også økt de siste årene. Resultatet kan gjenspeile en spenning mellom vektleggingen av helsefremmende og forebyggende arbeid, og tiltak rettet mot brukere med de største vanskene. Hummelvoll (1996) fant at psykiatriske sykepleiere også ønsket at primærforebyggende arbeid ved helseopplysning og politiske handlinger burde ha en mer fremtredende plass i deres arbeid.

Informantene opplevde det som en stor fordel at mye av arbeidet i kommunehelsetjenesten foregikk i det naturlige miljøet for brukerne. Dette kunne være i hjemmet eller på skolen. Ut fra dette hadde de større muligheter til å arbeide helhetlig, noe de ofte savnet i samarbeidet med psykisk helsevern.

Individuell plan ble opplevd som et nyttig verktøy ved fordeling av ansvar overfor brukere med sammensatte behov. En informant beskrev dette som

Da er det også ofte lurt at det er en individuell plan for familien og ikke for den enkelte. For alle er i et system. Da hjelper det ikke å hjelpe en og en brikke. Man må få alle til å føle seg ivaretatt og sett.

Sitter (2008) beskriver at kommunenes bruk av individuell plan som verktøy enten til enkeltbrukere eller en plan for familien i dette arbeidet, påvirket ungdommers tilfredshet i forhold til samordning av tjenestetilbudet.

Flere informanter var opptatte av nettverksarbeid som verktøy ved:

Å gå inn og jobbe med nettverket til den som har det aktuelle problemet. Man møtes slik at man kan jobbe med det som er vanskelig og som man opplever som konkret. Nettverket kan være alt fra arbeid, skole, arbeidskamerater, studiekamerater og naboblokka. På det møtet diskuterer det som man har sagt at man skal diskutere og komme fram til aktuelle løsninger.

Det ble poengtert fra flere at nettverksarbeid var en måte å jobbe på som ga frukter når de kjente problemene og brukerne selv ønsket dette. I arbeidet med ungdommer kunne dette kreve mye bearbeiding og mye trygghet og derav mange samtaler før de var klare for nettverksarbeid. En viktig årsak til behov for denne måten å arbeide på var at mye av nettverket er borte for mange. En informant beskrev dette ved at «samfunnet er annerledes, det er fattig på nærhet, både psykisk og fysisk». Dette er i tråd med Hummelvoll (2004:594) som hevder at «Nettverksarbeid er viktig i en tid hvor man snakker om at familien tømmes for funksjoner og oppgaver».

En utfordring for flere var de økende kravene til dokumentasjon og «papirarbeid» som førte til at de måtte bruke mye av sin tid til dette. Denne tiden ville de heller benyttet direkte i møte med ungdommene. Dette fordi de «i alle fall ikke skal bli tatt i ettertid for at vi ikke har dokumentert ting».

Det meste av arbeidstiden for psykiatriske sykepleiere og helsesøstre bestod av psykisk helsearbeid. Noen helsesøstre antydte at 80 % av stillingen deres omfattet dette, mens det for psykiatriske sykepleiere kunne være hele stillingen. Det var flere og flere som oppsøkte informantene og spesielt de som arbeidet i halve stillinger erfarte at de kunne benyttet all sin arbeidstid til noen få brukere. Dette ut fra at psykisk helsearbeid til de med store problemer tok mye tid. Dette førte til at de ble «etterlyst» av ungdommer med andre problemer.

5.2.4 Avlastning

Alle informantene mente at de hadde et stort behov for avlastning i sitt arbeid. De opplevde å inneha ansvarsfulle oppgaver. Kravene fra samfunnet og i forhold til brukerne økte. Ungdommene de møtte kunne ha problemer som ga dem bekymringer som de ikke klarte å legge fra seg når møtet med ungdommene eller arbeidsdagen var over. De ønsket å diskutere med noen andre for å få *«hjelp og trygghet når jeg har tatt en avgjørelse på at hun her overlever til over helga når vi skal møtes igjen»* eller i forhold til at *«jeg har latt være å kontakte foreldrene til en 17-åring med store rusproblemer»*. Helsesøstrene opplevde i flere tilfeller at de *«får ALT for mye ansvar ved at vi sitter med ungdommene alene uten noe egentlig støtteapparat rundt oss»*. Noen ganger kunne dette vare i uker og måneder.

Vi opplever at vi sitter med en ungdom med problemer, henviser, får avslag, så går tiden, så kastes ballen tilbake. Vi tøyer oss langt, men har begrensninger, nå kan vi ikke lenger, nå må andre ta over.

Men som de også sa var det noen ganger nødvendig at de fulgte ungdommene videre og samarbeidet med den som de var henvist til.

Flere av informantene hevdet at de hadde lite formelt støtteapparat rundt seg som var beregnet på slike situasjoner. Årsakene til dette varierte fra svak økonomi, til lite tid ved deltidsstillinger og få møteplasser. Flere informanter opplevde støtte ved *«å se brukere ta et steg i riktig retning. Da får man jo et løft»*. Dette var et viktig moment for å holde ut i jobben deres.

De fleste søkte avlastning hos kollegaer. Dette kunne være ved regelmessige møter som *«mandagsmøtene, reflekterende team»* eller samtaler ut fra situasjoner. Ved et arbeidssted hadde de positive erfaringer ved *«vi ringer til hverandre på slutten av dagen og spør hvordan dagen har vært, for å få lagt den fra oss og diskutert det med hverandre»*. Flere opplevde god avlastning ved positivt arbeidsklima og dyktige ledere som så dem og som de kunne diskutere problematiske saker med. Ved et arbeidssted framhevet de spesielt nytten av å avreagere med humor. En informant erfarte at hun hadde god avlastning av å være ute i naturen. Å sette egne grenser i arbeidet ble også poengtert av enkelte.

Veiledning var den metoden som de fleste av informantene knyttet til avlastning. Tveiten (2007) hevder at det finnes ingen konsensusdefinisjon av veiledning. Hun påpeker videre at veiledning er en prosess som er pedagogisk, formell og relasjonell. Tilbudet informantene hadde angående veiledning varierte stort og her var det et klart skille mellom yrkesgruppene. Psykiatriske sykepleiere hadde en kultur og et tilbud angående veiledning. Hvem som veiledet dem varierte fra ulike fagpersoner innen psykisk helsevern til eksterne som etaten selv betalte. I en kommune hadde helsesøstrene akkurat startet med regelmessig veiledning mens de i de to andre kommunene opplevde at de hadde et stort behov for dette og hadde forsøkt å få til dette uten å lykkes. De savnet spesielt veiledning fra fagpersoner som hadde mer faglig kompetanse enn dem selv. De framhevet at Barne- og ungdomspsykiatritjenesten (BUP) hadde et veiledningsansvar overfor dem, men ofte fungerte ikke dette godt nok. Den tiden som var avsatt til dette ble i mange tilfeller heller benyttet til direkte kontakt med ungdommer eller foreldre eller til undervisning.

De som hadde veiledning var opptatte av kvaliteten ved denne og hvor mye den ga dem. Det var viktig at veilederne hadde kompetanse. Det var viktig med et trygt klima ved veiledningene, slik at det ikke ble «ulike overføringer, motoverføringer og konflikter. Dette viser seg ofte hvis man kan ta imot overføringer og ikke kan klare å snakke om det». En informant som akkurat hadde startet med veiledning var opptatt av:

Det kan bli prestisje i at man blir redd for at man ikke har gjort nok. Så kan det oppfattes som korrigeringer at «det burde du ha gjort». Der er hvordan vi som kolleger møter hverandre også. Man kommer fort i forsvar. Man må kunne be om hjelp, ta imot hjelp. Men det sitter hardt inn i oss, for vi er stolte over det vi gjør. Veiledning kan bli misbrukt på denne måten, at du ikke får det du trenger. Jeg ville følte på det at jeg skal være så flink til å fortelle alt jeg har gjort, ikke klare å ta til meg det som kommer av råd og gode forslag.

Ved et fokusgruppeintervju diskuterte de nytten av at psykiatriske sykepleiere eller helsesøstre som har veiledningskompetanse kunne veilede den andre gruppen. De mente at det kunne vært et nyttig tilbud på mange måter om de hadde fått til dette regelmessig.

5.3 Samarbeid

Helsesøstre og psykiatriske sykepleiere er de to mest sentrale videreutdanningene av sykepleiere for å arbeide med psykisk helsearbeid til ungdom i kommuner. Dette er et utfordrende arbeid som krever samarbeid dem i mellom og med andre yrkesgrupper i kommunen og i spesialisthelsetjenesten. Informantenes beskrivelser av sine opplevelser av samarbeid deles derfor inn i:

- Samarbeid mellom helsesøstre og psykiatriske sykepleiere
- Samarbeid med andre sektorer

5.3.1 Samarbeid mellom helsesøstre og psykiatriske sykepleiere

Informantene fra en kommune hadde positive erfaringer med geografisk lokalisering av helsestasjon og psykisk helsearbeid ved siden av hverandre og derav et tett og naturlig samarbeid. I de to andre kommunene så de også nytten av og ønsket et tettere samarbeid. Forslagene til samarbeidsmåter var mange, som møteplasser hvor de kunne sitte og diskutere enkeltsaker, råd og veiledning, konkrete samarbeidsoppgaver og strukturert veiledning. En viktig forutsetning for dette samarbeidet var at de visste om hverandre og kjente hverandres kompetanse og arbeidsoppgaver. De var opptatte av at psykiatriske sykepleiere og helsesøstre har ulik kompetanse og at de derfor kunne supplere hverandre i kommunalt psykisk helsearbeid relatert til ungdommer. Grunner til at dette enda ikke fungerte godt nok, mente de var organiseringen i kommunen eller at de kjente for lite til hverandre: *«Så trur jeg kanskje vi kunne kommet langt hvis vi hadde fått til dette samarbeidet»*. Dette ville blitt en forbedring i forhold til dagens situasjon for flere *«hvor ungdommene bare blir sendt over»*.

Samarbeidsformer mellom helsesøstre og psykiatriske sykepleiere kunne være felles samtaler med ungdommer og/eller familier, «utveksle» brukere og søke råd hos hverandre. Dette ble uttrykt som: *«Jeg opplever jo at å få til et godt samarbeid oss i mellom, da har vi mest å hente i forhold til å komme frem til resultat. Det at vi bruker hverandres kompetanse»*. Der dette samarbeidet fungerte, samarbeidet de også ved kriser som *«dødsfall, brann, vold eller selvmord»*. De var også opptatte av nytten av å delta på samme kurs og utdanninger om psykisk helsearbeid relatert til ungdom.

Leder av Norsk Sykepleierforbunds (NSF) Landsgruppe av helsesøstre, Astrid Grydeland Ersvik, hevdet⁴ at psykiatrisk sykepleiere er/bør være en del av skolehelsetjenesten. Hummelvoll (1996) fant at de fleste psykiatriske sykepleiere så fordeler ved å samarbeide med helsesøstre, spesielt ved problemer hos barn og unge og ved helseopplysning i skolene.

En psykiatrisk sykepleier hadde opplevd å etterspørre samarbeid med helsesøster via skolen og fått beskjed om at de så ikke helsesøster. *«Og det synes jeg er litt synd. For jeg kunne gått inn der og jobba med helsesøster og skolen»*. Helsesøstrene i den fokusgruppen var enige i dette og håpet dette ikke gjentok seg.

Det ble også ved et fokusgruppeintervju diskutert om og eventuelt når psykiatrisk sykepleier burde informere helsesøster ved arbeid i familier der mor eller far var psykisk syk og hadde ungdommer i ungdoms- eller videregående skole. De mente det var ingen enkel konklusjon her.

Alle informantene var opptatte av et samarbeid som måtte være så enkelt og ha så lave terskler at de ved behov *«kunne ta en telefon – kan vi møtes og diskutere denne saken?»*

5.3.2 Samarbeid med andre sektorer

Helsesøstre og psykiatriske sykepleiere var i mye av sitt psykiske helsearbeid relatert til ungdom avhengige av mange ulike samarbeidspartnere. Hvem de samarbeidet med ble bestemt ut fra hva problemet til ungdommen var og

⁴ Foredrag ved Helsedirektoratets konferanse i Oslo 14.03.2007.

hvilke muligheter de hadde. De viktigste samarbeidspartnerne for dem var ansatte i skolen, lege, BUP, barnevern, foruten ungdommen selv og dens foreldre. Samarbeidet kunne bestå av avtalte eller uformelle møter, felles opplæring med mere. En viktig forutsetning for dette samarbeidet mente de var informasjon, kjennskap til hverandre, klare rammer for samarbeidet og gjensidig informasjon. Resultatene deles her inn i samarbeid med:

- skolen
- helsesektoren
- andre samarbeidspartnere i kommunen
- frivillige organisasjoner

Samarbeid med skolen

Viktige samarbeidspartnerne i skolen var lærere, rådgiver, sosiallærer og miljøarbeidere (hvis skolen hadde det). Det var ofte lærere som meldte bekymring for ungdommer som slet psykisk. Eksempler på konkrete samarbeidsoppgaver var samtaler med elever og/eller foreldre sammen med rådgiver eller sosiallærer. Et annet konkret samarbeid var felles grupper, for eksempel jentegrupper. VIP opplevde de som positivt og viktig forebyggende arbeid ved felles opplæring, samarbeid og mye nyttig materiell.

Skolen er en viktig ressurs i helsefremmende arbeid, men kan også være en risikofaktor for elevenes helse. Utviklingen av et godt samarbeid kan skje når skolen åpner sine dører for ansatte i helsetjenesten og inkluderer disse i sin virksomhet. Helsetjenesten må være tilgjengelige, markedsføre seg og sine tjenester aktivt og være til stede i skolen. Glavin og Helseth (2005)⁵ fant at helsetjenesteressursene i skolene var generelt knappe og spesielt mangelfull i videregående skoler. Hjälmhult (2002) hevder at forskning som fokuserer på rollen skolehelsepersonell har i helsefremmende arbeid, har vært mer eller mindre ikke eksisterende i de nordiske land, og at det også er begrenset forskning om samarbeid mellom skolehelsetjenesten og skolen. De faglig ansatte i skolen har ulik kompetanse og erfaringer i forhold til å jobbe med ungdommer som har psykiske problemer. Dette både ved direkte møte med ungdommer, ved undervisning og tilrettelegging i skolehverdagen.

⁵ Spørreskjemaundersøkelse blant NSF's Landsgruppe av helsesøstres medlemmer.

I mange tilfeller erfarte informantene at skolen syntes at et samarbeid var nødvendig. I andre tilfeller opplevde de at:

Det er ikke alle skolene som har lærere og rektor som følger den muligheten dem har. Jeg vet jo at det er skoler der man som helsesøster må bare repetere og repetere at jeg er jo her, bare ta kontakt. Det har ikke vært noen politikk på det, noen rutine på det å bruke helsesøster uten det hun får i fanget selv eller det hun oppdager gjennom faste kontroller eller vaksinerings.

Noen helsesøstre var opptatte av at det var viktig at de sammen med ansatte i skolen var med og satte grenser ved elevers involvering i hverandres problemer og begrunnet dette med:

Det er skummelt for den eleven som skal sitte med alle opplysningene og som skal være den som kanskje får problemer hvis det skjer noe alvorlig fordi vi ikke har sagt noe til dem.

Ved flere skoler var det faste fora der de kunne ta opp ulike problemer som fagteam der det i tillegg til helsetjenesten var med ansatte fra PPT (pedagogisk/psykologisk – tjeneste), fra barnevern og fra skole. Der det var ansatt miljøarbeidere i skolen erfarte de dem som viktige samarbeidspartnere som fanget opp signaler og ga tilbakemeldinger.

Samarbeidspartnere i helsesektoren

En av de viktigste samarbeidspartnere for informantene i helsesektoren var legene. Dette kunne være i deres funksjon som skole- eller fastlege. I mange tilfeller opplevde de det som en trygghet å kunne drøfte ungdommens psykiske problemer med legen, og de var som oftest også avhengige av samarbeid med lege hvis ungdommen skulle henvises videre i hjelpeapparatet. En av informantene uttrykte det slik:

Jeg opplever at vi har fått til et veldig bra samarbeid med leger. De hører og er tilgjengelige og har respekt. Opplever det som veldig positivt og noe av det som gjør jobben lettere er at noen er tilgjengelig.

Samtidig som skolehelsetjenesten ved Opptrappingsplan for psykisk helse har fått tilført flere årsverk, må helsesøstrene og de psykiatriske sykepleierne få assistanse i saker hvor de ser at deres kompetanse ikke strekker til. Derfor er de avhengige av et godt samarbeid med spesialisthelsetjenesten ved BUP. Kvaliteten og omfanget av dette samarbeidet varierte mellom de tre kommunene. En kommune opplevde at de hadde fått til et konstruktivt og positivt samarbeid der de blant annet kunne drøfte saker per telefon.

Men jeg oppfatter også at de tar oss seriøst i BUP. De vet at når det kommer en henvisning fra videregående skole eller Ung Helse, får vi ofte en telefonhenvendelse om hvorvidt vi mener at denne personen kan vente eller om man bør ta inn raskt. Det synes jeg er en tillitserklæring i forhold til at det vi gjør er seriøst. Mens andre ganger får vi blankt avslag, men det er greit.

I de to andre kommunene opplevde de ikke samarbeidet med BUP så positivt. De kunne oppleve svært lange ventelister og i mellomtiden var de selv det eneste tilbudet til ungdommene. Dette var en belastning for informantene. Dette støttes av Andersson et al. (2008) som fant at 20 % av barn og unge med psykiske vansker som var i kontakt med helsestasjon hadde et vurdert udekket behov for tilbud fra psykisk helsevern. Videre at både informantene fra BUP og kommunene beskrev noe samarbeid under henvisningsprosessen, men begge parter påpekte forbedringspotensiale. Informantene i alle tre kommunene etterlyste mer oppfølging fra BUP etter at ungdommen var ferdig utredet/behandlet og savnet mer veiledning fra BUP.

1. september 2008 ble det innført ny ventetidsgaranti som skal sikre at barn og unge med psykiske lidelser eller ruslidelser ikke skal vente mer enn 10 virkedager for å få vurdert henvisningen og at de som gis rettighet ikke skal vente mer enn 65 virkedager. Den gjennomsnittlige ventetiden er redusert i hele Norge det siste året og er ved 2. tertial 2008 på 78 dager (Helsedirektoratet, 2008).

I noen tilfeller opplevde informantene også at selv om ungdommen ble tatt i mot av BUP, så opplevde ungdommene dette uhensiktsmessig med lang geografisk avstand, ukjente personer og de ville derfor tilbake til dem og nærmiljøet.

I en kommune hadde de også oppnådd:

nye ordninger med BUP, hvor vi kan ta opp ting vi lurer på, og hvor vi kan ta med lærere og foreldre. Da forstår BUP bedre, for de har selv kunnet stille spørsmålene, de har sett ungdommen/foreldrene, hørt historien. Den som eier det har mest å si. Det er større åpning for det nå, lettere å få dem inn.

I samme kommune hadde de nylig opprettet et team ved voksenpsykiatri, med psykolog og psykiatrisk sykepleier, som helsesøstrene kunne kontakte vedrørende ungdommer med psykiske problemer. Der kunne de raskt få time og så ordne henvisning i etterkant. Helsesøstrene hadde store forhåpninger til dette. I en av de andre kommunene hadde de avtale om møte med BUP hver måned, i den tredje kommunen hver sjettede uke. Denne tiden kunne de benytte til brukere eller egen veiledning. I de aller fleste tilfellene ble brukerne prioritert først.

En annen utfordring for informantene i forhold til psykisk helsevern var ungdommene i skjæringspunktet mellom BUP og voksenpsykiatrien, hvem de skulle henvises til og hvem som tok i mot dem.

Flere av informantene savnet et tilbud mellom seg og BUP. Dette mente de kunne blitt dekket ved en kommunalt ansatt psykolog som kunne kontaktes for drøfting og veiledning ved akutte behov, men også at denne særlig burde være med og jobbe forebyggende ved eksempelvis grupper og undervisning i skolen. Også sentrale myndigheter har i flere år påpekt mangel på psykologkompetanse i kommunene (Helse- & omsorgsdepartementet, 2006). Flere kommuner har psykologer ansatte i tjenester for barn og unge eller som egen psykologtjeneste. Opptappingsplanen for psykisk helse anbefaler at flere psykologer rekrutteres til kommunene (Sosial- og helsedirektoratet, 2007).

Andre samarbeidspartnere i kommunen

Kulturetaten var en viktig samarbeidspartner for flere av informantene. Den hadde i noen kommuner gruppetilbud til ungdom: «*De har jo ei ungdomsgruppe som fungerer bra. Det er få ungdommer der, de er mye ute i friluft og gjør positive ting*». Kulturetaten kunne også ha ansvaret for støttekontakter. Noen informanter var opptatte av at det kunne være en utfordring å få støt-

tekontakter i den aldersgruppen ungdommene ønsket. «*Ungdommer ønsker ikke å gå i svømmehallen med en gammel dame på 50 år*». Dette gjaldt spesielt der det var behov for støttekontakter på dagtid og aktuelle ungdommer var opptatte med studier.

En sentral samarbeidspartner for informantene var utekontaktene som ofte arbeidet med ungdommer som var i risikozonen. Disse var administrerte av barnevernet eller kulturetaten. Disse var aktuelle samarbeidspartnere relatert til ungdoms psykiske helse og hadde flere tilbud.

Informantene beskrev flere ulike positive tilbud i kommunene representert ved tverrfaglige og tverretatlige grupper, som Samordning av Lokale kriminalitetsforebyggende Tiltak (SLT), Ungdom i vekst og Rådgivningskontoret for ungdomsfamilier (RUF). Noen av informantene hadde også et samarbeid med Ny arbeids- og velferdsforvaltning (NAV) i forhold til ungdommer som hadde spesielle behov. I en kommune savnet de et bedre ettervernstilbud på dagtid til ungdommer som ble utskrevet fra psykiatriske institusjoner.

Hummelvoll (2006) hevder at det er nødvendig å arbeide på gruppe- og samfunnsnivå for å påvirke holdninger og stimulere til sosial inkludering i kommunen. Psykiatriske sykepleieres og helsesøstres psykiske helsearbeid må betraktes som komplementært til øvrige kommunale tilbud og tjenester – slik at tilbudene samlet kan bidra til å fremme helse og lokalsamfunnstilhørighet

Samarbeid med frivillige organisasjoner

Flere av informantene hadde et godt samarbeid med flere frivillige organisasjoner relatert til ungdommer. De mest aktuelle organisasjonene var idrettslag, religiøse organisasjoner, Frelsesarmeen, Mental helse og Voksne for barn. En informant beskrev at innen idrett var fotball absolutt størst og så var det håndball, turn og luftskyting. En annen beskrev at «*kulturskolen har bidratt til å holde litt tak i ting ved siden av skolen*». Flere informanter savnet samlingssteder for ungdommer som ikke benytter seg av organiserte tilbud.

6.0 SAMMENFATTENDE DRØFTING

Denne studien er en beskrivende studie av kommunalt psykisk helsearbeid relatert til ungdommer i Hedmark. Undersøkelsen er avgrenset til tre utvalgte kommuner. Informanter har vært et utvalg av helsesøstre og psykiatriske sykepleiere i disse tre kommunene. I dette kapittelet drøftes funnene fra undersøkelsen opp mot problemstillingen og teori om helsefremmende arbeid. Antonovsky (1996) utviklet sin teori om salutogenese fordi han i sin forskning ikke fant noen eksisterende teori om helsefremmende arbeid. Hans teori vil derfor danne bakgrunn for denne drøftingen. Informantenes erfaringer av ungdommers psykiske helse drøftes før deres kompetanse og deretter deres arbeid relatert til ungdommene.

6.1 «De fleste har det bra, men noen sliter og det er dem vi oftest møter»

Utgangspunktet for informantenes møter og derav erfaringer med ungdommer var ulikt. De opplevde at for mange ungdommer var ikke psykiatriske sykepleiere en naturlig instans å henvende seg til uten å være henvist dit. Disse henvisningene fikk de fra samarbeidspartnere som helsesøstre, fastleger eller spesialisthelsetjenesten. Det var derfor naturlig at de hadde færre erfaringer fra møter med ungdommer i sitt arbeid enn helsesøstre. De sistnevnte hadde via sin jobb i skolehelsetjenesten kontakt med alle elever. Dette kunne være en kort kontakt ved vaksinasjon eller det kunne være hyppige møter/samtaler over lengre perioder. To av kommunene hadde også helsesta-

sjon for ungdom der helsesøstre møtte mange ungdommer. Her var det åpen tid for ungdommer der de ikke trengte avtaler. Ingen av de kommunene som var med i undersøkelsen hadde psykiatrisk sykepleier ansatt ved helsestasjon for ungdom.

Psykiatriske sykepleieres erfaringer var at de ungdommene de arbeidet med slet med sin psykiske helse. Helsesøstre møtte alle typer ungdommer, men det meste av arbeidstiden sin benyttet også de til ungdommer som slet i forhold til psykisk helse. Ut fra dette, ble det naturlig at informantene i fokusgruppeintervjuene delte flest opplevelser fra ungdommer som de erfarte ikke hadde god psykisk helse. En annen viktig erfaring for dem var at alle ungdommer var i en sårbar fase og at for flere ungdommer svingte opplevelsen av den psykiske helsetilstanden raskt.

Psykiatriske sykepleiere og helsesøstre erfarte at den største gruppen av ungdommer med god psykisk helse bestod av dem som var relativt ressurssterke, var motiverte, hadde endringsevne og mål for livet sitt. Dette er i tråd med salutogenesen der en forutsetning for god helse er å ha en følelse av sammenheng i livet (SOC), slik at ressurser frigjøres ved å skape personlig vekst, gi økt kontroll over eget liv og avdekke nye og ubrukte muligheter og mestringspotensialer. Antonovsky (2000) vektla at tillit kan være en ressurs i seg selv. Han åpnet opp for en forbindelse mellom mestring og tillit hvor han vektla at mestring avspeiler tillit til en oppfattelse av verden som håndterbar, begripelig og meningsfull. Dette gir et bedre utgangspunkt for ungdommers anerkjennelse og gyldiggjøring av egne følelser.

I følge informantene var en viktig forutsetning for god psykisk helse for mange ungdommer å ha gode venner. Å balansere forholdet til venner kunne føre til at ungdommene opplevde mer eller mindre stress i livet. Antonovsky (1996) mente at dette var en naturlig del av livet og ikke alltid var negativt. Det vesentlige var hvilke generelle motstandsressurser ungdommer hadde til å registrere og bedømme stressorene, til å håndtere følelsesmessige problemer som disse fremkalte og til sist hvordan de kunne finne løsninger på problemene forårsaket av stressorene. Ungdommene som hadde god psykisk helse hadde ut fra dette evne til å registrere og bedømme de utfordringene de møtte i omgang med venner i dagliglivet.

Flere informanter påpekte at det i perioden fra en ungdom er 13 år og til samme ungdom er 19 år skjer en stor utvikling både i ungdommen selv og i forhold til omgivelsene til ungdommen. Dette gir både store muligheter og utfordringer relatert til ungdommers psykiske helse. Denne perioden er sårbar for alle og ekstra sårbar for noen avhengig av hvilke beskyttelses- og risikofaktorer som ungdommen selv har, det nærmeste nettverket og samfunnet for øvrig. En sammenfatning av flere informanters opplevelse av dette er:

Ungdommene har veldig ulike ressurser, både når det gjelder arv og miljø. De fleste ungdommer opplever å bli sett og anerkjent i egen familie, men noen vokser opp i familier som sliter og kan bli familiens «symptombærer». Venner er sentrale for ungdommene og de fleste har gode venner, men noen har svært få venner. Det er få eller ingen som sier de ikke har venner. Noen ungdommer kan involvere seg så sterkt i venners psykiske problemer at de får problemer selv. Skolen er en sentral faktor i ungdommenes psykiske helse og kan være både beskyttelses- og risikofaktor.

Forutsigbarhet i tilværelsen blir svært viktig for ungdommene som er i en sårbar fase. I følge Antonovsky kan dette være preget av å være usikker på fremtiden. Ungdommene kan ha blandede og uønskede følelser og være usikre på hva fremtiden vil bringe. Dette vil føre til at de opplever livet som mindre begripelig. Flere informanter var bekymrede for ungdommer som opplevde lite forutsigbarhet ved uoverensstemmelser i forhold til familien og spesielt ved skilsmisser.

Hvor belastende negative livshendelser og vanskelige oppvekstkår opplevdes, varierte fra ungdom til ungdom. Informantene opplevde at noen kunne få betydelige psykiske plager etter negative livshendelser, mens andre mestret stresset som hendelsen medførte uten at dette fikk negative følger. De ungdommene som mestret dette stresset dårlig, var overrepresenterte blant de ungdommene informantene møtte i sitt arbeid. Disse bekymret dem. Årsakene til disse psykiske vanskene opplevde de i mange tilfeller kunne skyldes utfordringer i ungdommenes familier. I følge salutogenesen kan det for mennesker som er skuffet over noen og føler seg urettferdig behandlet,

være en så stor belastning, at livet blir utfordrende å håndtere. I slike sårbare perioder trengte ungdommene å bli behandlet som en unik person med egen, individuell historie og egne problemer. Ungdommer med sterk følelse av sammenheng har større mestringsevne enn ungdommer med en svak følelse av sammenheng. Den første gruppen er bedre rustet til å velge hensiktsmessige mestringsstrategier i forhold til ulike stressorer, herunder også psykiske utfordringer og belastninger i forhold til hjemmesituasjonen.

6.2 «Må ha den boklige lærdommen i bunnen, men mest kompetanse via erfaringer»

Psykiatriske sykepleiere og helsesøstre hadde via sin grunnutdanning ervervet seg en kjernekompetanse, via sin videreutdanning ervervet seg spesialistkompetanse i psykisk helsearbeid og helsefremmende og forebyggende arbeid. Alle informantene opplevde at videreutdanningen som helsesøster, psykiatrisk sykepleier eller i psykisk helsearbeid var en viktig forutsetning i deres daglige arbeid. Flere av dem hadde i tillegg utviklet spisskompetanse på spesialområder relatert til de ulike virkeområdene. Dette er i tråd med Irgens (2007) som hevder at en yrkesutøver er kompetent når han eller hun har tilstrekkelige kunnskaper om jobben som skal gjøres, holdninger eller innstillinger som er nødvendig for å få jobben gjort på en etisk forsvarlig måte og vedkommende i tillegg har ferdighetene som trengs for å omsette dette ut i praktisk handling.

I salutogen tenkning er det viktig at kunnskaper ikke alltid danner holdninger som igjen skaper atferd. I følge salutogenesens læreprosesser er forutsigbarhet avgjørende for at det en arbeider med blir begripelig. Den opplevelsen av kompetanse informantene opplevde å ha fra sine videreutdanninger var med og gjorde arbeidet deres mer oversiktlig. I ukjente situasjoner der de var usikre på hva som møtte dem, var denne kompetansen en forutsetning for at arbeidet deres kunne bli så forutsigbart som mulig. Ble arbeidet preget av forutsigbarhet, kunne de få en viss forståelse av følelser og ting som skjedde i arbeidet og dette ble preget av begripelighet (Jensen & Johnsen, 2000).

De psykiatriske sykepleierne erfarte at de hadde god kompetanse i psykisk helsearbeid, men lite kompetanse om målgruppen ungdom. Ådnanes (2007) fant at det var tydelig at barn og unge ikke ble godt nok dekket i denne videreutdanningen. Helsesøstrene som var informanter ved denne studien og som også alle hadde en videreutdanning fra flere år tilbake, opplevde at de hadde fått lite kompetanse i psykisk helsearbeid ved denne videreutdanningen. Flere av dem opplevde også at ungdom var en lite vektlagt målgruppe i studiet. Andersson et al. (2006) konkluderer sin undersøkelse med at helsesøstrene opplever å ha et viktig ansvar og en sentral rolle i det psykiske helsearbeidet i kommunen. Videre at de ønsker mer kunnskaper om «den gode kommunikasjonen», praktiske verktøyer og metodestandarder i praksis. Ved økt kompetanse for helsesøstre vil flere ungdommer med psykiske problemer få rett hjelp til rett tid.

Informantene erfarte at en forutsetning for å kunne forstå ungdommers psykiske helse og eventuelle avvik ved denne var kunnskaper om ungdommers normale psykiske utvikling og avvik fra denne. En viktig forutsetning var kunnskapen om variasjoner i «normalutviklingen» hos en og samme ungdom og mellom ungdommer. Sitter (2008) fant at personell med kompetanse i psykososial problematikk påvirket brukernes tilfredshet i møte med tjenesten. Dette indikerer at fagpersonell som innehar kompetanse i psykososial problematikk er bedre i stand til å håndtere og møte brukere med psykiske vansker på en god måte. Dette er i tråd med Antonovsky (2000) som fant at belastningsbalanse var en forutsetning for håndterbarhet. Helsesøstre og psykiatriske sykepleiere som opplevde å inneha en kompetanse som medvirket til en rimelig belastning i sin arbeidshverdag, hadde større forutsetninger for å kunne håndtere denne tilfredsstillende.

Kompetansen de hadde ervervet seg via arbeidserfaringer ble spesielt trukket fram i fokusgruppene. De fleste mente at erfaringskompetansen var svært viktig. Ut fra å ha møtt svært mange ungdommer, hadde informantene integrert en trygghet i hvordan møte nye ungdommer. I følge salutogenesen vil følelsen av kontroll føre til at arbeidet meningsfullt. Sentralt her er at trygghet ut fra så mange erfaringer fra møter med ungdommer kan føre til SOC og derav kunne se muligheter, forstå hva som skjer og ha større evne til å velge strategier.

6.3 «Å lytte og gi de små ordene»

Alle informantene arbeidet i kommunehelsetjenesten og måtte forholde seg til kommunens planer og direktiver. Disse var i de fleste tilfeller laget ut fra sentrale juridiske og politiske føringer som lover, forskrifter og veiledere. Kommunene var pålagt å ha skolehelsetjeneste og anbefalt helsestasjon for ungdom. Psykiatriske sykepleiere hadde ikke spesiell aldersgruppe som målgruppe, men i praksis hadde de flest voksne og eldre. Det var få av informantene som viste til kommunens planer ved intervjuene, men noen påpekte at de måtte forholde seg til disse. Den viktigste føringen i deres arbeid var brukerne, det vil si ungdommene selve. De erfarte at det var hvordan de hadde det som styrte mye av arbeidsdagen deres. Noen informanter opplevde at når samfunnet ble mer komplekst, påvirket det ungdommenes psykiske helse som igjen la føringer for deres arbeid med flere arbeidsoppgaver.

At informantenes arbeidsdager kunne bli styrt ut fra ungdommenes behov, kunne føre til en ujevn belastningsbalanse for dem. Dette kunne føre til at de opplevde arbeidet mindre håndterbart (Jensen & Johnsen, 2000). Etter hvert som de ble mer erfarne i dette arbeidet, opplevde de dette mer og mer håndterbart. Å ha klare føringer for arbeidet fører til at dette blir lettere å forstå og begripe. Økt forståelse av sin egen arbeidssituasjon skaper igjen større bevissthet og refleksjon rundt egne valg. Ut fra å kunne bedømme ulike hendelser, som for eksempel vanskelige problemer, på en måte som krever erfaring og klokskap, vil gjennomføringen av arbeidshverdagen bli lettere.

Helsesøstrene hadde et lavterskeltilbud der de også hadde åpen tid for ungdommer. Dette gjaldt både skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom. Ut fra dette opplevde de ofte ikke å vite på forhånd hvordan deres arbeidsdag ble. Dette var både inspirerende og utfordrende. Større åpenhet i samfunnet om psykisk helse og bedre tilgjengelighet hadde ført til at flere ungdommer kontaktet dem. Årsaken til henvendelsene varierte fra noe som kunne oppfattes som bagateller til alvorlige livskriser. Helsesøstrene erfarte at det var flest jenter som kontaktet dem og at det var en større terskel for gutter å ta kontakt. Dette støttes av Andersson og Steihaug (2008) som fant at andelen ungdommer som oppsøkte helsesøstertjenesten hadde økt og at økningen var tydeligere for jenter enn for gutter. Dette åpne tilbudet kunne føre til

utfordringer i prioritering mellom ungdommer med små og store behov og at de måtte sette grenser ut fra kapasitet. De psykiatriske sykepleierne opplevde at tilbudet deres var lite kjent blant ungdommene.

Alle informantene opplevde et stort mangfold av arbeidsoppgaver som beriket arbeidshverdagene deres. De erfarte at en sentral arbeidsoppgave var å støtte ungdommene og også hjelpe de med å rydde i eget liv og i forhold til andre. Et av de viktigste hjelpemidlene deres i dette var kommunikasjon og spesielt det å kunne lytte. Ofte var det bare små ord og bekreftelser som var med og snudde ungdommenes oppfatning av egen psykisk helse. Ved slike samtaler var det svært viktig at de ikke opptrådte som moralister med pekefingeren ute. Noen informanter benyttet begrepet støttesamtaler, men andre bare brukte begrepet samtaler. Dette er i tråd med Borup (2007) som hevder at helsesøstrenes må være ydmyke overfor sin betrodde rolle blant ungdommer og verne om denne. Også psykiatriske sykepleiere opplevde at deres sentrale arbeidsoppgave var samtaler. De hadde ikke det samme lavterskeltilbudet som helsesøstrene, men fikk i stedet henvist ungdommer med psykiske vansker.

Informantene opplevde å ha svært ansvarsfulle arbeidsoppgaver og et stort arbeidspress. De erfarte at kravene fra brukerne og arbeidsgiver økte. Mange helsesøstre følte seg også mye alene i arbeidshverdagen. Ut fra dette mente de alle å ha behov for avlastning i sitt arbeid. Den viktigste metoden for dem i dette var veiledning. Her virket det å være en viss forskjell mellom yrkesgruppene. De psykiatriske sykepleierne hadde mer utdanning og rutine i dette. Ble arbeidsdagen for stor og uhåndterlig kunne dette skyldes for stor belastning i forhold til ressurser. Ut fra salutogenesen fører dette til mindre følelse av sammenheng i livet/arbeidet.

I en kommune hadde de etablert et samarbeid mellom de psykiatriske sykepleierne og helsesøstrene i psykisk helsearbeid relatert til ungdommer som begge parter erfarte å være et konstruktivt og viktig samarbeid. Andre viktige samarbeidspartnere for informantene var ansatte i skolen, fastlegen og BUP. Angående den sistnevnte, så opplevde to av kommunene ofte utfordringer i dette samarbeidet. Noen informanter savnet et tilbud i kommunen som hadde mer faglig kompetanse med blant annet psykolog eller psykiater. Informantene opplevde at de var sentrale aktører i det tverrfaglige samar-

beidet i psykisk helsearbeid relatert til ungdommer. I følge salutogenesen blir arbeidet mer meningsfullt når en er delaktig i samarbeid med andre, og opplever klare mål og følelse av kontroll. De opplevde at når de var delaktige i dette, førte det til at arbeidet deres ble mer meningsfullt (Jensen & Johnsen, 2000). Ved sine erfaringer av ungdommers psykiske helse, egen kompetanse og arbeid kunne de oppleve håndterbarhet, begripelighet og meningsfullhet. Disse er sentrale i den salutogene forståelsen som bygger på følelse av sammenheng (eller SOC).

7.0 KONKLUSJONER OG ANBEFALINGER FOR VIDERE FORSKNING

7.1 Konklusjoner

- Helsesøstre og psykiatriske sykepleiere mente at de fleste ungdommer hadde god psykisk helse ved en viss følelse av sammenheng i livet.
- De fleste av de ungdommer de hadde samtaler over tid med var ungdommer som hadde psykiske vansker.
- Helsesøstrene erfarte sine kunnskaper om helsefremmende og forebyggende arbeid som gode og relevante. Ut fra kontakt med svært mange ungdommer erfarte de å ha god kompetanse om disse, men ønsket mer kunnskaper om psykisk helsearbeid.
- Psykiatriske sykepleiere opplevde å ha gode kunnskaper om psykisk helsearbeid generelt, men mindre kunnskaper om ungdommer og psykisk helse.
- Begge profesjonsgruppene mente at erfaringskompetansen var svært viktig i deres arbeid.
- Den viktigste føringen i deres arbeid var problemer ungdommene selv presenterte og egne verdier i arbeidet. De forholdt seg også til lover, forskrifter, planer med mer.
- Store deler av arbeidsdagen deres bestod av samtaler der det viktigste var å ta ungdommene på alvor, ved å lytte til dem og gi råd som kunne styrke ungdommene.

- Avlastning ved veiledning fungerte bra for psykiatriske sykepleiere, men ikke for helsesøstrene. Helsesøstrene etterlyste dette.
- Det er store potensialer i det psykiske helsearbeidet relatert til ungdommer ved å vektlegge et bedre samarbeid mellom psykiatriske sykepleiere og helsesøstre.
- Viktige samarbeidspartnere var ansatte i skoler, fastleger og BUP. Helsesøstrene savnet mer samarbeid med psykolog eller psykiater. Det psykiske helsearbeidet for barn og unge bør kjennetegnes av tverrfaglighet og samarbeid mellom tjenestene og være av god kvalitet i tråd med nasjonale føringer.
- Den kommunale organiseringen av det psykiske helsearbeidet til ungdommer påvirker tilbudet ungdommene mottar.

7.2 Anbefalinger for videre forskning

- Studie av hvilke behov som finnes i kommunene relatert til psykisk helsearbeid til ungdom og hvordan bør dette ivaretas i relevante videreutdanninger?
- Studie som undersøker samarbeidsformer mellom helsesøstre og psykiatriske sykepleiere i kommunene relatert til ungdoms psykiske helse.

LITTERATUR

- Andersson, H. W., Ose, S. O., & Norvoll, R. (2006). *Helsesøsters kompetanse elektronisk ressurs*. Trondheim: SINTEF Helse.
- Andersson, H. W., & Steihaug, S. (2008). *Tilgjengelighet av tjenester for barn og unge med psykiske problemer: Evaluering av Opptrappingsplanen for psykisk helse*. Trondheim: SINTEF.
- Antonovsky, A. (2000). *Helbredets mysterium: at tåle stress og forblive rask*. København: Hans Reitzel Forlag.
- Antonovsky, A. (1996). The salutogenetic model as a theory to guide health promotion. *Health promotion international*, 11(1), 11–18.
- Barne-, & familiedepartementet. (2002). *Oppvekst- og levekår for barn og ungdom i Norge*. Oslo: Departementet.
- Borge, A. I. H. (2003). *Resiliens risiko og sunn utvikling*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Borge, L. (2006). Det gode liv – som grunnlag for verdier og faglige utfordringer i psykisk helsearbeid. I A. Almvik & L. Morge (red.), *Psykisk helsearbeid i nye sko*. Bergen: Fagbokforlaget.

- Borup, I. K. (2007). Skoleelevers refleksjoner, diskussjoner og handlinger. *Sygeplejersken*(3).
- Borup, I. K., & Holstein, B. E. (2004). Social class variations in schoolchildren's self-reported outcome of the health dialogue with the school health nurse. *Nordic College of Caring Sciences, Scand J Caring Sci*(18), 343–350.
- Fagermoen, M. S. (2005). Kvalitative studier og kvalitetskriterier. *Norsk Tidsskrift for Sykepleieforskning*, 7(2), 40–54.
- Glavin, K., & Helseth, S. (2005). Fag i utvikling: Kunnskap i tråd med samfunnets behov. *Sykepleien*, 93(5), 56–57.
- Glavin, K., Helseth, S., & Kvarme, L. G. (2007). *Fra tanke til handling metoder og arbeidsmåter i helsesøstertjenesten*. Oslo: Akribe.
- Glavin, K., & Kvarme, L. G. (2003). *Helsesøstertjenesten. Fra menighetssykepleie til folkehelsevitenskap*. Oslo: Akribe.
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education today*, 24(2), 105–112.
- Grøholt, B. (1998). Ungdomstiden og mestringsperspektivet. I B. G. Gjørum, B. og Sommerchild, H. (red.), *Mestring som mulighet i møte med barn, ungdom og foreldre*. Oslo: Tano Aschehoug.
- Halvorsen, K. (2008). *Å forske på samfunnet: en innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Cappelen akademisk forl.
- Helland, M. J., & Mathiesen, K. S. (2009). *13–15-åringer fra vanlige familier i Norge: hverdagsliv og psykisk helse*. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- Helse-, & omsorgsdepartementet. (1982). *Lov om helsetjenesten i kommunene*.
- Helse-, & omsorgsdepartementet. (2003). *Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten*.

- Helse, & omsorgsdepartementet. (2006). *Stortingsproposisjon nr. 1 (2006–2007)*.
- Helsedepartementet. (2003). *Resept for et sunnere Norge: folkehelsepolitikken*. Oslo: Departementet.
- Helsedirektoratet. (2008). *Ventetider og pasientrettigheter 2. tertial 2008*.
- Hjälmhult, E., Wold, B., & Samdal, O. (2002). Skolehelsetjenesten og helsefremmende arbeid: Samarbeid mellom helsesøstre og lærere ved de norske skole-
lene i «Europeisk nettverk av Helsefremmende skoler». *Vård i Norden*, 22(1), 42–46.
- Hummelvoll, J. K. (1996). Working in the field. The psychiatric nurses as a «libero»
in the community health services. *European Journal of Public Health*, 6(1), 2–10.
- Hummelvoll, J. K. (2004). *Helt – ikke stykkevis og delt: psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Hummelvoll, J. K. (2006). En helhetlig-eksistensiell psykiatrisk sykepleietilnær-
ming i et lokalsamfunnsperspektiv. *Klinisk sygepleje*, 20(1), 13–23.
- Hummelvoll, J. K., & Severinsson, E. (2005). Researchers' experience of co-ope-
rative inquiry in acute mental health care. *Journal of Advanced Nursing*, 52(2), 180–188.
- Haavet, O. R. (2005). *Ungdomsmedisin*. Oslo: Universitetsforl.
- Irgens, E. J. (2007). *Profesjon og organisasjon: å arbeide som profesjonsutdannet*.
Bergen: Fagbokforl.
- Jensen, T. K., & Johnsen, T. J. (2000). *Sundhedsfremme i teori og praksis: en lære-,
debat- og brugsbog på grundlag af teori og praksisbeskrivelser*. Århus:
Philosophia.

- Johansson, A., & Ehnfors, M. (2006). Mental health-promoting dialogue of school nurses from the perspectives of adolescent pupils. *Vård i Norden*, 26(4), 10-13+19.
- Killén, K. (2004). *Sveket omsorgssvikt er alles ansvar* (3. utg.). Oslo: Kommuneforl.
- Kunnskapsdepartementet. (2008). *Rammeplan for sykepleierutdanning*.
- Kvale, S. (1997). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Ad notam Gyldendal.
- Leira, A., & Ellingsæter, A. L. (2004). *Velferdsstaten og familien utfordringer og dilemmaer*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lindholm, L. (1998). *Den unga människans hälsa och lidande*. Vasa: Åbo Akademi.
- Lund, I. (2005). *«Hun sitter jo bare der»: innagerende atferd og tiltak i lys av Daniel Sterns teori*. Oslo: Voksne for barn.
- Lønne, A. H. (2008). *Å leve med ungdom med psykisk lidelse*. Legeforlaget.
- Malterud, K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring*. Oslo: Universitetsforl.
- Mathiesen, K. S. (2007). *Trivsel og oppvekst – barndom og ungdomstid*. Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Nightingale, F. (1997). *Notater om sykepleie. Samlede utgaver*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Nordahl, T., Sørli, M.-A., Manger, T., & Tveit, A. (2005). *Atferdsproblemer blant barn og unge*. Bergen: Fagbokforl.
- Ogden, T., & Kirke- utdannings- og forskningsdepartementet. (1998). *Elevatferd og læringsmiljø læreres erfaringer med og syn på elevatferd og læringsmiljø i grunnskolen*. Oslo: Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet.

- Regjeringen. (2003). *Regjeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse sammen om psykisk helse* Oslo.
- Samargia, L. A., Saewyc, E. M., & Elliott, B. A. (2006). Foregone Mental Health Care and Self-Reported Access Barriers Among Adolescent. *The Journal of School Nursing*, 22(1), 17–24.
- Sitter, M. (2008). *Brukerbasert evaluering av det kommunale tjenestetilbudet for barn og unge med psykiske vansker 2004–2007*. Trondheim: SINTEF.
- Sosial-, & helsedirektoratet. (2007). *Psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Sørfonden, W., & Finstad, H. H. (2000). Forskerliv og hverdagsliv i samme rom - et tilbakeblikk på erfaringer med metoden fokusgruppe. *Vård i Norden*, 20(3), 39–42.
- Sørli, M.-A. (2000). *Alvorlige atferdsproblemer og lovende tiltak i skolen en forskningsbasert kunnskapsstatus*. Oslo: Praxis forlag.
- Thagaard, T. (2009). *Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforl.
- Thuen, F. (2001). Barn og skilsmisser. En gjennomgang av forskning på feltet. I A. L. Dyregrov, G. og Raaheim, K. (red.) (red.), *Et liv for barn. Utfordringer, omsorg og hjelpetiltak*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Try, E., & Fossøy, A. (2004). Videreutdanningsstudentar – ein ressurs i førebyggjande helsearbeid. *Sykepleien*, 94(10).
- Tveiten, S. (2007). Veiledning. I K. Glavin, Helseth, S., & Kvarme, L. G (red.), *Fra tanke til handling metoder og arbeidsmåter i helsesøstertjenesten*. . Oslo: Akribe.
- Tveiten, S. (2008). *Pedagogikk i sykepleiepraksis*. Bergen: Fagbokforl.

- Utdannings-, & forskningsdepartementet. (2005a). *Rammeplan og forskrift for helsesøsterutdanning.*
- Utdannings-, & forskningsdepartementet. (2005b). *Rammeplan og forskrift for videreutdanning i psykisk helsearbeid.*
- Vråle, G. B. (2008). Videreutdanning i psykisk helsearbeid – et blick tilbake, på nå-situasjonen og noen betraktninger om framtid. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*(2), 144–152.
- Wichstrøm, L., & Kvalem, I. L. (2007). *Ung i Norge psykososiale utfordringer.* Oslo: Cappelen akademisk forl.
- Ystgaard, M., Reinholt, N., Husby, J., & Mehlum, L. (2003). Villet egenskade blant ungdom. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 123(16), 2241–2245.
- Zachrisson, H. D., Rødje, K., & Mykletun, A. (2006). Utilization of health services in relation to mental health problems in adolescents: Apopulation based survey. *BMC Public Health*, 6(34).
- Ådnanes, M., & Harsvik, T. (2007). *Evaluering av videreutdanning i psykisk helsearbeid.* Trondheim: SINTEF.
- Aarø, L. E., Haugland, S., Hetland, J., Torsheim, T., Samdal, O., & Wold, B. (2001). Psykiske og somatiske plager blant ungdom. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 121(25), 2923–2927.

Intervjuguide fokusgruppeintervju 1

11. Hvordan erfarer du den psykiske helsa til ungdommen i kommunen?
 - Hvilke ressurser relatert til psykisk helse har ungdommene?
 - Hvilke utfordringer angående dette har de?
 - Opplever du forskjeller mellom jenters og gutters psykiske helse?
 - Hvordan opplever du utviklingen av ungdommers psykiske helse de siste 5 årene?

12. Hvordan opplever du din kompetanse, rolle og ansvar i dette arbeidet?
 - Hvor har du ervervet deg din kompetanse relatert til ungdommers psykiske helse:
 - grunnutdanningen
 - videreutdanningen
 - i forbindelse med jobb
 - Opplever du din kompetanse i psykisk helse relatert til ungdommer som tilstrekkelig?
 - Hva opplever du er din rolle og ditt ansvar relatert til psykisk helse hos ungdom?

13. Kommunens tilbud til disse ungdommene.
 - Har dere spesielle tilbud til ungdom relatert til psykisk helse?
 - Hvilke tilbud til ungdom relatert til psykisk helse finnes i kommunen?
 - Hvilke tilbud til ungdom relatert til psykisk helse i kommunen erfarer du fungerer bra?
 - Hva savner du av tilbud til ungdom relatert til psykisk helse i kommunen?

Intervjuguide fokusgruppeintervju 2

1. Hva opplever du som mest «slående» i sammendraget fra intervju 1. Er det noe du opplever du ikke har fått fram som er viktig?
2. Kan du gi et eksempel/erfaring fra ditt arbeid med psykisk helse relatert til ungdom?
3. Hvor henter du avlastning fra når du kjenner på belastninger i dette arbeidet?
4. Hvem er den viktigste samarbeidspartneren for deg i dette arbeidet?
5. Hva er den viktigste føringen for deg i dette arbeidet?
6. Hvilket ønske har du for psykisk helsearbeid relatert til ungdom i Eidskog kommune i framtiden?



Høgskolen i Hedmark

Avdeling for
helse- og idrettsfag

Høgskolelektor Randi Jørstad
Avdeling for helse- og idrettsfag
Høgskolen i Hedmark
Kirkeveien 47
2418 Elverum
62 43 02 37 48 11 50 46
Randi.Jorstad@hse.hihm.no

VEDLEGG 3

Elverum 20.11.06

Rådmann
X kommune

Forespørsel om deltagelse i prosjekt "Kommunalt psykisk helsearbeid relatert til ungdom i Hedmark."

I forbindelse med mitt arbeide ved høgskolen gjennomfører jeg prosjektet "Kommunalt psykisk helsearbeid relatert til ungdom i Hedmark. Hensikten med prosjektet er en kartlegging av helsesøstere og psykiatriske sykepleieres erfaringer med ungdommers psykiske helse, egen kompetanse og kommunens tilbud. Målet er å bidra til økt forståelse av emnet.

Dette ønskes undersøkt ved å intervju 6 – 8 helsesøstere og psykiatriske sykepleiere i kommunen i 2 fokusgruppeintervjuer (ett i januar og ett i mars 2007). Disse intervjuene vil bli tatt opp på bånd og transkribert til tekst. Jeg skal intervju deltagere fra 3 kommuner i Hedmark. Disse kommunene er utvalgt av Elisabeth Petterson, seniorrådgiver, psykisk helse, Sosial- og helseavd., Fylkesmannen i Hedmark (etter forespørsel fra undertegnede). Kriteriene for valg av kommuner var at det skulle være 2 land- og 1 bykommune, så store kommuner at det kan dannes en gruppe og at flere av gruppedeltagerne jobber med ungdom.

Det vil bli innhentet skriftlig informert samtykke fra alle deltagerne. Jeg er underlagt taushetsplikt, alle deltagerne vil bli anonymisert og alle data behandles konfidensielt. Ved prosjektets avslutning i juni 2007 vil lydbåndopptak bli slettet. Resultatene fra undersøkelsen vil bli presentert i en rapport i høgskolens serie. Disse vil også om ønskelig bli presentert for de deltagende kommuner, separat eller felles.

Prosjektet er meldt til Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste AS.

Jeg svarer gjerne på oppklarende spørsmål.

Jeg håper på velvillig behandling av denne forespørselen, og ber om at dere i så fall sender denne henvendelsen til aktuelle instanser i kommunen, eller sender navn på disse til meg. Håper at denne forespørselen kan behandles så raskt som mulig, da jeg har planlagt de første intervju i januar 2007.

Med vennlig hilsen

Randi Jørstad

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Horvold Høfjengen gate 28
N-5007 Bergen
Norge
Tel: +47 55 58 21 17
Fax: +47 55 58 96 30
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.no: 985 321 884

Randi Jørstad
Avdeling for helse- og idrettsfag
Høgskolen i Hedmark
Kirkeveien 47
2418 ELVERUM

Vår dato: 22.12.2006

Vår ref.: 157850E

Deres dato:

Deres ref.:

KVITTERING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 21.11.2006. Meldingen gjelder prosjektet:

15785 Kommunalt psykisk helsearbeid relatert til ungdom i Hedmark
Behandlingsansvarlig Høgskolen i Hedmark, ved institusjonens øverste leder
Daglig ansvarlig Randi Jørstad

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, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven/-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/endrings skjema>. 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://www.nsd.uib.no/personvern/register/>

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 30.06.2007 rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen


Bjørn Henriksen


Janne Sigbjørnsen Eie

Kontaktperson: Janne Sigbjørnsen Eie tlf: 55 58 31 52

Vedlegg: Prosjektvurdering

Ansvarligansvarlig / Zentrale Offizier:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47 22 85 52 11. nsd@iuh.uio.no
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7801 Trondheim. Tel: +47 73 58 39 07. sjm@iuh.ntnu.no
TRAFALGAR: NSD, Tlf, Universitetet i Tromsø, 9007 Tromsø. Tel: +47 77 64 43 36. nsd@iuh.uib.no