

Den gode relasjon med ungdom

En kvalitativ studie av fagpersoners erfaringer og refleksjoner om å skape god relasjon med ungdom som lever med helseutfordringer

**Høgskolen i Sørøst- Norge, Fakultet for helsevitenskap
Master i helsefremmende arbeid**

Kandidatens navn:

Helene Morvik

Måned/ årstall:

Mai 2016

Antall ord: 19 795

<i>Forfatter</i>	Helene Morvik
<i>Grad</i>	Master i helsefremmende arbeid
<i>Fakultet</i>	Fakultet for helsevitenskap
<i>Institutt</i>	Institutt for helsefremmende arbeid
<i>Veileder</i>	Catherine Anne Nicole Lorentzen
<i>Innleveringsdato</i>	13.mai 2016
<i>Oppgavens tittel</i>	Den gode relasjon med ungdom En kvalitativ studie av fagpersoners erfaringer og refleksjoner om å skape god relasjon med ungdom som lever med helseutfordringer
<i>Antall ord</i>	19 795
<i>Søkeord</i>	Relasjon, ungdom, fagpersoner, helsepersonell, tillit, helsefremmende arbeid, salutogenese, relasjonskompetanse, Bronfenbrenner Professional-patient relations, client involvement, adolescents, trust, health promotion, salutogenesis, attitude of health personell, , (shared)decision making, empathy, inpatient, hospitalized, Bronfenbrenner

Sammendrag

Helsetilbudet for ungdom og unge i Norge sees samlet sett som fragmentert og lite helhetlig. Det er derfor nå en økende nasjonal satsning på ungdomshelse og forbedring av helsetjenester til ungdom. Hvordan fagpersoner kan skape gode relasjoner med ungdom som lever med helseutfordringer kan være et bidrag inn i arbeidet med å fremme ungdommers helse. Følgende problemstilling ble valgt på bakgrunn av dette:

Hvilke forhold er av betydning for fagpersoners mulighet til å skape gode relasjoner med ungdom som lever med helseutfordringer?

Intensjonen med studien har vært å få kunnskap om hvilke individuelle og strukturelle forhold som er av betydning for fagpersoners muligheter til å skape en god relasjon med ungdom som lever med helseutfordringer.

Empiri ble innhentet gjennom kvalitativ undersøkelse, fokusgruppeintervju, med semi-strukturert intervjuguide. 14 forskningsdeltakerne deltok i tre fokusgrupper fra skolehelsetjeneste og somatisk- og psykiatrisk barne- og ungdomsavdeling i sykehus.

Trygghet og tillit fremkom som grunnleggende viktig når forskningsdeltakerne i alle tre fokusgruppene snakket om sin forståelse av «en god relasjon». Studien viser at både individuelle forhold og strukturelle forhold er av betydning når en skal skape gode relasjoner med ungdom.

Individuelle forhold som å avklare roller, ansvar, rammer, ivaretagelse av konfidensialitet og autonomi og at fagpersonen må fremstå som trygg, sees som viktig for å skape trygghet i relasjonen. Fagpersonens grunnleggende tillit og anerkjennende holdning til ungdom, samt fagpersonens kompetanse er viktig for å skape tillit.

Strukturelle forhold som arbeidstid, tid til hver enkelt ungdom, fysiske rammer, muligheter for å samarbeide med kollegaer og tilgjengelighet for ungdom, er forhold på strukturnivå som har innvirkning på fagpersonenes muligheter til å skape gode relasjoner basert på trygghet og tillit.

Abstract

Health services for youth and adolescents in Norway is seen to be overall fragmented and not comprehensive. As a result there is now growing national focus on adolescent health and improvement of health services for this population. How professionals can create good relationships with young people living with health challenges can contribute to the efforts to promote adolescent health. The following question was chosen on this basis:

Which factors are important for professionals' ability to create good relationships with adolescents living with health challenges?

The intention of the study was to gain knowledge about the individual and structural issues that are of importance for enabling professionals' to create good relationships with adolescents living with health challenges.

Empirical data was obtained through qualitative research, semi-structured focus groups interviews. Fourteen professionals participated in three focus groups in school healthservices and somatic- and psychiatric child-and adolescents departements in hospital.

Confidence and trust emerged as fundamentally important when research participants in all three focus groups talked about their understanding of "a good relationship". The study shows that both individual and structural conditions are of importance when creating good relationships with adolescents.

Individual factors such as clarity of roles, responsibilities, boundaries, ensuring confidentiality and autonomy, and also that professionals must appear confident, are seen as important factors to create confidence in the professional-adolescents relationship. The professional's basic trust and acknowledgement attitude towards adolescents, as well as the professional's expertise is important to create confidence.

Structural factors such as working hours, time spent with each adolescent, physical limitations, possibilities to collaborate with colleagues and availability for the adolescents, are all factors, which on a structural level, affect the professionals ability to create good relationships based on confidence and trust.

Forord

Fire års masterstudier i Helsefremmende arbeid er ved veis ende, jeg ser tilbake på en svært lærerik og positiv prosess og er takknemlig for nye, gode bekjenskaper.

Kombinasjonen med jobb, studier og familieliv har medført at hverdagen har vært innholdsrik og det har krevd harde prioriteringer, men jeg ville ikke vært det foruten.

Jeg hadde ikke kommet gjennom dette alene, og det er mange jeg så gjerne vil takke: Forskningsdeltakerne, for raushet og tid til å dele erfaringer og refleksjoner, og til enhetslederne som har lagt til rette.

Førsteamanuensis Catherine Lorentzen, for at du har hatt tro på meg, støttet meg med god og konstruktiv veiledning – dine innspill har beriket arbeidet.

Familien min. Tor Egil som ga grønt lys, som har holdt ut og taklet hverdagen. Andrea, Theodor og Eline som har holdt ut at mamma måtte reise til skolen av og til, og som tok imot meg med smil og gode klemmer når jeg kom tilbake.

Mine gode venner, medstudiner og kollegaer Cathrine Welde Lundegaard og Signegun Romedal. Ewig takknemlig for støtte, vilje til å dele, oppmuntring og innstillingen «Dette skal vi klare sammen!». Takk for gode stunder i bilen og i kollektiv!

Min leder Anne Mia Myhre og gode kollegaer på jobb som lagt forholdene til rette, hatt tro på meg og heiet på meg hele veien.

Karen Therese Sulheim Haugstvedt ved AHUS har vært en viktig støttespiller - tusen takk for din raushet, engasjement og klokskap.

Takk for inspirasjon til dere ungdommer jeg har truffet gjennom min jobb, til samarbeidspartnere på Sørlandet sykehus og Nasjonal Kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse (NK LMH).

Kristiansand, mai 2016

Helene Morvik

Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
1.1	Bakgrunn og formål	1
1.2	Problemstilling.....	4
1.2.1	Predisering og avgrensning av problemstilling.....	4
1.3	Begrepsdefinisjoner	5
1.4	Oppgavens oppbygning	5
2	Teori	7
2.1	Helsefremmende arbeid (HP)	7
2.1.1	Salutogenese	9
2.2	Relasjoner og relasjonskompetanse	10
2.3	Settingsperspektivet i HP	11
2.3.1	Sykehus som setting: Barne- og ungdomsavdelingen	12
2.3.2	Skolen som setting: Skolehelsetjenesten	12
3	Metode.....	14
3.1	Bakgrunn for valg av metode og vitenskapsteoretisk forankring	14
3.2	Min forforståelse.....	14
3.3	Forskningsdesign	15
3.3.1	Fokusgruppeintervju som metode	16
3.4	Rekruttering og utvalg	16
3.4.1	Utvalg	16
3.4.2	Formaliteter og tilgang til feltet.....	17
3.4.3	Rekruttering.....	17
3.5	Gjennomføring av intervjuene	18
3.6	Transkribering.....	19

3.7	Analyseprosess.....	20
3.8	Metoderefleksjon	23
3.8.1	Kritisk blikk på egen metode.....	23
3.8.2	Gyldighet, pålitelighet og overførbarhet	24
3.9	Forskningsetikk.....	26
4	Presentasjon av empiri.....	28
4.1	Hvordan kan trygghet hos ungdom, i relasjon til fagpersoner, skapes?	29
4.1.1	Betydningen av ulike rammefaktorer	29
4.1.2	Konfidensialitet og autonomi	34
4.1.3	Fagpersonen må fremstå som trygg.....	35
4.2	Hvordan kan tillit hos ungdom, i relasjon til fagpersoner, skapes?	37
4.2.1	Fagpersonens grunnleggende tillit og anerkjennende holdning	38
4.2.2	Fagpersonens kompetanse	41
5	Drøfting- På hvilken måte kan fagpersoner skape en god relasjon med ungdom med helseutfordringer?.....	43
5.1	Hvilke forhold på individnivå har betydning for fagpersoners mulighet for å skape gode relasjoner med ungdom som lever med helseutfordringer?.....	43
5.2	Hvilke forhold på strukturnivå har betydning for fagpersoners mulighet til å skape gode relasjoner med ungdom?	52
6	Avslutning	56
6.1	Oppsummering av funn	56
6.2	Implikasjoner for praksis	58
6.3	Forslag til videre forskning.....	59
	Litteraturliste	1

- Vedlegg 1 : Godkjenning fra Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD)
- Vedlegg 2: Forespørsel om lov til å rekruttere informanter -til enhetsleder sykehus og kommune
- Vedlegg 3: Invitasjon til deltakelse i studien med samtykkeerklæring
- Vedlegg 4: Intervjuguide
- Vedlegg 5: Analyse del 1 – utdrag av tabell
- Vedlegg 6: Analyse del 2 – utdrag av tabell
- Vedlegg 7: Tankekart kategori «Rammer»
- Vedlegg 8: Tankekart kategori « Trygghet»
- Vedlegg 9: Tankekart kategori «Tillit»
- Vedlegg 10: Tankekart kategori «Personlige egenskaper»
- Vedlegg 11: Tankekart kategori « Kompetanse»
- Vedlegg 12: Tankekart kategori «Holdninger»
- Vedlegg 13: Oversiktskart kategorier, sub-kategorier og forbindelser
- Vedlegg 14: Tankekart til drøfting «individnivå»
- Vedlegg 15: Tankekart til drøfting «strukturnivå»

1 Innledning

I dag er det en økende satsning på ungdomshelse og forbedring av helsetjenester til ungdom både nasjonalt og internasjonalt (Kelly, 2007; Meld.St. 11(2015-2016), 2015; WHO, 2012). Ifølge Unge funksjonshemmede (2015), Barneombudet(2013) og Helsedirektoratet(2012) fremstår helsetilbudet for ungdom og unge i Norge samlet sett som fragmentert og lite helhetlig, ungdom får et dårligere helsetilbud enn barn og voksne, og ungdommers medvirkning og innflytelse på individnivå og systemnivå har forbedringspotensiale. Mange ansatte i helsevesenet opplever dessuten usikkerhet i møte med ungdom og etterspør økt kompetanse knyttet til kommunikasjon og veiledning av ungdom. Jeg var interessert i å få mer kunnskap om fagpersoners arbeid med ungdom med helseutfordringer.

Målet med masteroppgaven er å beskrive hvordan fagpersoner jobber med å skape «gode relasjoner» med ungdom som lever med helseutfordringer og få økt forståelse for hvilke forhold som er viktig i relasjonsbygging med ungdom med helseutfordringer.

1.1 Bakgrunn og formål

Når ungdom har helseutfordringer eller trenger veiledning vedrørende helse, oppsøker de i stor grad skolehelsetjenesten eller fastlege. Ungdom som har kronisk sykdom eller funksjonsnedsettelse har ofte et tilbud i spesialisthelsetjenesten (Rajka, 2011). Dette gjør at skolehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten kan sees som settinger som kan fremme eller hemme ungdommens helse.

Temaet er relevant for helsefremmende arbeid gjennom reorientering av helsetjenestene mot å ha et mer helhetlig og helsefremmende fokus, ett av fem innsatsområder i Ottawa-charteret (WHO, 1986). Dette innebærer å implementere verdier og prinsipper for helsefremmende arbeid i ulike settinger der helsetjenester tilbys. Målet er å fremme helse til ansatte, pasienter og pårørende (WHO, 1997, 2004)

En helsefremmende tilnærming til ungdom har utgangspunkt i et helhetlig og utvidet syn på helse som noe subjektivt, en ressurs og en menneskerettighet (WHO, 1986). Helse kan sees som overskudd til å mestre hverdagens krav og livets uunngåelige vanskeligheter (Hjort, 1982). Å fremme helse betyr å tilrettelegge for prosesser som gir ungdom muligheter til å medvirke i saker som angår dem og som kan få konsekvenser for deres helse (WHO, 1986). Empowerment, eller bemyndigelse, er knyttet til HP-strategien «enabling» – å gjøre ungdom i stand til å ta kontroll over faktorer, helsedeterminanter, som påvirker helse, økt kontroll i eget liv og kunne forbedre sin helse (Green & Tones, 2010; WHO, 1986). Bemyndigelse innbefatter en omfordeling av makt, likeverdighet og anerkjennelse av individets kompetanse (Branstad, 2003; Stang, 2003). Ungdom som individer inngår i flere settinger, som familie, venner og skole, der helse skapes eller svekkes i relasjon med omgivelsene. Det er derfor nødvendig å se ungdommen i et systemperspektiv – et sosialøkologisk perspektiv (Currie et al., 2012). Systemperspektivet handler om kapasitetsbygging, maktoverføring, myndiggjøring og skape gode samarbeidsallianser for å fremme ungdommers helse (Bronfenbrenner, 1979; Green & Tones, 2010; WHO, 1986). Den engelske sosiologen Giddens (1997) mener det blir for ensidig å kun se på kvaliteten i møtet mellom to individer, en må også se på strukturelle forhold, som hvordan prioriteringsspørsmål, helsetjenestens organisering og politiske forhold påvirker relasjonen mellom individer.

Ungdom beskrives som en ekstra sårbar gruppe fordi de skal utvikle sin identitet, tilegne ny kunnskap, problemløsningsevne og ferdigheter, mestre nye roller, relasjoner og følelser, bli selvstendig, og lære å ta valg som får konsekvenser for voksenliv og senere helse (WHO, 2014). Men ungdom har begrenset evne til å forstå konsekvensene av valg de tar grunnet manglende erfaring og fordi hjernen er i utvikling. Dette kan få følger knyttet til egenomsorg, livskvalitet, oppfølging av helseutfordringer og sykdommens prognoser i fremtiden (Börjesson, 2013; Kelly, 2014; Røise, 2011). Ungdom med helseutfordringer, skal som andre ungdommer, ivareta relasjonen til venner, utdanning, jobb og fritidsaktiviteter. Behandling og mestring av helseutfordringene, kan komme i konflikt med ungdommers behov for å være lik andre ungdommer og delta i sosiale og fysiske aktiviteter.

Ungdom trenger relevant kunnskap og ferdigheter for å gjøre gode helsevalg. Støtte fra foreldre, venner, skole og helsevesen er viktig for ungdoms mestring av egen sykdom(Rajka, 2011).

Hvordan helsetjenester til ungdom organiseres og tilbys til ungdom, hvilke holdninger til og hvordan helsepersonell møter ungdom, påvirker relasjonen og har stor betydning for ungdommers muligheter til å få økt kontroll over faktorer som påvirker helse (Aujoulat, Deccache, & Simonelli, 2006; Börjesson, 2013). Målet med alle helsetjenester til ungdom bør være å støtte ungdom til å oppnå best mulig helse og livskvalitet(Kelly, 2014).

Dialogen er forutsetning for bemyndigelse, for uten menings- og erfaringsutveksling kan ikke fagpersonen vite hva som vil stimulere individets ressurser, muligheter og kontroll. Dialogen kan stimulere ungdommen til å ta i bruk egne ressurser for å løse egne problemer. Den kan videre skape kritisk bevissthet om sammenheng mellom egne valg og helse, påvirkningsfaktorer og hvordan man kan påvirke beslutningsprosesser og utvikling av HP(Stang, 2003). Hvordan individer opplever kvaliteten på relasjonen skaper grunnlaget for at en tør å dele personlig informasjon og være i dialog(Thom et al., 2011).

Så vidt jeg kunne finne i min litteraturgjennomgang, er det gjort få kvalitative studier som belyser fagpersonenes erfaringer med å skape gode relasjoner med ungdom som lever med helseutfordringer. Det er gjort forskning innen psykoterapi, medisin og andre helsefag, som viser at relasjonen og visse behandleregenskaper er viktigere for brukerens bedringsprosess og behandlingsresultatet, enn hvilke metoder fagpersonene tar i bruk(Berg & Danielson, 2007; Eide & Eide, 2004; Horvath, 2006; Miller & Rollnick, 2002; Schibbye, 2009), men heller ikke her er fokuset på ungdom. Litteratur og flere studier formidler overordnet og teoretisk kunnskap på hva som trengs for å ha en helsefremmede tilnærming til ungdom i sykehus(Aujoulat et al., 2006; Department of Health, 2011; WHO, 1999), men påpeker behov for å utvikle kunnskap om hvordan dette utøves i praksis. Det fins litteratur som omhandler relasjonskompetanse(Schibbye, 2009; Spurkeland, 2012), men jeg har funnet lite som er rettet i forhold til fagpersoners relasjon med ungdom.

En del studier viser hva ungdom selv fremhever som viktig i møte med, og i relasjoner med helsepersonell. Behandling som sammenfaller med ungdommers preferanser, kan forbedre kvaliteten og tilgang til optimale helsetjenester og fremme helse (Ambresin,

Bennett, Patton, Sancı, & Sawyer, 2013; Schaeuble, Haglund, & Vukovich, 2010). Videre finnes forskning som viser viktigheten av at helsepersonell tar hensyn til ungdommens biologisk- og utviklingsmessige nivå, sosiale helsedeterminanter som påvirker ungdommers helse, legger til rette for deltakelse og brukermedvirkning, skaper tillit i relasjonen, veileder familier i hvordan de kan støtte utviklingen, samt ivareta ungdommens juridiske rettigheter, konfidensialitet og samtykke (Currie et al., 2012; Dickey & Deatrick, 2000). Til tross for denne kunnskapen, er en del helsepersonell usikre i møte med ungdom (Helsedirektoratet, 2012)

Jeg ønsket å komme tett på praksis, få fylldige beskrivelser om hvordan fagpersoner jobber helt konkret med å skape gode relasjoner med ungdom. Jeg håper studien kan inspirere fagpersoner til refleksjon rundt egne verdier, holdninger og praksis i møte med ungdom.

1.2 Problemstilling

På bakgrunn av dette valgte jeg følgende problemstilling:

Hvilke forhold er av betydning for fagpersoners mulighet til å skape gode relasjoner med ungdom som lever med helseutfordringer?

Forskningsspørsmål:

- 1. Hvilke forhold på individnivå har betydning for fagpersoners mulighet til å skape gode relasjoner med ungdom som lever med helseutfordringer?*
- 2. Hvilke forhold på strukturnivå har betydning for fagpersoners mulighet til å skape gode relasjoner med ungdom som lever med helseutfordringer?*

1.2.1 Presisering og avgrensning av problemstilling

Studien vektlegger relasjonen mellom fagperson og ungdom og tar hensyn til type helseutfordring. Temaet sees som et overordnet, moralsk og etisk utgangspunkt for enhver relasjon med ungdom, uavhengig av helseutfordring. Studien er også begrenset til å gjelde

ungdommer som lever med helseutfordringer som er i kontakt med helsetjenester i sykehus og skolehelsetjeneste.

1.3 Begrepsdefinisjoner

Relasjon betyr forhold eller forbindelse. Innen psykologi og psykiatri brukes begrepet i betydningen følelsesmessige forhold til andre mennesker(Malt, 2009b)

Fagperson. Flere fagprofesjoner, som pedagoger, jobber med ungdom med helseutfordringer, men defineres ikke som autorisert helsepersonell. Jeg har derfor valgt betegnelsen «fagpersoner» om fagprofesjonene som er representert i studien, for ikke å ekskludere noen(Braut, 2009).

Ungdom: WHO definerer ungdom (adolescents) til alderen 10-19 år. Litteratur og forskning opererer med ulike aldersinndelinger på ungdom blant annet til tenårene 13-19 år (Wikipedia, 2014). Barne- og ungdomsavdelinger i sykehus behandler barn og ungdom til fylte 18 år. Siden forskningsdeltakerne i to av fokusgruppene jobber i sykehus, har jeg valgt å definere ungdom som personer i alderen 13-18 år. Ungdomstiden omtales internasjonalt ofte som alderen 10-21 år og deles inn i tidlig- (10-13 år), mellom- (14-16 år) og sein ungdomstid (17 – 21 år)(Neinstein, Radzik, & Sherer, 2012).

Forskningsdeltakere: Personene som har delt erfaringer i fokusgruppeintervju benevnes forskningsdeltakere for å tydeliggjøre at kunnskap i kvalitativ forskning blir konstruert i møtet mellom forsker og deltakere, og deltakerne betraktes som medforskere(Malterud, 2011).

1.4 Oppgavens oppbygning

I kapittel 2 redegjør jeg for min forkunnskap og teoretiske ståsted som er grunnlaget for min tilnærming til feltet. Jeg presenterer teori innen helsefremmende arbeid(HP), herunder salutogenese, Bronfenbrenners sosialøkologiske/utviklingsøkologiske modell og settingstilnærming, teori om relasjoner og relasjonskompetanse. Til sist presenteres

settingene som forskningsdeltakerne representerer: Sykehus som setting og skole/skolehelsetjenesten som setting. Kapittel 3 omhandler metode. Her beskrives bakgrunn for valg av metode, vitenskapsteoretisk forankring, min forforståelse, innhenting av empiri, analyse, metoderefleksjon og forskningsetikk. Kapittel 4 er presentasjon av empiri. Kapittel 5 inneholder drøfting. Her svarer jeg på problemstillingen ved å se empirien i lys av teori og tidligere forskning. I kapittel 6 følger avslutning der jeg ser på mulige implikasjoner for praksis og forslag til videre forskning.

2 Teori

Jeg vil i dette kapittelet redegjøre for sentrale teorier som er bakteppet for min tilnærming til feltet.

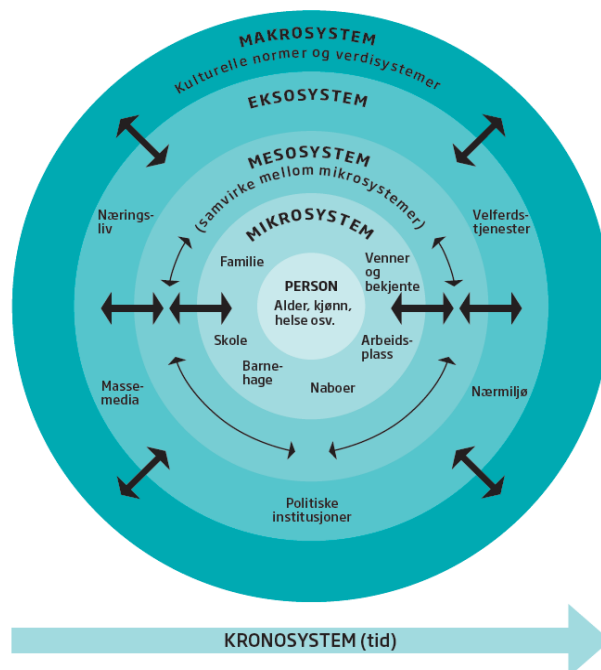
2.1 Helsefremmende arbeid (HP)

Kjerneverdiene rettferdig likhet (equity), empowerment, sosial rettferdighet, autonomi, deltakelse, helse som menneskerettighet, frivillighet og partnerskap, skal være gjeldende i alt helsefremmede arbeid, både på individ- og strukturnivå (Green & Tones, 2010; WHO, 1986). Settingstilnærming i HP synliggjør betydningen av kontekst og at helse skapes i relasjon mellom individer og omgivelser (Rønningen, 2003). HP er derfor et samfunnsansvar der det er nødvendig med en helhetlig tilnærming, koordinert samarbeid på tvers av sektorer og fag for å skape gode vilkår for at ungdom gjennom reell brukermedvirkning kan ta gode valg for å oppnå sitt fulle helse- potensiale (WHO, 1986). Når fagpersoner skal ha et helsefremmende perspektiv med seg i relasjonsbygging med ungdom, må ungdommers deltakelse ha utgangspunkt i ungdommens egendefinerte behov, ressurser og frivillighet. Frivillighet og autonomi gjenspeiler synet på mennesker som selvstendig individ med rett til å bestemme i eget liv. Å bli møtt som et helt menneske, på sine verdier, holdninger og tidligere erfaringer sett i sammenheng med omgivelsene er viktig for ungdommens autonomi (Rajka, 2011; WHO, 1986).

Helsedeterminanter er settingsspesifikke, derfor må tiltak tilpasses ungdommers fysiske, psykiske, sosiale og kulturelle utgangspunkt (Green & Tones, 2010).

Bronfenbrenners sosialøkologiske modell (1979) kan sees som et rammeverk til hjelp for fagpersoner til å se ungdom i et helhetlig perspektiv, kunne analysere og bli bevisst hvordan individet (ungdommen) og miljø påvirker hverandre gjensidig samt hvordan individet blir sosialisert inn i en kultur. Modellen tar utgangspunkt i at barn og unges utvikling påvirkes i gjensidig samspill mellom flere faktorer på ulike nivåer over tid. Ungdommen vil ha bestemte holdninger, verdier og erfaringer fra de ulike nivåene med seg inn i relasjonen med fagpersoner i helsevesenet.

Å skape støttende miljøer for helse er et av innsatsområdene i HP(WHO, 1986). Forskning gjort på samarbeid hjem-skole(Drugli & Nordahl, 2013) viser at et godt samarbeid mellom to eller flere av ungdommenes settinger/ utviklingsarenaer (utgjør «mesosystemet»), bidrar til å skape helhet og sammenheng i ungdommens liv. Det samme kan gjelde samarbeid mellom settinger som yter helsetjenester og hjem, og kan relateres til å skape støttende miljøer for ungdommens helse(WHO, 1986).



Bronfenbrenners utviklingsøkologiske modell(Bronfenbrenner i følge Helsedirektoratet, 2015, s. 14)

Bronfenbrenners modell består av fire sirkler utenfor hverandre som representerer ulike systemnivåer. Den innerste sirkelen, mikrosystemet, rommer ungdommen og de settinger/systemer i dets umiddelbare nærhet og som ungdommen deltar i, som familie, venner og skole. For ungdom med helseutfordringer som har kontakt med helsetjenester jevnlig/over tid, vil sykehus eller skolehelsetjeneste være på mikronivå. Sirkelen utenfor, mesosystemet, representerer settingene ungdommen aktivt deltar i og samspillet mellom disse. Samspillet mellom skolehelsetjeneste/sykehus og hjem, venners deltakelse i idrettslag eller relasjon til andre venner er eksempler. Det neste, eksosystemet, er settinger som ikke ungdommen selv deltar i, men som kan påvirke og påvirkes av ham/henne, som media, politi eller frivillige organisasjoner som en ikke selv deltar i. Makrosystemet er det

siste av de fire nivåene, som representerer det overordnede systemet, samfunnsnivået, som legger føringer for de tre andre nivåene, som politikk, normer, lover og verdier. Kronosystemet er blitt lagt til i senere tid, for å synliggjøre tidsdimensjonen i ungdommens utvikling og et eller flere av systemene(Helsedirektoratet, 2015).

2.1.1 Salutogenese

Salutogenese er en sentral teori innen helsefremmende arbeid (HP) som ivaretar Ottawa-charteret og menneskerettighetene (Lindström & Eriksson, 2010; WHO, 1986). Begrepet salutogenese betyr «helses opprinnelse» og ble skapt av Aron Antonovsky(1979).

Salutogenese kan sees som en metateori, der mange kunnskapsområder/retninger, som eksempel mestringsforventning, supplerer og støtter en salutogen orientering(Antonovsky, 2012; Langeland, 2014).

Salutogenese fokuserer på individers muligheter og ressurser og omgivelser som bidrar til helse og aktiv tilpasning til stressfulle ytre og indre omgivelser (Antonovsky, 2012; Langeland, 2012). Å fremme salutogene prosesser handler blant annet om å få tak i individets historie, hva som er helsefremmende faktorer og hvordan en aktivt kan tilpasse seg livets utfordringer(Antonovsky, 2012; Langeland, 2014). En salutogen tilnærming vil også være relevant for fagpersoner å ha i møte med ungdommer med helseutfordringer(Kelly, 2014).

Generelle motstandsressurser (GRR) er personlige og kollektive motstandsressurser som kan fremme effektiv mestring av spenning og gir grunnlag til livsopplevelser som fremmer individers opplevelse av sammenheng(OAS)(Antonovsky, 1979, 2012). Dette kan være relevant for ungdommers møter med fagpersoner i helsevesenet. Sosial støtte og identitet er definert som spesielt viktige GRR (Antonovsky, 1979; Langeland, 2014). Identitet er en emosjonell ressurs og omhandler opplevelsen personen har av seg selv. For at ungdom skal få styrket sin identitet, er det viktig at fagpersonen legger til rette for at ungdommen kan bli bevissthet egne verdier, ressurser, ønsker og handlingsrom(Langeland, 2014). Sosial støtte omhandler støttende personer og omgivelser en har tilgjengelig rundt seg, som en kan vurdere og mobilisere/benytt for å mestre utfordringer(Antonovsky, 1979, 2012). Å skape kvalitative gode relasjoner er grunnleggende i en salutogen tilnærming og relasjonen sees som en viktig motstandsressurs(Langeland, 2014). Oppmerksomheten må rettes mot å skape tillit og et klima der vekst og utvikling er mulig; dette skapes ved å vektlegge

muligheter, mestring og ressurser. Fagpersonen må innta en åpen og « ikke-vitende holdning», noe som representerer en grunnholdning til at personen selv har løsningen på egne problemer. Å fokusere på personens egne opplevelser av situasjonen, på muligheter og ressurser, gjennom bruken av ord og begreper som gjenspeiler og er relatert til helse og ressurser, er da viktig (Antonovsky, 1979; Langeland, 2014).

Dilani og Armstrong (2008) påpeker at fysiske omgivelser som gir energi og som gjør at ungdom føler seg bedre, er en viktig del av en salutogen tilnærming.

Innen en salutogen tilnærming er Banduras teori om mestringsforventning relevant fordi den handler om ungdommers tro på egne krefter til å håndtere utfordringer og oppgaver, valg de tar, hvor mye energi en legger i en oppgave og ungdommens følelse overfor seg selv og andre. Dette påvirker handlekraft og opplevelse av kontroll i situasjoner, og vil være en viktig del av ungdommens selvoppfatning (Fagermoen & Lerdal, 2011).

2.2 Relasjoner og relasjonskompetanse

Mennesker blir til og utvikles i samhandling og relasjon med andre, og relasjonen kan bli en livsforsterker som har en verdi i seg selv, fordi den kan gi oss det vi trenger når vi står i utfordrende situasjoner (Dønnestad, 2015). En god relasjon hviler på samhandling, trygghet, tillit og en opplevelse av tilknytning og troverdighet (NAPHA, 2010).

Relasjonsarbeid krever kunnskap og kompetanse, og fagpersoners selvinnsikt er viktig. Profesjonell relasjonskompetanse har betydning for både brukerens og fagpersonens helsetilstand (Aubert & Bakke, 2008). Fagpersoners evne til tilstedeværelse, selvrefleksivitet og evne til indre selvregulering fremkommer som viktige elementer i en god relasjon mellom fagperson og mennesker som lever med helseutfordring (Strand, 2011). I relasjoner understrekes også klientens eller brukerens vurdering av en terapeutisk relasjon til å være av stor betydning (NOU 2001:22, 2001; Tuseth, 2007).

Jan Spurkeland (2012) definerer relasjonskompetanse som ferdigheter, holdninger, evner og kunnskaper som etablerer, utvikler, vedlikeholder og reparerer relasjoner mellom mennesker. Ifølge ham er det 14 dimensjoner som utgjør relasjonskompetanse. Menneskeinteresse, tillit, dialog (den gode samtalens kvaliteter, teknikker og

samtaleledelse), relasjonsbygging, humor, tilbakemelding og emosjonell modenhet en noen.

Relasjonskompetanse kan utvikles gjennom hele yrkeslivet og innebærer å være seg selv, og ha et bevisst forhold til hvordan ens personlige særtrekk virker på samhandlingen(NAPHA, 2010).

Aamodt(2003) skriver om anerkjennelse som et relasjonelt begrep som i sosialt arbeid, som innebærer en gjensidighet og en holdning der respekt for det andre mennesket og hans/hennes opplevelser er grunnleggende. Anerkjennelse innebærer en utjevning av makt, å se den andre som likeverdig, som subjekt og ha en holdning til at den andre kan forholde seg til sine tanker, følelser og erfaringer. Anerkjennende relasjoner gir rom til å uttrykke både ulikhet og likhet, vise avhengighet og frihet, og nærhet og avstand og er grunnleggende for selvbevissthet. Hun belyser det hun benevner ekspertmodellen og relasjonsmodellen som to ulike perspektiver å jobbe ut ifra. I ekspertmodellen har fagpersoner en arbeidsmåte der klienten oppfattes som objekt for fagpersonens handlinger, og der de ser seg selv som eksperter som skal behandle, veilede, forandre eller gi råd. Relasjonsmodellen åpner for gjensidighet og vektlegger relasjonen mellom fagperson og ungdom, og at fagpersonen erkjenner at det er et toveisforhold der begge påvirker relasjonen og hverandre(Aamodt, 2003). En må allikevel være klar over maktubalansen i relasjonen, og makten som fagpersonen har i kraft av sin kunnskap, utdanning og stilling. Hvordan denne makten håndteres på er det som skiller ekspertmodellen og relasjonsmodellen. I relasjonsmodellen ligger en gjensidig anerkjennelse av hverandre som utgangspunkt, der fagpersonens og ungdommens møtes i likeverdig dialog, der begge har rett til å uttale seg, bli lyttet til og der begge kunnskaper har en verdi.

2.3 Settingsperspektivet i HP

Begrepet «setting» blir brukt til å beskrive sosiale situasjoner eller stedet hvor mennesker møtes og samhandler, et sted med en gitt fysisk utforming hvor deltagerne medvirker i bestemte aktiviteter og har bestemte roller i bestemte tidsintervaller(Rønningen, 2003). For ungdom med helseutfordringer vil skolen og sykehus være settinger hvor de lever sitt liv og tilbringer tid; disse settingene kan påvirke ungdommers helse. Å flytte fokus fra individ

til system og ha en helhetlig tilnærming mot ungdommen og strukturene rundt er nødvendig i HP(WHO, 1986).

2.3.1 Sykehus som setting: Barne- og ungdomsavdelingen

WHO definerer sykehus som en aktuell setting for HP (Scriven, 2012; WHO, 1997). I sykehus utgjør aktørene de ansatte, pasienter og pårørende. Ungdom kan bli akutt innlagt eller henvist til utredning og/eller behandling i spesialisthelsetjenesten. Norske sykehus har fire hovedoppgaver: Behandling, forskning, opplæring av helsepersonell og opplæring av pasienter og pårørende(Spesialisthelsetjenesteloven, 2001)

Et patogent helsesyn ligger til grunn for praksis i sykehus, fagpersonene er eksperter som har legitimitet for å bruke bestemte metoder, handlingsmanualer eller programmer for å gi hjelp til en bestemt diagnose(Aamodt, 2003; Johnson, 2000).

Men sykehusene har i nyere tid begynt å innlemme HP-strategier fordi biomedisinsk tilnærming ikke er tilstrekkelig(Johnson, 2000). Lov om spesialisthelsetjenester(2001), Lov om Pasient- og brukerrettigheter(2001), Lov om helsepersonell (2001) og profesjonenes etiske retningslinjer gir føringer for kontakten mellom fagpersoner og brukere. Lovverket skal blant annet bidra til brukermedvirkning og fremme tillitsforholdet mellom pasient og helsetjeneste(NAPHA, 2010). I Lov om pasient og brukerrettigheter(Pasient-og brukerrettighetsloven, 2001) er barn/ungdom gitt særskilte rettigheter synliggjort i eget kapittel, kapittel 6.

Barne- og ungdomsavdelinger i sykehus, ofte delt i somatikk og psykiatri, yter spesialisthelsetjenester til barn og unge 0 -18 år, driver poliklinisk virksomhet og sengepost, behandling og diagnostikk, funksjonsutredning og etablerer tiltak som sikrer barna en best mulig utvikling, mestring og livskvalitet. Faggrupper som jobber tverrfaglig med barn og unge i sykehus kan være sykepleiere, leger, terapeuter, psykologer, pedagoger og ernæringsfysiologer, m.fl..

2.3.2 Skolen som setting: Skolehelsetjenesten

Skolehelsetjenesten kjennetegnes som et gratis lavterskeltilbud til alle elever, den er forholdsvis lett tilgjengelig, ungdom kan oppsøke helsesøster frivillig og tjenesten har fokus på forebygging og helsefremming(Helsedirektoratet, 2014). Tjenesten skal finnes på

alle barne-, ungdoms- og videregående skoler og kan bestå av helsesøster fysioterapeut, skolelege, psykolog og evt. andre (Helsedirektoratet, 2014). Forskrifter og lover (Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetj, 2003; Helse-og omsorgstjenesteloven, 2011) legger føringer for at kommunenes skolehelsetjeneste skal være et lavterskeltilbud for alle skoleelever som en lovpålagt og sentral tjeneste i kommunenes folkehelsearbeid. Videre skal skolehelsetjenesten ha fem viktige perspektiver til grunn for praksis: fokus på den enkelte brukers behov og forutsetninger (brukerperspektivet), helhet, helsefremming- og forebyggingsperspektivet, kunnskap og kompetanse. Skolehelsetjenesten har som formål gjennom veiledning, rådgivning, undersøkelser og behandling, bidra til å fremme psykisk og fysisk helse, gode miljømessige og sosiale forhold, forebygge skader og sykdom. Ansatte i skolehelsetjenesten skal samarbeide med hjem, skole, øvrig hjelpeapparat for å identifisere og løse helsemessige utfordringer som knytter seg spesielt til skoleelevens situasjon (Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetj, 2003; Helse-og omsorgstjenesteloven, 2011). Tjenesten har ofte faste trefftider på skolene og elevene skal kunne snakke med helsesøster uten forhåndsavtale. Skolehelsetjenesten skal i et tverrfaglig samarbeid bidra til å skape et godt oppvekstmiljø for barn og ungdom gjennom tiltak for å styrke foreldrenes mestring av foreldrerollen, fremme barns og ungdoms lærings- og utviklingsmiljø og bidra til å legge til rette for godt fysisk og psykososialt arbeidsmiljø i skolen (Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetj, 2003).

Ungdommers helse kan fremmes gjennom gode relasjoner til fagpersonene de kommer i kontakt med på sykehus og skolehelsetjeneste.

3 Metode

I dette kapitlet presenteres oppgavens vitenskapelige forankring. Videre vil min forforståelse og mine metodiske valg redegjøres for, samt analyseprosessen beskrives. Kapitlet avsluttes med refleksjoner rundt metode og forskningsetikk.

3.1 Bakgrunn for valg av metode og vitenskapsteoretisk forankring

Kvalitativ forskning er erfaringsbasert, og samfunnsvitenskapens utgangspunkt er den sosiale virkeligheten der mennesker samhandler (Brinkmann & Kvale, 2009). Oppgavens formål er å beskrive fagpersoners erfaringer og få økt forståelse omkring temaet «å skape gode relasjoner». Jeg har undersøkt virkeligheten slik forskningsdeltakerne har erfart den, og deres muntlige beskrivelser er omformet til tekst gjennom transkripsjoner. Jeg har hatt en hermeneutisk tilnærming til empirien der jeg har prøvd å fortolke meningsinnholdet i tekstene/ transkripsjonene (Brinkmann & Kvale, 2009; Busch, 2013; Christoffersen, Johannessen, & Tufte, 2010). Fortolkningen sees som en kontinuerlig prosess, hermeneutisk spiral, der en veksler mellom del og helhet, og går frem og tilbake. I Kapittel 3.7 beskrives denne fortolkings-/ analyse-prosessen. I hermeneutikk er formålet å oppnå gyldig og allmenn forståelse av hva en tekst betyr. Den må sees i lys av kontekst og den forforståelse jeg som forsker har med meg i fortolkningen – den skal jeg følgende gjøre rede for.

3.2 Min forforståelse

Jeg vil alltid være deltaker i den sosiale konteksten og det samfunnet jeg studerer (Skjervheim, 1996). Min bakgrunn, erfaring, kunnskap, teoretisk referanseramme, verdier og virkelighetsoppfatninger har påvirket fokus i forskningen, hvordan den er utført, har påvirket hvilke spørsmål jeg har stilt til teksten og hvordan jeg har fortolket forskningsdeltakernes meninger (Brox, 1989; Christoffersen et al., 2010; Nilssen, 2012). I arbeidet med prosjektbeskrivelsen jobbet jeg med egen bevissthet rundt mine roller, tanker og holdninger til tema, mine verdier, personlige egenskaper, tanker om fagpersonene jeg skulle intervjuer, hvordan andre kan oppfatte meg, tilbakemeldinger jeg tidligere har fått på meg selv, og hvordan dette kunne påvirke forskningsprosessen. Under

intervjuene og i analysearbeidet, måtte jeg være bevisst min forforståelse, skille mellom egen sansing, tolking og reaksjon, for å tilstrebe og forstå forskingsdeltakernes meninger og for ikke å forringe og forandre data (Neumann & Neumann, 2012).

Jeg har vært ansatt 19 år i spesialisthelsetjenesten som ergoterapeut og rådgiver på Lærings- og mestringssenteret. Jeg jobber ut ifra et helsefremmende perspektiv og teoretiske perspektiver fra lærings- og mestring-feltet. Jeg er opptatt av individers ressurser, muligheter, deltakelse og mestring og hvordan fagpersoner i helsevesenet kan bidra til at personer de er i kontakt med, selv skal få definere og finne strategier til å løse sine egne problemer. Jeg har et humanistisk menneskesyn hvor jeg tror på det gode i mennesket og at alle kan og vil det beste for seg selv så fremt forholdene ligger til rette for det. I møte med mennesker er jeg opptatt av å få frem personens verdier og motivasjon, og hva som skal til for at personen skal få en opplevelse av å kunne påvirke situasjonen og stå i livets utfordringer.

Fagpersoners tilnærming til pasienter og pårørende i sykehuset, har en lang og sterk tradisjon innen den biomedisinske, patogene tradisjon. Jeg hadde derfor med meg en forestilling om at mange ansatte i sykehus jobber ut fra et patogent perspektiv.

3.3 Forskningsdesign

Jeg ønsket å ha en induktiv tilnærming og møte feltet åpen og nysgjerrig. Et bestemt teoretisk utgangspunkt eller bestemte teoretiske kategorier kunne ha begrenset meg i innsamling av empiri og i analysearbeidet (Christoffersen et al., 2010). Jeg endte opp med å jobbe både induktivt, fra empiri mot teori, og deduktiv - sjekket fra det mer teoretiske til empirien – en såkalt abduktiv tilnærming (Busch, 2013; Tjora, 2012). Jeg ønsket å ta del i fagpersoners erfaringer med «å skape en god relasjon», beskrive disse og få økt forståelse og innsikt i temaet. Problemstillingen gjorde det naturlig å velge et intensivt design for å kunne gå i dybden i en kompleks og uklar problemstilling. Jeg ønsket å benytte kvalitativ metode, fokusgruppeintervjuer, for innhenting av empiri.

3.3.1 Fokusgruppeintervju som metode

Jeg valgte fokusgruppeintervju som metode med bakgrunn i et ønske om fyldige, erfaringsnære beskrivelser av fagpersoners erfaringer med å skape «en god relasjon» med ungdom som lever med helseutfordringer. Gjennom intervju som metode, ble kunnskap produsert i subjekt-subjekt-relasjon mellom meg og forskningsdeltakerne. Vi lærte hverandre å kjenne og jeg fikk kjennskap til deres meninger, indre motiver bak handlingene, følelser, opplevelser og holdninger som de uttrykte dem med sine ord og begreper (Aakvaag, 2008; Brinkmann & Kvale, 2009; Widerberg, 2001).

Egen jobberfaring med grupper har vært inspirasjon for valget av fokusgruppeintervju som metode. Ved å være deltaker i samhandling, dialogen og erfaringsutveksling med andre, kan en forstå og oppdage ting med seg selv, noe som gir frihet og handlingsrom (Skjervheim, 1996). Med en god gruppedynamikk, kan gruppen bli svært konstruktiv og få frem ressursene, nyttig kunnskap og føre til nye oppdagelser og læring (Brinkmann & Kvale, 2009; Grendstad, 1990). I en gruppe kan det være lettere å få frem ulike nyanser og generere annen kunnskap enn det en kan oppnå gjennom individuelle intervjuer. Når noen erkjenner og tør å beskrive erfaringer og tanker i en fokusgruppe, er det mulig at andre også lettere våge å sette ord på sine tanker og erfaringer. Dermed kan fokusgruppene være en arena for kompetansedeling (Brinkmann & Kvale, 2009).

3.4 Rekruttering og utvalg

Jeg mente at tre fokusgrupper var realistisk i forhold til oppgavens omfang og tiden jeg hadde til rådighet. Fokusgrupper består oftest av fem–åtte informanter (Malterud, 2011). En liten gruppe ville være lettere å fylle opp, det kan oppleves tryggere å åpne seg og ta ordet i en liten gruppe, og deltakerne kan få mer snakketid (Christoffersen et al., 2010). Derfor ønsket jeg fem til seks informanter i hver gruppe.

3.4.1 Utvalg

Utgangspunktet for utvelgelse av forskningsdeltakere i kvalitativ forskning er hensiktsmessighet for å få mest mulig kunnskap og fyldige beskrivelser om et bestemt fenomen (Christoffersen et al., 2010). Jeg gjorde et strategisk utvalg ved å rekruttere

fagpersoner som jobbet både i sykehus og kommune for å få samlet nødvendig empiri og få bredde på tema. Jeg så det etisk riktig å rekruttere forskningsdeltakere fra andre lokalisasjoner er der deg selv jobber for å ha en viss avstand, også med tanke på ettertiden.

Jeg ønsket å rekruttere fagpersoner som hadde jobbet med ungdom 13-18 år med helseutfordringer i minimum 2-3 år og som ønsket å reflektere over egen praksis i gruppe. Jeg ønsket jeg å rekruttere både kvinner og menn, spredning i alder og personer med ulike fagbakgrunn, for å få mest mulig nyansert bilde. Jeg rekrutterte til to fokusgrupper fra somatisk og psykiatrisk sykehusavdeling og en fokusgruppe med helsesøstre ansatt i en kommunal skolehelsetjeneste.

Gruppene var homogene i den forstand at personene i hver gruppe jobbet i samme avdeling, med samme målgruppe og kjente (til) hverandre. Denne utvalgsstrategien er vanlig i forbindelse med grupper når en ønsker at deltakerne skulle kunne kommunisere med hverandre relativt lett(Christoffersen et al., 2010). Utvalget fordelte seg slik:

1. Fokusgruppe somatisk sykehusavdeling: fem kvinner, fire ulike fagprofesjoner, ca. 35-ca.60 år
2. Fokusgruppe psykiatrisk sykehusavdeling: to menn og en kvinne, tre ulike fagprofesjoner, 38-48 år
3. Fokusgruppe helsesøstre i kommunal skolehelsetjeneste: seks kvinner, 35-60 år

3.4.2 Formaliteter og tilgang til feltet

Gjennom tips fra kollega, fikk jeg anbefalt kommuner med skolehelsetjeneste som var veletablerte, med dyktige fagpersoner med lang erfaring. Jeg utarbeidet et skriv (vedlegg 2) som ble sendt ut til enhetslederne i en kommune, samt psykiatrisk og somatisk barne- og ungdomsavdeling i sykehus. Jeg valgte enhetsledere fordi de er sentrale personer i daglig drift og forvalter personalressursene.

3.4.3 Rekruttering

Det er viktig å være godt forberedt når en skal informere om studien, rekruttere informanter og gjennomføre intervjuer(Widerberg, 2001). Det er lurt å tenke gjennom gruppedynamikk, personers ulike posisjoner og roller i organisasjoner, innvendinger og

skepsis. Fra egen arbeidsplass vet jeg at enhetsledere har en sentral posisjon og viktig å alliere seg med for å få gjennomført noe. Jeg sendte invitasjon til deltakelse (vedlegg 3) til enhetslederne og ba dem om å sende ut til sine ansatte.

3.5 Gjennomføring av intervjuene

Semi-strukturert intervju er hensiktsmessig for en fleksibel samtale der formålet er å innhente beskrivelser av erfaringer, holdninger og synspunkter for dernest å kunne fortolke meningen med de fenomenene som beskrives (Brinkmann & Kvale, 2009). Med utgangspunkt i problemstillingen, forskningsspørsmålene og min forforståelse, utarbeidet jeg en semi-strukturert intervjuguide (vedlegg 4). Den ga meg en struktur og standardisering på intervjuene, men samtidig en fleksibilitet for aktuelle tema informantene brakte på banen (Christoffersen et al., 2010).

Jeg gjennomførte prøveintervju med kollega for å få tilbakemelding på spørsmålenes relevans og forståelighet, intervjuets oppbygging, samt eventuelle andre innspill.

Intervjuene ble gjennomført i lokaler og på tidspunkter valgt av forskningsdeltakerne og deres enhetsledere. Alle intervjuene hadde en varighet på 1-2 timer og ble gjennomført på deres arbeidsplasser i perioden 05.11.15-27.11.15.

For meg var det viktig å skape en god relasjon for å gi best mulig forutsetninger for en god samtale. Jeg håndhilste på dem, ønsket dem velkommen og de fikk selv velge plasser. Jeg forklarte at jeg skulle stille spørsmål til dem som gruppe og i videre arbeid løfte frem det de som gruppe var opptatt av; sosiale mønstre, sammenhenger og strukturer (Christoffersen et al., 2010). Dette fordi det kunne føles mindre skremmende å skulle si noe i gruppa.

Jeg informerte om meg selv og bakgrunnen for studien. Jeg var åpen på at jeg kunne lite om tema og hadde et genuint ønske om å lære. Jeg informerte om samtykke, taushetsplikt og båndopptak og alle informantene skrev under på samtykkeerklæring. Videre om rammene for dialogen og intervju-guiden, men ønsket å gi dem frihet til å snakke mest mulig fritt om temaet med hverandre.

For å sikre deltakelse, fikk forskningsdeltakerne jobbe individuelt, delta etter rundeprinsipp og dele erfaring på tvers.

Jeg valgte å starte med et åpent spørsmål som de skulle jobbe med individuelt: hva de forbinder med «en god relasjon». Dette er et vanlig kvalitativt metoderåd - å be om detaljerte beskrivelser av hva informantene umiddelbart tenker om tema (Neumann & Neumann, 2012). Gjennom den innledende samtalen og ufarlig åpent spørsmål – kommer ofte det som informantene er mest opptatt av i forgrunnen.

Jeg opplevde at dialogen i gruppene gikk veldig godt, de tok vekselvis ordet og spilte videre på hverandres utsagn. Jeg fortolket underveis og prøvde å dra ut essensen av det som forskningsdeltakerne fortalte og spilte meningen tilbake for å sjekke ut om jeg hadde oppfattet riktig. De fikk da mulighet til å bekrefte, rette opp eller fortelle med andre ord. Forskningsdeltakerne fikk avslutningsvis mulighet til å tilføye dersom det var forhold om temaet de ikke hadde fått belyst godt nok, samt si noe om hvordan de hadde opplevd deltakelsen. Jeg valgte bevisst og ikke notere underveis i intervjuene for å kunne ha full oppmerksomhet på det forskningsdeltakerne fortalte. Jeg valgte i stedet å oppsummere mine umiddelbare tanker i bilen på hjemveien, spilte dette inn på båndopptaker og skrev det ut som refleksjonsnotater.

3.6 Transkribering

Å transkribere betyr å omsette råmaterialet, muntlig tale, til tekst og fange opp samtalen i en form som representerer det som forskningsdeltakerne hadde til hensikt å fortelle. Materialet måtte organiseres til en form som gjorde dem tilgjengelig for analyse (Malterud, 2011). Intervjuene var tatt opp på lydbånd. Jeg valgte å transkribere ordrett, fordi jeg aldri hadde transkribert før og var redd for å miste helheten eller vesentlige poenger. Jeg valgte å transkribere selv, siden jeg hadde vært tilstede i samtalen og kunne gjenkjenne stemmene. Jeg markerte tenkepauser med «.....» og jeg anonymiserte der det var nødvendig. Enkeltord som ble muntlig vektlagt, ble markert med fet skrift, og jeg skrev inn samtalen som den hadde foregått, med avbrytelser og dynamikken i samtalen. Opptakene var av god kvalitet. Til sammen hadde jeg 71 transkriberte A-4 sider.

3.7 Analyseprosess

Analysen er inspirert av Kirsti Malteruds(2011) metode om systematisk tekstkondensering, meningskondensering i Kvale og Brinkmann(2009), Dag Ivar Jacobsens(2005) innholdsanalyse, samt Vivi Nilssen(2012) og ulike artikler. Jeg oppfattet at forfatterne formidlet mye det samme og valgte å plukke det som passet for meg. Å sikre transparens er svært viktig i formidling av kvalitative forskingsresultater, og det forventes at jeg som forsker må være nøye med å beskrive alle trinnene i analyseprosessen(Brinkmann & Kvale, 2009; Christoffersen et al., 2010).

Jeg har valgt analyse med fokus på å fange meningen i det transkriberte materialet og vil følgende gjøre rede for trinnene i analyseprosessen:

Trinn èn: Å danne et helhetsinntrykk. Jeg jobbet med å danne meg et helhetsbilde, for å kunne oppsummere mitt inntrykk og skimte foreløpige temaer (Malterud, 2011). Jeg hørte på opptakene, leste gjennom transkripsjonsutskriftene, vekslet på å jobbe i dybden for så å innta fugleperspektivet. Jeg stilte spørsmål om hva informantene var opptatte av og hva de snakket om. Jeg klarte ikke på dette stadiet, å se særlig sammenheng. Jeg skrev ned stikkord i margen mens jeg leste, og noterte mens jeg hørte lydopptakene. Dette var første skritt til å lage overordnede temaer for sortering av materialet; tekstmære temaer - ord og uttrykk som beskrev hva informantene snakket om og som kun kunne vært utviklet fra den konkrete empirien (Tjora, 2012). De første foreløpige temaene/ koder som jeg opplevde trådte frem fra empirien: informantenes beskrivelse av «en god relasjon», ungdommens utgangspunkt i møtet/hvem er det vi møter, ungdomshelse, forebyggende og helsefremmende, samarbeid, kommunikasjon, ungdommens rettigheter, rammer, tillit (i relasjonen, til seg selv) og kompetanse (kunnskap, erfaring, usikkerhet...).

Trinn to: Meningsbærende enheter. Relevant tekst, meningsbærende enheter, skulle skilles fra irrelevant og jeg skulle prøve å sortere den delen av teksten som kunne være aktuell for problemstillingen(Malterud, 2011). Jeg ønsket å jobbe strukturert med den videre analysen og lagde en tabell for å sortere materialet – kalt «Analyse del 1» (vedlegg 5). Tabellen hadde fem kolonner med overskriftene: «tema», «meningsbærende setninger», «meningsfortetting», «kode» og «kategori».

Jeg skrev inn temaene fra trinn en nedover i første kolonne. I kolonne to, skrev inn meningsbærende setninger fra transkripsjonene sortert etter temaene og skilte mellom de tre fokusgruppe.

Trinn tre: Kondensering - Å abstrahere innholdet i de enkelte meningsdannede enhetene. Dette trinnet innebar at jeg skulle forkorte og fortette meningen i intervjupersonenes uttalelser for å få frem hovedbudskapet (Brinkmann & Kvale, 2009; Malterud, 2011). Jeg leste gjennom de meningsbærende setningene og trakk ut essensen ved å fjerne småord og tekst jeg opplevde som overflødig, komprimerte lange setninger til kortere og gjenga med så få ord som mulig den umiddelbare meningen. Dette ble skrevet inn i tabellen, under «meningsfortetting». Under dette arbeidet festet jeg meg med noen temaer som jeg personlig fant særlig interessante og som hadde sammenheng med forforståelsen og innsikt i tidligere forskning og kunnskapshull. Neste skritt i analysen var å finne noen overordnede koder/ kategorier/begrep som dette kunne sorteres under.

Trinn fire: Utarbeidet kategorier. Jeg leste gjennom de fortattede meningsbærende enhetene og inntok fugleperspektivet for å abstrahere og finne mer overordnede begreper på det forskningsdeltakerne hadde fortalt. Jeg måtte forsøke å gå bak det som kom frem i intervjueteksten ved og systematisk analysere de fenomenene som ga mening for forskningsdeltakerne. Mønstrene måtte sees og vurderes i lys av aktuelle teorier, perspektiver og eksisterende forskning, noe som her ble det tydelig for meg (Brinkmann & Kvale, 2009). Kategoriene bunnet i min forforståelse, min tolking og de briller/ den forståelsesramme jeg hadde med meg i analysearbeidet. De meningsbærende enhetene ble merket med kategoriene: «personlige egenskaper», «holdninger», «tillit», «relasjon», «trygghet», «rammer», «kompetanse». Kategoriene ble markert med ulike farger – kalt «analyse del 2» (vedlegg 6). Ifølge Jacobsen (2005), skal kategorier være begrepsmessig fornuftige og ha en mening også for andre for å kunne kalles gyldig. Jeg følte etter hvert behov for å søke til teorien for å sjekke om begrepene virket relevante i forhold til problemstillingen, noe jeg fant støtte for. Kategorien «relasjon» ble på feil nivå i forhold til de andre kategoriene, og det jeg hadde sortert innunder den, ble plassert i de andre kategoriene. Jeg endte opp med seks kategorier.

Trinn fem: Kategorier ble delt og nyansert i sub-kategorier. Igjen leste jeg gjennom de fortettende meningsenhetene og så dem opp mot de seks kategoriene. Jeg oppdaget ulike nyanser under hver kategori; kategorien «rammer» handlet om bl.a. fysiske rammer og organisatoriske rammer.

Jeg tegnet tankekart for få frem nyansene, sub-kategoriene, og en bedre oversikt (vedlegg 7-12). Jeg vurderte om noe handlet om det samme, som jeg kunne samle i mer overordnede begreper eller hovedkategorier relevante ut ifra materialet jeg hadde. Sorteringen var viktig for å redusere datamengden og for å kunne danne utgangspunkt for hva jeg ville ha som hovedtemaer i analysen (Brinkmann & Kvale, 2009).

Trinn seks: Så de ulike kategoriene og sub-kategoriene i en sammenheng. Gjennom egne refleksjoner, og refleksjoner med veileder og kollegaer, jobbet jeg frem et «oversiktskart» (vedlegg 13) der jeg satte opp kategoriene, sub-kategoriene og prøvde å sette opp forbindelsene mellom dem i tråd med forskningsdeltakernes beskrivelser, min tolkning og forståelse av dette. Gjennom dette ble det tydelig hvordan alle kategorier og sub-kategorier kunne knyttes til «en god relasjon». Jeg så dessuten at det var mange elementer som direkte og indirekte kunne knyttes til kategoriene «tillit» og «trygghet».

Trinn syv: De to viktigste hovedkategoriene. Ved nærmere gjennomgang av kategoriene, ga det mening å redusere fra seks kategorier til to hovedkategorier:

«**Trygghet**». De meningsbærende enhetene jeg hadde plassert under «trygghet», «rammer», «kompetanse» kunne forstås som noe som handlet om trygghet.

«**Tillit**»: Jeg tolket og forstod det som var plassert inn i kategoriene «personlige egenskaper», «holdninger», «tillit» til å handle om tillit

Jeg endte dermed opp med to empirinære hovedkategorier som jeg presenterer i kapittel 4. Til drøftingsdelen lagde jeg tankekart individnivå (vedlegg 14) og strukturnivå (vedlegg 15).

Jeg har brukt loggbok til å notere og datere ideer, tanker, tips, referanser, litteratur, inntrykk etter veiledning, skrevet logg fra studiedager og plan for videre arbeid. Under skriveprosessen var det viktig å bli i den for å repetere prosessen og plukke ut viktig innhold. Tanker og opplevelser har måtte modnes over tid, og jeg har stadig kommet på nye momenter og gjort viktige oppdagelser. Jeg og medstudenter har veiledet hverandre,

delt refleksjoner, kunnskap og tilbakemeldinger fra våre veiledere – noe som har vært svært nyttig.

Å jobbe med analysen har vært mer omfattende og tidkrevende enn jeg hadde forestilt meg. Jeg måtte jobbe med å skape en avstand til det forskningsdeltakerne hadde sagt og kritisk reflektere over det sett i lys av aktuell teori, dette skulle hjelpe meg til å finne svar på problemstillingen (Tjora, 2012). Jeg fant det utfordrende å arbeide med og abstrahere og løfte blikket – det omfattende materialet gjorde det til tider kaotisk og vanskelig å få overblikk over.

I arbeidet med kategorisering av teksten, og gjennom lesning i teori, fikk jeg kategorier som ga mening og som var relevante, og fikk nye ideer til hvordan jeg kunne utforske empirien (Brinkmann & Kvale, 2009). Jeg måtte gjennom hele prosessen vende tilbake til råmaterialet for å sikre at ikke viktige elementer ble utelatt. Det var spennende å erfare denne hermeneutiske spiralen, hvordan stadig nye tanker, ideer og teoretiske perspektiver dukket opp gjennom arbeidet med empirien, og hvordan jeg gjennom å fordype meg i teori underveis kunne tilføre nye perspektiver og oppdage nye nyanser i empirien (Jacobsen, 2005; Malterud, 2011).

Det har vært interessant å se at nyansene, men også at noe var felles i de tre fokusgruppene. Jeg erfarte tidlig at jeg ble begeistret over mange enkeltstående utsagn og vurderte kanskje ikke empirien min så kritisk som jeg kanskje burde. Dette førte til at jeg lenge jobbet med mye tekst og hadde vanskelig for å se sammenhenger og velge bort empiri som ikke var relevant for problemstillingen. Det har også vært vanskelig å måtte velge noen sitater fremfor andre.

3.8 Metoderefleksjon

3.8.1 Kritisk blikk på egen metode

Min forforståelse har åpnet opp for en måte og analysere empirien og drøfte teorien på, mens andre ville hatt andre mulige tilnærminger til empiri og teori (Neumann & Neumann, 2012). Å gjennomføre intervjuene på forskningsdeltakernes egen arbeidsplass, gjorde at de kunne komme raskt til intervjurommet og virket trygge i settingen. Jeg fikk også et bilde

av miljøet og rammene informantene jobbet i(Widerberg, 2001). Jeg ser i ettertid, at jeg skulle ha spurt mer i dybden, men uerfarenhet, tidsrammen og flere temaer gjorde at det ikke ble gjort. Hadde jeg begrenset temaet mitt mer og gjort individuelle intervjuer, kunne jeg nok fått mer dybdekunnskap om et avgrenset tema, eksempelvis tillit.

Jeg valgte å beregne god tid før, etter og mellom hvert intervju, for å kunne forberede meg, notere ned inntrykk umiddelbart etterpå og få mulighet til justere intervjuguiden. Dette ga meg tid til å transkribere ferdig intervjuene før neste intervju.

3.8.2 Gyldighet, pålitelighet og overførbarhet

Empirien i en studie må være gyldighet og pålitelig; dette handler om studiens kvalitet og troverdighet(Jacobsen, 2005).

Det kan ha vært utfordrende for informantene å se forbi min rådgiverrolle, noe som kan ha påvirket dem til å fortelle det de trodde jeg ønsket å høre. Min bakgrunn kan også ha medvirket til at jeg var mest oppmerksom på det helsefremmende perspektivet og ikke har klart å oppfatte andre viktige perspektiver.

For å styrke gyldigheten har jeg, i skriving av oppgaven, vært opptatt av eksplisitt skille hva som er forskningsdeltakernes stemmer, mine tolkninger, teori og forskning.

Under intervjuene stilte jeg oppfølgende spørsmål for å forvise meg om at jeg forstod og tolket riktig. Det var viktig å ha i bakhodet at forskningsdeltakerne var sårbare og kan ha vært skeptiske til å være ærlige overfor meg og sine kollegaer, og for at manglende kunnskaper skulle bli avslørt, at de skule tape ansikt eller posisjon.

Jeg har hatt en viss nærhet til fagfeltet ved at jeg selv er ansatt i sykehus. Fordelen er at jeg kjenner sykehussystemet godt fra innsiden og kan lettere se og forstå ulike strukturer.

Ulempen er at min forforståelse kan hindre meg å se viktige perspektiver, noe som kan påvirke gyldigheten.

Jeg har jobbet med analysen med ydmykhet og respekt. Jeg har vært opptatt av å gjengi forskningsdeltakernes utsagn så ordrett som mulig, for å være tro mot deres uttalelser, og har i det skrevne materialet kun fjernet gjenkjennbare verbale uttrykk og småord som ikke har påvirket meningsinnholdet. Å sende ut funnkapittelet til forskningsdeltakerne for å

undersøke i hvilken grad forskningsdeltakerne kjente seg igjen, og for å rette opp eventuelle misforståelser, kunne ha styrket gyldigheten. Jeg vurderte derimot det som urealistisk på grunn av tidsrammene jeg hadde til rådighet. I tillegg har denne måten å validere på, begrensinger og kan by på dilemmaer (Jacobsen, 2005; Nilssen, 2012). Gjennom fagdiskusjoner, litteratur og forskning har jeg funnet teori som støtter og underbygger funnene mine, noe som styrker gyldigheten.

Å skrive ut intervjuene ordrett i sin helhet, gjør at andre forskere kan kontrollere råmaterialet og se om mine tolkninger er gode nok, og styrker gyldigheten av analysedataet (Jacobsen, 2005; Malterud, 2011). I tillegg styrker det gyldigheten at jeg kunne jobbe med nedskrevne intervjuer, kommentere og markere i teksten og på den måten få en oversikt som en del av analysearbeidet (Jacobsen, 2005).

Loggskrivning har medvirket til refleksjoner og redegjørelser for mine valg slik at jeg kunne beskrive tydelig de enkelte stegene i analyseprosessen, noe som er med på å gjøre funnene troverdige og meningsfulle i lys av den innsamlede empirien (Nilssen, 2012). Å ha tid til å transkribere mellom hvert intervju har vært viktig for at resultatene skulle bli riktige og pålitelige.

At jeg var forsker utenifra medvirket til at forskningsdeltakerne i støtte grad kunne føle seg fri til å si sin mening, de behøvde ikke å bevise noe for meg, og jeg skulle ikke vurdere dem. I den grad de ikke følte at de måtte imponere hverandre, fikk jeg inntrykk av at de våget å være ærlige med hverandre. Å få mulighet til å sitte hver for seg i starten og notere ned stikkord, medvirket til at de ikke bare «ble med på» det de andre fortalte, men ble bevisst egne verdier og meninger først – dette styrker gyldigheten.

Ekstern validitet innbefatter å spørre om overførbarhet av funnene i studien, hvilken rolle den kan spille, hvor viktig, relevant og nyttig den er (Malterud, 2011). Det har vært en viktig ambisjon for meg at funnene kan føre til utvidet forståelse og være nyttig i flere sammenhenger der en samarbeider med ungdom. Intensjonen bak valg av fokusgrupper fra ulike settinger, var for å belyse tema fra ulike perspektiver, se mangfold og eventuelle fellestrekk. Dette styrker overførbarheten til andre kontekster.

3.9 Forskningsetikk

Ifølge forskningsetiske retningslinjer (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2006) skal jeg arbeide ut ifra en grunnleggende respekt for menneskeverdet, og sørge for medvirkning, innsyn og tilbakemeldinger underveis fra informantene. Forskningsprosessen skal være så åpen og transparent som mulig (Engelstad, Grenness, Kalleberg, & Malnes, 2005).

Når målet med forskningen er å få tak i forskningsdeltakernes perspektiver, er de grunnleggende etiske prinsipper informert samtykke og å unngå skade (Nilssen, 2012). Etikk i kvalitativ forskning handler også om forskningsmotivet, forskerkompetanse, autonomi og nytte (Hummelvoll, 2010). Jeg ønsket at deltakelse i fokusgruppene skulle oppleves nyttig for forskningsdeltakerne; fremme oppdagelser, læring og bevissthet. Jeg ønsket å møte praksisfeltet med respekt og ydmykhet og tilpasse meg de ansattes arbeidshverdag for at det skulle bli minst mulig belastende. Jeg var prisgitt at andre ville gi av sin tid, og la meg få ta del i deres tanker (Nilssen, 2012).

Informert samtykke

Informert samtykke skal sikre at forskningsdeltakerne deltar frivillig og er grundig informert om hensikten med studien, hva det innebærer og mulige belastninger (Nilssen, 2012). I invitasjonsbrevet var jeg tydelig på studiens hensikt for at forskningsdeltakerne skulle vurdere deltakelse på velinformert grunnlag. Jeg innhentet samtykke til deltakelse, og informerte både skriftlig og muntlig, at deltakelsen var frivillig og at de når som helst kunne trekke seg, uten at det ville få konsekvenser for dem.

Konfidensialitet

Konfidensialitet innebærer at private data som kan identifisere forskningsdeltakerne ikke avsløres og at forskere er pålagt å ivareta sensitive opplysninger på en forsvarlig måte (Brinkmann & Kvale, 2009; Jacobsen, 2005). Jeg informerte forskningsdeltakerne skriftlig og muntlig om lydopptak, at lydfiler og tekster skulle oppbevares i låst rom og på pc med privat passord. Jeg og min veileder ville ha tilgang til det skriftlige datamaterialet og lydfiler underveis i arbeidet og de var sikret konfidensialitet og anonymitet. Navn på personer, steder, alder, dialektord eller andre gjenkjennbare språklige trekk skulle

anonymiseres i presentasjon av funn. Forskningen ble meldt til NSD og alle dataene slettes etter fullført masteroppgave.

Intervjusituasjonen

Jeg ba forskningsdeltakerne om å inngå moralsk taushetsplikt overfor hverandre og informasjon som kom frem om tredjepart. Forskningsdeltakerne kunne selv velge hva og hvor mye de ønsket å dele i gruppa. Jeg var bevisst på å legge til rette for deltakelse, bl.a. lot jeg forskningsdeltakerne få mulighet til å tenke hver for seg på spørsmålet «hva innebærer en god relasjon for deg,» slik at de kunne forberede seg for lettere å bidra i gruppa etterpå.

Meg selv i forskerrollen

For meg selv og forskningsdeltakerne var en klarhet rundt min rolle som forsker viktig. Jeg har hatt tiltro til dem, ønsket å møte dem med oppriktig interesse for det ville fortelle og har stilt meg åpen for spørsmål og dialog om prosessen underveis. At jeg selv øver oppmerksomt nærvær, mener jeg har vært med å gjøre forskningen og møte med forskningsdeltakerne etisk forsvarlig fordi jeg klarte å være oppmerksomt tilstede. Jeg hadde en innsikt i tema, ideer om hva som var aktuelt og interessant å spørre og hvordan jeg skulle spørre. Jeg syns det var utfordrende å finne en god måte å spørre fagpersonene om deres tillit til ungdom for ikke å virke provoserende, mistenksom eller dømmende.

4 Presentasjon av empiri

I dette kapittelet presenterer jeg empiri som jeg finner relevant for å kunne besvare problemstillingen.

Trygghet og tillit kom frem som grunnleggende viktig når forskningsdeltakerne i alle tre fokusgruppene snakket om sin forståelse av «en god relasjon». I fokusgruppen som jobbet i somatisk barne- og ungdomsavdeling var dette de første stikkordene som kom opp, der også tosidighet i relasjonen ble tydelig:

«I en god relasjon tenker jeg at det må være tillit og en trygghet. I en god relasjon så må man se hverandre, gi anerkjennelse og vise interesse....og ha respekt for hverandre».

I alle tre fokusgruppene snakket forskningsdeltakerne om hvor viktig det er helt fra starten å jobbe med å skape trygghet og tillit for å få til en god relasjon med den enkelte ungdom. For dem er det flere elementer som virker inn på mulighetene for å bygge relasjon basert på trygghet og tillit. De trakk fram individuelle forhold hos dem som fagpersoner, men så også at strukturelle/ organisatoriske forhold ved arbeidsplassen påvirker deres muligheter og handlingsrom i møte med ungdom.

Individuelle forhold de fremhever er personlige egenskaper, verdier og holdninger de har i møte med ungdom og hvordan de viser disse i samhandling, hvilken kompetanse som er nyttig og hvordan de bruker den, hvor trygge de føler seg i møte med ungdom, samt hvordan de får til dialogen. Strukturelle forhold som arbeidstid og turnus, tid til hver enkelt ungdom, fysiske rammer, muligheter for å samarbeide med andre kollegaer og tilgjengelighet for ungdom, er forhold forskningsdeltakerne fortalte har innvirkning på deres muligheter til å skape gode relasjoner basert på trygghet og tillit.

Forskningsdeltakerne snakket ofte om trygghet og tillit som to tett sammenvevde begrep, samtidig som de beskrev og ga innhold til hvert av dem. Jeg vil først presentere funn knyttet til trygghet, deretter funn knyttet til tillit.

4.1 Hvordan kan trygghet hos ungdom, i relasjon til fagpersoner, skapes?

Forskningsdeltakerne fortalte om trygghet som vesentlig i en god relasjon. De trakk frem ulike forhold som betydningsfulle å skape trygghet hos ungdommene: fysiske rammer, å avklare roller, ansvar og premisser for samarbeidet, ha tid til å bli kjent og bygge relasjon over tid, fagpersonen må være tilgjengelig for ungdommen, ivareta konfidensialitet og ungdommens autonomi, samt fagpersonens personlige og faglige trygghet.

Forskningsdeltakerne snakket om gjensidigheten i relasjonen og at å bli kjent med hverandre skaper trygghet. Det innebærer at fagpersonen må være villig til å dele av seg selv personlig, men også faglig - ikke innta en passiv ikke-vitende rolle når det gjelder å faglig belyse helseutfordringen ungdommen kommer med.

«De som inntar en ikke- vitende holdning..... de lyver på et vis.. For de vet så utrolig mye. Av og til kan det være veldig effektivt å innta en lyttende rolle, men du skal ikke late som at du ikke vet. For da blir man jo på en måte møtt med et litt falskt flagg...du sitter der som en kompetanseperson, du er henvist til en kompetanseenhet, spesialisthelsetjenesten.....og så skal du sitte der og late som du ikke vet noen ting?»

I dette kapitlet presenterer jeg funn under kategoriene «*betydningen av ulike rammefaktorer*», herunder å *avklare roller, ansvar og rammer, tid og tilgjengelighet og fysiske rammer*, videre kategoriene «*konfidensialitet og autonomi*» og «*fagpersonen må fremstå som trygg*».

4.1.1 Betydningen av ulike rammefaktorer

For forskningsdeltakerne handler trygghet om helt fra starten, være tydelig i dialogen med ungdom og avklare roller og ansvar, samt bekrefte at en har relevant og nødvendig kompetanse. En må være tydelig på hva en kan bidra med og hvordan samarbeidet kan foregå. Forskningsdeltakerne mener videre at fagpersoner bør kommunisere tydelig at en har kjennskap til og vil ivareta ungdommenes juridiske rettigheter og konfidensialitet. Å møte ungdommen der den har fokus og behov, snakke uformelt med ungdommen i starten

kan, ifølge forskningsdeltakerne, skape trygghet og en følelse av at her er noen som er oppriktig interessert i meg og som vil meg vel. Dette mener de er et viktig for tidlig å legge grunnlaget for å skape en trygg og tillitsfull relasjon.

Forskningsdeltakerne som jobbet innenfor psykiatrisk barne- og ungdomsavdeling var spesielt opptatt av å avklare roller, ansvar og samarbeid, mens samtlige fokusgrupper trakk frem det å ha tid, tilgjengelighet og de fysiske rammenes betydning for å klare å skape trygghet hos ungdommen.

4.1.1.1 Å avklare roller, ansvar og rammer

Forskningsdeltakerne som jobber i psykiatrisk barne- og ungdomsavdeling, var spesielt opptatte av det å skape en felles forståelse av situasjonen sammen med ungdommen, ha klare rammer for samarbeidet, finne ungdommens motivasjon og skape et felles prosjekt. Å få tak i ungdommens motivasjon handlet om å få tak i hva ungdommen selv tenker om situasjonen, hva de er opptatt av og hva som er viktig. Å få en klarhet rundt disse forholdene, mener forskningsdeltakerne er med på å skape tydelighet, forutsigbarhet og trygghet for partene. En av dem sa det slik:

*«...direkthet, ærlighet og åpenhet. Altså disse premissene, dette er det vi har å gjøre med. Altså rett og slett for å møte ungdom og familier i akutte kriser. Som har behov for hjelp som de kanskje ikke har oppsøkt selv. Da har det vært mye mer på dette med å faktisk være konkret, se dette **her og nå**, dette er det jeg kan bidra med sånn i første omgang. Være ærlig både på de rammene og premissene jeg faktisk jobber innunder.»*

4.1.1.2 Tid og tilgjengelighet

Fokusgruppene hadde erfaring med at å skape trygghet i relasjon med et nytt menneske forutsetter at en blir kjent og det tar tid. Forskningsdeltakerne i sykehus fortalte at ungdom med kronisk sykdom ofte har kontakt med sykehus over en lengre tidsperiode slik at det er lettere å bli kjent, skape trygghet og få en relasjon, og de er ofte mer vant til å kommunisere og forholde seg til fagpersoner som gjør at de kan være tryggere i settingen. For ungdommer som kommer inn poliklinisk eller ved akutt sykdom kan det være utfordrende å få tid nok til å skape trygghet og bygge opp en relasjon og det blir veldig situasjonsbetenget. Forskningsdeltakerne fortalte at kontakten de har med ungdom kan variere veldig - fra ett møte til over tid, opptil flere år.

Helsesøstergruppa har erfart at synet på, og forventningene til helsesøstre i skolehelsetjenesten har endret seg, og at de som gruppe fremheves som en viktig ressurs for barn og unges helse gjennom media og politiske dokumenter i mye større grad enn før. De opplevde også nå et større krav til tverrfaglighet og samarbeid på tvers av fag, profesjoner og nivåer. En av helsesøstrene opplevde stort tidspress på jobb. Til tross for tidspresset, prioriterte hun å bruke nødvendig tid på å skape god relasjon med ungdom. Andre helsesøstre opplevde at de kunne bruke den tiden som trengtes for å skape god relasjon med ungdom.

Tidsaspektet fremheves også som en vesentlig rammefaktor når en skal bli kjent med og skape trygghet i relasjon til ungdom med annen kulturell og språklig bakgrunn. En fra helsesøstergruppa fortalte:

«Ofte har vi ikke tid i den første samtalen, men da sier jeg at de må ta kontakt, for de har muligheten til å komme tilbake. For vi har jo alltid begrenset med tolk, så vi har gjerne en times tolketid, og så syns jeg det er ganske ofte at rett før tolketiden er over, så kommer du liksom til kjernen og så må en avslutte i en fart. Så må en avtale nytt tidspunkt og da bruker en jo ofte litt tid å komme inn igjen sant? Så det med tolk er litt frustrerende for det tar så lang tid, alt du sier. Så er du jo ikke sikker på om du blir forstått på den måten du hadde tenkt, begge veier. Ja, så det er utfordringer. Og du mister en del av den small-talken innimellom, som kan være med å vise litt mer dybde i det som de vil si. Men jeg har noen som kommer igjen og kommer igjen og kommer igjen og jeg opplever at det er veldig god relasjon til de som jeg har hatt gjentatte ganger. Og at det kan bety noe for dem»

Forskningsdeltakerne uttrykte at bemanning og antall ansatte på jobb påvirker også tiden fagpersonen kan bruke til hver ungdom:

«...nå har det vært veldig mye nedbemanninger...vi er blitt mye færre folk enn før og det kan jeg se som en trussel litt.....skal du komme i god dialog med dem, så trenger du litt tid. Og hvis det er den lave.... At bemanningen blir sånn at en ikke har tid til å være der og lytte litt til dem, tulle litt med dem, lage litt humor og....det har i alle fall jeg syns har vært en god vei....og...så...og det med å legge til gode...legge til rette litt samarbeidsrutiner, ja.... Lage litt avtaler.er det greit at vi gjør sånn og så etterpå....»

Fagpersonens tilgjengelighet og mulighet til å være fleksibel understrekes i alle gruppene som viktig for relasjonsbygging og for å skape trygghet. I fokusgruppene var det en gjennomgående holdning til å ville være fleksible på tid og strekke seg langt for å møte ungdommene den tiden på døgnet ungdommen hadde behov for det- dette ble sett på som viktig for å skape en god relasjon for samhandling og dialog.

En fra helsesøstergruppa fortalte at hun gjerne kan være tilgjengelig for ungdom på mobilen etter arbeidstid, for at de skal kunne få tak i henne hvis det skulle være noe og oppleve dette som trygt og forutsigbart.

I sykehus påvirker turnus og arbeidstid hvor langt en kan gå i å imøtekomme ungdommers behov for å treffes f.eks. på ettermiddag- eller kveldstid. En forskningsdeltaker beskrev denne utfordringen slik:

*«...vi har jo vært i en relativt fleksibel arbeidstidsordning. Så vi har jo hatt muligheten til å møte ungdommene **der** hvor de har ønsket å bli møtt **når** de har ønsket å blitt møtt fram til klokka ti på kvelden, ikke sant? Har det vært noen som har villet møte meg klokka ni, så har jeg gjort det. Og det har jo på en måte vært med å gjøre at enkelte har blitt mer motivert for å prate, fordi at de føler at de har ikke vært nødt til å velge bort skole eller gjøre ting....det har vært på en måte å ha kunne sendt en melding om kan vi snakkes kl. ni i kveld? Ja det kan vi. Skal jeg komme til mitt kontor eller skal jeg møte deg... et sted....så har vi gjort det. Det har ikke vært så ofte, men når muligheten har vært der, så har det gjort noe med at de føler at vi er der **for dem**, ikke at vi har et fast arbeidssted, fast oppmøtetidspunkt og de skal komme for at vi skal ha noe å gjøre. Og det har vært positivt. Nå er jo det blitt endret, så nå har vi ikke den muligheten lenger i like stor grad. Nå har vi fått fast turnus, så nå skal vi jobbe innenfor de rammene vi har blitt gitt. Jeg tenker at det er jo en svakhet som for en del av de ungdommene som vi risikerer å miste, som føler at de er nødt til å forholde seg til et system, isteden for at systemet skal forholde seg til dem.....»*

En fra helsesøstergruppen forteller om betydningen av å være tilgjengelig på kontoret:

«..og det med at vi må være tilgjengelig også. For å så få en god relasjon. Hvis vi er på kontoret, for eksempel, veldig sporadisk, så kan vi heller ikke forvente at vi skal bygge opp en veldig god relasjon til en person. Som kanskje har litt behov som å komme mer enn en gang.»

4.1.1.3 Fysiske rammer

Forskningsdeltakerne reflekterte over hvordan fysiske rammer påvirker hvor trygg de som fagpersoner føler seg i møte med ungdom og hvordan fysiske omgivelser kan være medvirkende til at ungdommen opplever trygghet. De mener det er en fordel å kunne velge rammer i forhold til hva ungdommen har behov for og hva en vil oppnå. En av dem som jobber i barne- og ungdomspsykiatrien fortalte:

«...det høres fint ut å sitte ute på en stubbe i skogen og møtes på et helt annet sted, men der kan være mye forstyrrelser, man sitter og fryser og man er mer opptatt at å få ordnet seg noe mat og....Man har ikke den roen og den tydelige rammen rundt som....hvis man trives da,...hvis man får til en god samtale inne på kontoret, så kan det også være et veldig godt utgangspunkt. Så... begge deler.... Men det er gøy å kunne tilby forskjellige ting da»

Forskningsdeltakerne fra somatisk barne- og ungdomsavdeling var stolte og har gode erfaringer med å kunne tilby ungdom et egnet rom med musikkanlegg, trådløse høyttalere, god lenestol, farger på veggene:

« Ja, det er bare så gildt å vise dem inn der...da vokser de med en gang. At det er lagt til rette for dem...nei det er veldig fint.»

En av forskningsdeltakerne fra psykiatrisk barne- og ungdomsavdeling fortalte om en ungdom som fant trygghet til å prate mens de tok oppvasken sammen hjemme i ungdommens leilighet:

*«Jeg møtte henne to ganger i uka, og da var greia...okey, kommer du opp, tar oppvasken? Det kan jeg gjøre, det går helt fint. Så stod jeg og vasket opp, så hjalp hun meg med å sette ting i skap og sånne ting, og **da** pratet vi. Da begynte vi på et eller annet. Hvis vi ikke tok oppvasken, hvis den var tatt, så mistet hun helt....Så da var det bare å ta ned de rene koppene og vaske opp igjen og så kom det på nytt igjen . Så det er noe med å skape disse rommene da....»*

4.1.2 Konfidensialitet og autonomi

Forskningsdeltakerne opplever at det skaper trygghet for ungdommen når de som fagpersoner viser at de har kunnskap om og respekterer ungdommers aldersbestemte juridiske rettigheter, rett til medbestemmelse og til å snakke med fagpersoner uten foreldre tilstede. Ungdom blir også trygg når de opplever at fagpersonene ivaretar taushetsplikten. En fortalte:

«Jeg spør, for jeg tar de inn til en time på poliklinikk. Jeg spør dersom de er over 16 om de vil ha mamma og pappa der eller om vi kan ta en runde uten.»

Det at ungdommen har rettigheter og muligheter til å bestemme noe selv, ser forskningsdeltakerne som positivt. Samtidig fremhever de betydningen av at fagpersonene er bevisst den innvirkning og det ansvaret både foreldrene, og de som fagpersoner, har i relasjonen. Ungdom som opplever fagpersonen og/eller relasjonen som utrygg kan velge å bryte ut av den:

«Men så, heldigvis da, har jo ungdommene mulighet til å bestemme litt selv. Mange ganger så er det jo ikke tvang og når alt kommer til alt så kan de velge oss bort. Det er mulig å bli enige i en sånn kontrakt om at: nå møtes vi åtte ganger eller nå møtes vi fem ganger, så kan vi se hvordan det blir. Om det blir meningsfullt for dem, om dette er noe de kan ha noe utbytte av. Og så gjør vi opp status da».

Forskningsdeltakerne som jobber i sykehus erfarer at mange ungdommer møter på sykehus sammen med foreldrene sine. Fagpersonene ser på foreldre som viktige i ungdommers liv og dermed viktige å samarbeide med. Foreldre kan komme med viktig tilleggsinformasjon og være en viktig samarbeidspartner både for dem og ungdommen. Men de har også erfart at foreldre kan hemme dialogen og relasjonen mellom dem som fagperson og ungdommer. Det tar da lengre tid før en blir kjent og trygge på hverandre og til at ungdommen får komme frem med sine synspunkter. En beskriver sine erfaringer med dette:

«...det er veldig vanskelig å få den kontakten med ungene, og få unger og ungdommer til å svare selv hvis foreldrene er der fordi de vil veldig fort inn og svare for dem: «Ja, men han

har så vondt så det er ikke sikkert at.....».Og så har de kanskje ikke helt den samme oppfatningen.....»

4.1.3 Fagpersonen må fremstå som trygg

Forskningsdeltakerne har erfart at dersom de fremstår som ærlige og trygge i møte med ungdom er dette medvirkende til at ungdommen føler seg trygg. For dem handler en trygg fagperson både om å ha både personlig trygghet og faglig trygghet. Å være personlig trygg, handler også om å være trygg på seg selv som person, ikke ta seg selv så høytidelig, våge å dumme seg ut og bruke humor for å skape trygghet i relasjonen. To av forskningsdeltakerne i somatisk barne- og ungdomsavdeling uttrykte dette om humor og det å være åpen og ærlige på at en ikke kan alt:

«Og humor, syns jeg, hvis det passer inn, så syns jeg ofte at det er veldig bra som en slags icebreaker, for å komme...for å ufarliggjøre situasjonen, så tenker jeg at det erhvis en finner noe som de kan le litt av, for å trygge dem i det det måtte gjelde...»

For forskningsdeltakerne betyr faglig trygghet å kunne hvile i og være bevisst den erfaring og kunnskap en har om ungdom, om ungdomsmedisin og ulike verktøy og metoder. Forskningsdeltakerne er tydelige på at fagpersonen uansett må finne **sin** måte, og bruke de tilnærminger som synes relevante – velge litt av all kompetanse en har. Å formidle sin relevante fagkunnskap inn i relasjonen, mener de kan gi ungdom trygghet på at fagpersonen kan bidra med noe viktig inn i ungdommens situasjon. Det betyr også mye for fagpersonens trygghet, å vite at en kan hente støtte og bekreftelser hos kollegaer og samarbeidspartnere i team, få tilbakemeldinger og innspill, og ha andre en kan diskutere etiske problemstillinger med. Å søke støtte hos kollegaer som jobber med samme ungdom, kan hjelpe en selv å oppdage flere av ungdommens ressurser sett ut ifra andres ståsted.

«Jeg tenker at det er viktig at vi fremstår der som trygge i det vi vil....skape tillit til . men at vi ikke er tusenkunstnere og... kan alt nødvendigvis, men at vi er trygge i det vi gjør og at vi kan finne ut av ting sammen hvis det er noe vi ikke kan akkurat. Ja...at...Men allikevel vise at vi er trygge».

Forskningsdeltakerne i alle tre gruppene opplever en trygghet i å ha erfaring med å jobbe med ungdommer eller å være forelder til ungdom. En vil da være oppdatert på hvordan det er å være ungdom i dag, og vil være god hjelp når en skal finne gode innganger og temaer å snakke med ungdom om. For at ungdom og fagperson skal bli kjent og trygge på hverandre, mener flere at fagpersoner av og til må snakke med ungdom om noe ufarlig, litt «løst og fast» for at de skal bli trygge nok til å ville delta i dialogen. Fagpersonen må prøve å finne ut av ungdommens interesser, tanker og behov her og nå. Det er viktig å vise oppriktig interesse for å bli kjent med hver unike person, selv om du har erfaring med andre ungdommer fra før. En fra somatisk barne- og ungdomsavdeling fortalte:

«Ja, det er noen ganger en bare må begynne med noe løst og fast - med noe tv eller noe som skjer i samfunnet eller noe som er litt gildt».

Men forskningsdeltakerne fortalte også om situasjoner og relasjoner de opplevde som etisk vanskelige, der de følte seg utrygge, usikker, frustrert og maktesløse. Det kan være situasjoner der foreldresamarbeidet blir utfordrende, når foreldre ikke forstår ungdommens utfordringer eller ikke lar ungdommen svare for seg selv i samtaler. Dette opplevdes også i situasjoner der ungdommer var umotiverte, fysisk utagerende, ikke ville erkjenne egne utfordringer eller ikke ville ha hjelp. En av helsesøstre fortalte om situasjoner hun opplevde som kjempefrustrerende:

«Det er kjempevanskelig med dem som kanskje ikke ønsker å gå til ABUP, de ønsker ikke å snakke med noen andre, de kommer ikke på skolen....Det synes jeg er....da blir jeg litt sånn åhhh.... hva skal jeg gjøre for at det skal bli greit...? Det synes jeg ihvertfall er veldig vanskelig. Jeg ønsker kanskje egentlig å sende dem videre, men hvis ikke de vil det, så er det veldig vanskelig å sende han videre....hvis ikke han har lyst».

Forskningsdeltakerne har opplevd at det ikke alltid er så lett å få til en dialog i starten. Ungdom har ulike behov og er forskjellige når det kommer til å prate og åpne seg:

«... det er ikke nødvendigvis at du behøver å si så mye, men du må være der. Så må du på en måte være tryggheten som gjør at de tør å komme ut med det de trenger.»

Forskningsdeltakerne som har jobbet med ungdom med annen språklig og kulturelle bakgrunn, har opplevd det utfordrende å bli kjent og skape trygghet.

En som jobber i somatikk fortalte:

«Vi ser jo hvor viktig med snakke..... Ikke være avhengig av tolk. Og det er en utfordring man har og det er enda større utfordring det med ungdom, særlig når de da kommer alene, ukjent land og ukjent alt. Og ikke... da krever det enda mer.»

4.2 Hvordan kan tillit hos ungdom, i relasjon til fagpersoner, skapes?

Forskningsdeltakerne uttrykte at tillit er helt grunnleggende for å få til en god relasjon. De mener at fagpersoner må ha en grunnleggende tillit til ungdom som utgangspunkt i relasjonen og har ansvaret for å skape tilliten. Hvordan fagpersoner ser på sitt ansvar i det tillitsskapende arbeidet og hvordan de fremstår og oppfører seg i møte med ungdom, å få feedback på hvordan ungdom opplever relasjonen, er forhold forskningsdeltakerne belyser som viktige for å skape en god relasjon basert på tillit. De forteller at det handler mye om fagpersonens ansiktsuttrykk, kroppsholdning, plassering, hvordan en utstråler seg selv for å vekke tillit og hvordan en møter de ulike mennesketyper. En må være oppmerksom på hva den andre er opptatt av, tilpasse seg og møte dem på det de trenger. Det er også tillitsskapende at ungdom merker at de ansatte snakker og har det bra sammen.

«Og når det gjelder ungdom som alle andre, så er det det jo veldig grunnleggende at man viser interesse, tilstedeværelse, lytter, tar de på alvor og anerkjenne det de kommer med og det som de står oppi.»

I dette avsnittet presenterer jeg mine funn under kategoriene «*fagpersonens grunnleggende tillit og anerkjennende holdning til ungdom*» og «*fagpersonens kompetanse*».

Fokusgruppene forteller at de har en forståelse for at det å være ungdom er vanskelig og utfordrende for mange, spesielt hvis du har kronisk sykdom i tillegg. Ungdommer helse påvirkes av så mye annet, som skolen, familien, nærmiljøet og gjennom sosiale medier. De fremhever viktigheten av å møte ungdom med anerkjennelse og empati for å bygge tillit og få til en god relasjon. Forskningsdeltakerne snakker også om å se ungdom som en del av en

større sammenheng, og ser det som vesentlig å vurdere hvordan en intervensjon vil kunne påvirke ungdommen. Ikke bare her og nå, men også utenom. Foreldresamarbeid sees som viktig og nødvendig, og kan fungere godt, men kan også være utfordrende når de skal skape relasjon til ungdommen.

Forskningsdeltakerne var tydelige på at en del personlige egenskaper er viktig for å skape tillit og alle fokusgruppene fremhevet ærlighet, anerkjennelse og ydmykhet.

Forskningsdeltakerne er tydelige på at de mener de må ha en grunnleggende tillit som utgangspunkt for relasjonen, ellers har de ikke noe i jobben å gjøre. Det er gjennomgående at de ser det som sitt ansvar å skape tillit i relasjonen, at de må gjøre seg fortjent tillit ved hele tiden gjøre det de sier at de skal gjøre, og at en ikke kan forvente at ungdom har tillit til dem som utgangspunkt. En av dem forteller:

«Jeg har egentlig alltid tenkt at det er vår oppgave å skape tillit.

For det er vi som på en måte...Ja det er vi som kommer inn og bryter inn.... og det er vår oppgave føler jeg...»

En av forskningsdeltakerne i barne- og ungdomspsykiatrien fortalte om å møte ungdom med en tillit og tror på deres opplevelser og det de sier:

«....møter dem med tillit istedenfor mistenksomhethvis det kan være det motsatte. Så er det litt fordel å ha den forståelsen av virkeligheten ...at det handler ikke nødvendigvis ikke alltid om sant og usant, men at vi, når vi lever i virkeligheten, så ser vi alltid virkeligheten slik vi opplever den, ikke slik den faktisk er. Og da får man ikke så behov for å dømme dette som sant og usant nødvendigvis.»

4.2.1 Fagpersonens grunnleggende tillit og anerkjennende holdning

Alle forskningsdeltakerne er samstemte og tydelige på at anerkjennelse og en grunnleggende tillit til ungdom de møter, er de viktigste holdningene de må ha i relasjonen med ungdom for å bygge tillit. Fagpersoner må ha et ønske om å få til en relasjon, og anerkjenne ungdommen som hovedperson ved at du alltid først henvender deg og håndhilser på ungdommen, at det er hans /hennes historie du er interessert i og ungdommen du først og fremst kommuniserer med. Fagpersoner må vise at de har tillit til

ungdom gjennom å ta på alvor det de forteller, gjennom å la dem bestemme og gi dem ansvar de kan mestre. Samtidig som en ikke glemmer at de er i utvikling og ikke må få for mye ansvar. utfordringer og ansvar må da være passe nok til å få til utvikling og gi muligheter for å mestre. Å utfordre er samtidig en hårfin balanse, en kan sette relasjonen «på strekk» og kan risikere at ungdommen trekker seg fra relasjonen. Det fremheves som viktig å etterspørre ungdommenes opplevelse av relasjonen. En i barne- og ungdomspsykiatri-gruppa fortalte:

«Det å få tilbakemelding på ungdommens opplevelse av kontakten er ganske viktig. Og der har vi jo tilgang på noen verktøy, som et supplement til den muntlige tilbakemeldingen. Så fins det jo gode sånne veldig enkle spørreskjemaer der du setter noen kryss i forhold til, på slutten av timen: Hvordan var dette her? Føler du deg respektert, og møtt, har vi snakket om ting som var viktig for deg og så videre. Så det har vi jo tilgang til, uten at vi bruker det i noen særlig grad. For jeg tror jo at jeg klarer å fange opp hvordan ungdommene opplever det. Jeg vet at jeg er veldig på tynn is.... For det har en jo forsket på, at vi som jobber med ungdom og mennesker generelt, vi bommer ofte der. Vi klarer ikke å fange opp hvis ungdommene ikke føler seg godt møtt, så går det ofte under radaren vår...»

Forskningsdeltakerne snakker også om at de har forventinger til ungdom, om gjensidig respekt og ansvar.

De forteller hvordan de viser anerkjennelse av ungdommen som person, ved å bekrefte dem, vise at de tror på deres subjektive opplevelser og forholder seg til ungdommens opplevde sannhet. Gruppene forteller også om hvordan de viser anerkjennelse av ungdommen ved å formidle en tro på at ungdommen kan bidra inn i egen situasjon, ved å ansvarliggjøre dem og gi dem ansvar, og våge å utfordre ungdommen for å få til utvikling. En av forskningsdeltakerne fra barne- og ungdomspsykiatri fortalte følgende om viktigheten av å møte dem med anerkjennelse og aksept, for den de er og der de er:

*«....det handler jo for så vidt veldig mye om på en måte å anerkjenne deres motvilje sant... her vil ikke du være, her har du fått beskjed om at du **skal** være, enten av mamma eller pappa, eller at noen somdu er henvist på tvang eller sånne ting.... du **må** gå i behandling, ikke sant? Det har jeg full forståelse for. Her kan vi snakke om akkurat det du vil snakke om, det er helt i orden.»*

Ærlighet, ydmykhet, åpenhet og anerkjennelse fremheves som de viktigste egenskaper når de skal skape tillit hos ungdom. I tillegg er det å være genuint interessert, respektfull, vennlig, tålmodig, fleksibel og humoristiske egenskaper som de også har erfart som tillitsskapende. De mener videre at det skaper tillit å ha evnen til å kunne by på seg selv ved å dele personlige tanker og erfaringer og evner til å se hvordan en selv som person påvirker og bidrar inn i relasjonen.

Evnen til vise egen sårbarhet, erkjenne egne begrensninger overfor seg selv og andre er også viktig for at ungdom får tillit til deg. En av dem fortalte hvordan hun innså sine begrensninger overfor en ungdom og derfor overførte ungdommen til en kollega som hun mente ville være en bedre match.

Flere formidlet at det er viktig å dele av sine personlige sine tanker og erfaringer med ungdom for å bygge tillit. En fra helsesøstergruppa delte sine erfaringer:

«Jeg kan godt bruke meg selv litt, hvis det er aktuelt. Hva jeg har opplevd, og hva jeg husker fra jeg var ung og....ja. De spør gjerne også: Hva ville du har gjort? Hva gjorde du...Hva ville du ha sagt til dine barn? Hva ville du ha.....De spør gjerne om det også. Og da prøver jeg å si så godt jeg kan i alle fall. Kan godt være privat, men jeg er ikke .. jeg kan gjerne bruke en del ting.... erfaring og...for meg er det helt uproblematisk.»

Forskningsdeltakerne treffer mange ungdommer som kommer til dem med problemer, men ser på ungdom som personer med kapasitet, gode egenskaper og mange ressurser.

Flesteparten av forskningsdeltakerne la vekt på viktigheten av å fokusere på ungdommens ressurser og gode egenskaper. En av helsesøstrene fortalte:

*«.....Så prøver en jo å finne det som er positivt hos dem ikke sant. Få dem også til å forstå at det er ikke bare negativt med dem liksom. Hvis det er det som er problematikken, sånn tenker jo jeg i hvert fall. En må prøve å gi dem troen på at de skal klare det, de skal komme gjennom det. De har mange gode egenskaper som gjør at de **kan** klare det. De kommer med veldig mange forskjellige ting, det kommer an på hva problematikken er kanskje.... Skryte av det de får til , og at.... Hvis det er noe de har klart å gjøre eller....berømme det*

og si at det var modig gjort, eller at du var god som klarte å få det til eller..... Sånn at de bygger opp selvtilliten igjen. Litt sånn underbyggende.»

Kapasiteten og ressursene ungdommen har, ser fagpersonene også som en kapasitet de selv kan lære av. En holdning av ydmykhet ble uttrykt slik:

*«For det er litt min grunntanke dette at jeg er til for at ungdommer skal kunne bruke **meg** og **min** kompetanse når de føler at de har bruk for det. Ikke at meg og min kompetanse har bruk for den ungdommen med akkurat de problemene.»*

4.2.2 Fagpersonens kompetanse

Kunnskap om ungdommers utvikling, ungdomshelse, ungdommers juridiske rettigheter, grunnleggende behov hos mennesker, hvordan møte mennesker i sorg og krise, formell fagkompetanse, erfaring med å jobbe med ungdom og personlig erfaring med å være forelder til ungdom, er kompetanse som forskningsdeltakerne trekker frem som viktig for å skape tillit og god relasjon med ungdom. Selv om de ser som en fordel å ha erfaring med ungdom fra før, påpeker de viktigheten av alltid å møte en ungdom som en unik person en skal bli kjent med og som ikke kan sammenlignes med noen andre.

Det er gjennomgående i fokusgruppene at trygge fagpersoner som har tillit til egen kompetanse, fremmer tillit og trygghet hos ungdommen, noe som igjen medvirker til en god relasjon. Forskningsdeltakerne mener at det er viktig for at ungdom skal få tillit, å formidle at de har kompetanse på det ungdommen kommer for, men samtidig kunne innrømme sine begrensninger. En informant fortalte om et grep hun tok da hun opplevde å komme til kort i en relasjon:

«Nå er det en annen gutt som jeg rett og slett avslutter. Fordi jeg ser at han er på et helt annet nivå enn hva jeg vil klare å gi ham noe på. Så han har jeg overført til en av kollegaene mine. For jeg ser at jeg tror det vil være en mye bedre match. Jeg kjenner at jeg kjeder meg litt og da er ikke jeg riktig terapeut».

En fra somatisk barne- og ungdomsavdeling tror at de som er innlagt merker at de som jobber der snakker sammen, deler kompetanse og har det greit sammen, noe som er en viktig tillitsskapende faktor.

Forskningsdeltakerne vet at fagkompetansen i seg selv gjør at ungdom har forventinger og tillit til deg som fagperson og at du skal bidra med noe til dem. Helsesøstergruppa opplever økt fokus og etterspørsel etter sin kompetanse i samfunnet, gjennom media, politikk, skolen og i tverrfaglige team. En av forskningsdeltakerne i gruppen i barne- og ungdomspsykiatri beskriver sin opplevelse av en generell tillit til samtaleterapi i samfunnet:

*«Jeg opplever i vår kultur at det er en **grenseløs tro** på hva terapi kan utgjøre. Samtaleterapien. Det er det som redder alle mennesker i krise».*

I tillegg forteller forskningsdeltakerne at fagkompetansen kan være et hinder ved at de blir skumle eksperter som ungdommen ikke kan forholde seg til. Fagkunnskap gir dem en makt som gjør at de ikke kan møte ungdom som likestilte.

En i barne- og ungdomspsykiatri-gruppa satte sine ord på det:

«...vi er jo ikke likestilt. For jeg hadde ...vi hadde også en sånn tanke om at det kommer....at vi er litt sånn like...det vil være med på å få i gang de gode samtalene.... bare tøys...for vi er ikke like....uansett. Vi sitter på et helt annet nivå, både erfaringsmessig og kompetansemessig enn disse ungdommene gjør. Og det vil si at vi greier ikke på en måte helt å treffe dem uansett som vi tenker og gjør, for vi blir aldri like. De vil alltid se på oss som noe annet enn de vil se på sine ensartede.»

5 Drøfting- På hvilken måte kan fagpersoner skape en god relasjon med ungdom med helseutfordringer?

I dette kapittelet vil jeg se empirien i lys av teori og forskning for å besvare problemstillingen min: *Hvilke forhold er av betydning for fagpersoners mulighet til å skape gode relasjoner med ungdom som lever med helseutfordringer?*

Dette gjør jeg gjennom å drøfte og besvare forskningsspørsmålene mine:

1. *Hvilke forhold på individnivå har betydning for fagpersoners mulighet til å skape gode relasjoner med ungdom lever med helseutfordringer?*
2. *Hvilke forhold på strukturnivå har betydning for fagpersoners mulighet til å skape gode relasjoner med ungdom med helseutfordringer?*

Forskningsdeltakerne fremhever trygghet og tillit som grunnleggende i «en god relasjon». De omtaler ofte de to begrepene i sammenheng, noe som også sees i mye av litteraturen. Men forskningsdeltakerne gir også innhold til hvert av begrepene som jeg skal belyse i det følgende. Videre viser funnene at det å skape en god relasjon basert på trygghet og tillit, har både med den enkelte fagperson å gjøre, men også strukturene rundt fagpersonene påvirker deres muligheter for å skape gode relasjoner. Jeg vil i dette kapittelet vise hvordan forskningsdeltakerne relaterer «å skape en god relasjon» til individ og strukturnivå og se empirien i lys av relevant teori og forskning.

5.1 Hvilke forhold på individnivå har betydning for fagpersoners mulighet for å skape gode relasjoner med ungdom som lever med helseutfordringer?

Individuelle forhold forskningsdeltakerne fremhever er personlige egenskaper, verdier og holdninger de har i møte med ungdom og hvordan de viser disse i samhandling, hvilken kompetanse som er nyttig og hvordan de bruker den, hvor trygge de føler seg i møte med ungdom, samt hvordan de får til dialogen. Forskningsdeltakerne knytter rammefaktorer, konfidensialitet og at fagpersonen må fremstå som trygg som viktig for **trygghet i relasjonen**.

For å skape tillit trekkes fagpersonens grunnleggende tillit og anerkjennende holdning til ungdom, samt fagpersonens kompetanse frem som viktige forhold.

Tydelige rammer for relasjonen, ivaretagelse av konfidensialitet og autonomi skaper trygghet

Forskningsdeltakerne var tydelige på viktigheten av å være ærlig og tydelig overfor ungdommen, avklare hvorfor en treffes, roller og ansvar, klargjøre premisser og rammer for samarbeidet, samt formidle at en har nødvendig kompetanse. Videre mener de det skaper trygghet når ungdommene blir forsikret at deres juridiske rettigheter og konfidensialitet blir ivare tatt, at ungdom har rett til å få snakke med fagpersoner alene uten nærstående tilstede. Forskningsdeltakerne mener at de må vise at de er til å stole på, ved alltid å holde ord. De mener det er essensielt å ønske å bygge en relasjon, møte ungdommen der de er, være nysgjerrig og interessert. De må snakke litt uformelt om løst og fast med ungdommen i starten. Dette kan, ifølge forskningsdeltakerne, skape trygghet hos ungdom og en følelse av at noen er oppriktig interessert.

I tråd med forskningsdeltakernes fokus på viktigheten av den uformelle praten, viser Klostermann et al.(2005) at ungdom kan oppleve uformell småprat som et tegn på at fagpersoner viser interesse – dette kan være tillitsskapende. I en kvalitativ studie blant 54 ungdommer, ønsker de å studere hvordan ungdom, med og uten kronisk sykdom, opplevde tillit til leger, og identifisere legeadferd som kunne relateres til disse opplevelsene og mulig tilpasses for å bedre helsetjenester til ungdom. Studien viste at ungdommers tillit til legen kan bedres ved at legen etterspør ungdommens mening, holder privat informasjon konfidensiell, ikke holder igjen informasjon og at legen engasjerer seg i «small talk» for å vise interesse og omsorg. En ungdom kan oppleve trygghet i relasjonen når en får en følelse av at ens opplevelser, synspunkter og følelser blir tatt på alvor og at en kan ha innflytelse på egen situasjon (Solhjell, 2016). Tryggheten inkluderer også at en føler tilhørighet og som en del av fellesskapet, men at man samtidig opplever at en bestemmer over seg selv.

I følge Lov om pasient – og brukerrettigheter (2001) har ungdom rett til informasjon og medvirkning tilpasset modenhet og alder, de er helserettslige myndige ved 16 år, og har rett til medvirkning i eget helsetilbud.

Ivaretagelse av ungdommenes autonomi(selvbestemmelse) blir i høy grad trukket frem i litteraturen som noe av det viktigste å ivareta hos ungdommen når fagpersoner skal skape trygge relasjoner med dem(Kelly, 2014; Langaard, 2012; Rajka, 2011; Sundet, 2000). Ungdom må så langt det er mulig få bestemme hva som skal snakkes om og når, og hvis mulig, hvor og når en skal treffes. Ungdom skal utvikle seg til å bli selvstendig og autonom i løpet av ungdomstiden. Det handler også om å bli bevisst sine sterke sider og hvordan man kan anvende dem, samtidig som man er bevisst egne begrensninger. Dette betyr ikke at en skal klare alt selv. Det handler om å være bevisst når en trenger hjelp til, til hva og hvor en kan få slik hjelp. Ivaretagelse av autonomi og konfidensialitet er også noe forskning fremhever som svært viktig når en skal skape trygge og tillitsfulle relasjoner med ungdom, ikke minst ungdommene selv er tydelige på dette. (Ambresin et al., 2013; Dickey & Deatrck, 2000; Pinto, 2004; Schaeuble et al., 2010; Ullan, Belver, Serrano, Delgado, & Badia, 2012). Konfidensialitet betyr for ungdommene at de må være sikre på at opplysninger er forstått riktig og at det ikke bringes videre. Dette er viktig for at ungdommer skal oppleve å være i førersetet. En fagperson som henvender seg til foreldrene fremfor ungdommen selv, kan komme til å behandle ungdommen mer som objekt enn om fagpersonen ivaretar ungdommens autonomi(Cogswell, 1985).

Autonomi og empowerment(bemyndigelse)er grunnleggende verdier i helsefremmende arbeid(WHO, 1986). Bemyndigelse har som siktemål å kartlegge muligheter og ressurser og bygge opp ungdommers autonomi og selvfølelse(Aanderaa, 2003; Stang, 2003). Dette betyr at fagpersoner må ta ungdom på alvor og tillate dem å ha en aktiv deltakende rolle i relasjonen. Ungdom som sees som subjekt med ressurser og meninger, og som opplever seg betydningsfulle, kan lettere ta ansvar. Ungdommer selv ønsker å føle seg viktig, bli tatt hensyn til og bli sett som en hel person De ønsker å inkluderes i bestemmelser om egen helse, hvor selvstendig de ønsker å være og hvor mye støtte de ønsker av foreldre. (Ambresin et al., 2013; Schaeuble et al., 2010). Relasjoner som sammenfaller med ungdommens preferanser, kan forbedre kvaliteten på relasjonen og fremme ungdommenes helse.

Forskningsdeltakernes refleksjoner rundt betydningen av å være oppriktig interessert, nysgjerrig og ønske en relasjon, er i tråd med Spurkeland(2012). En genuin interesse for mennesker kan være en døråpner og det grunnleggende elementet, og et premiss, for å kunne skape en god relasjon. Det betyr å ha en humanetisk holdning og verdsette

mennesket, en holdning og evner til å ha en generell positiv nysgjerrighet på mennesker, aktivt engasjere seg i andre mennesker, ta i bruk sosial intelligens og ha evnen til å vise positive følelser overfor andre. En fagperson som er genuint interessert i å bli kjent med den andre, vil undersøke, spørre og oppmuntre ungdom til å fortelle. De fester seg ofte ved dypere trekk og kjennetegn hos vedkommende, som f.eks. ressurser og positive egenskaper. Motsatt er fagpersonen som primært er fag- og/eller saksorientert (Spurkeland, 2012). For å etablere en relasjon, vil partene i en «testfase» sjekke hverandre ut, hva som er til å stole på, hva som er realitet og om det er samsvar mellom tale og handling.

For å bli trygg og oppnå tillit til hverandre, må en i starten ha mot til å snakke om det som er vanskelig; (Spurkeland, 2012). Ungdom ville synes det var rart om fagpersonen ikke skulle snakke om problemet de kommer for, dette handler om å avklare situasjonen og gjøre rammene tydeligere. Fagpersonen må vise at han er til å stole på og klarer å være i det vanskelige sammen med ungdommen over tid (Gjølberg, 2015).

En trygg fagperson skaper trygghet i relasjonen

Forskningsdeltakerne fortalte at det er viktig å fremtre faglig og personlig trygg, være ærlig på sine begrensninger, kunne vise sårbarhet, våge å dumme seg ut og kunne bruke humor. Å være personlig trygg handlet for dem om å være trygg på seg selv som person, ikke ta seg selv så høytidelig, kunne gi av seg selv, våge å dumme seg ut og bruke humor for å skape trygghet i relasjonen. Forskningsdeltakerne fortalte om å våge å dumme seg ut ved å f.eks. innrømme overfor ungdom at en ikke er god på tekniske oppgaver. Å være faglig trygg handlet for dem å kunne hvile i, og være bevisst den erfaring og kunnskap en har om ungdom, ungdomsmedisin og ulike verktøy. Forskningsdeltakerne er tydelige på at fagpersonen uansett må finne **sin** måte, og bruke de tilnærminger som synes relevante.

Spurkeland(2012) skriver om «trygghetsområdet» innen relasjonskompetanse som det humorområdet du er komfortabel med og det miljøet du tør å bruke din humor i. Selvironi kan ofte være en god start på å trene seg på å bruke humor i relasjonen. Et helhetlig menneskesyn tar også hensyn til at mennesket er humoristisk og lattermildt vesen, der humor kan spille en viktig rolle i relasjonen mellom hjelper og klient/ bruker (Eide & Eide, 2004). En vennligsinnet humor kan bidra til å åpne opp, lette stemningen og skape bedre kontakt. En skal imidlertid være oppmerksom på at humor. Humor kan også føre til forvirring og krenkelse eller sees som en flukt fra det alvorlige.

Fagpersoners trygghet kan sees i lys av Banduras teori om mestringsforventning og mestringsstro (Bandura, 1997); fagpersoners opplevelse av å mestre og kunne håndtere relasjonsbygging med ungdom. Fagpersoner som har relevante kunnskaper og ferdigheter, tidligere erfaringer med å lykkes med relasjonsbygging, og som har fått positive feedback, vil kunne tro på sine evner til å skape en god relasjon. Dette vil påvirke hvor mye energi fagpersonen legger i oppgaven, med eller uten motstand, og følelsene en har overfor seg selv og ungdommen (Fagermoen & Lerdal, 2011). Gjennom erfaringslæring kan fagpersoner bli bevisst egne verdier, de lærer seg selv å kjenne og blir dermed tryggere i rollen med å skape en god relasjon til andre (Grendstad, 1990). Thom Larssen (2013) fremhever selvtillit som viktig hvis vi skal klare å skape gode liv for oss selv og andre. Helsepersonells trygghet og tro på egen verdi og kompetanse, er viktig for å kunne tåle ansvaret det er å ha tillit andre har gitt en.

Forskningsdeltakerne fortalte også om relasjoner de opplevde etisk vanskelige, der de følte seg utrygg, usikker, frustrert og maktesløs. Det kunne være situasjoner der foreldresamarbeidet ble utfordrende, når foreldre ikke forstod ungdommens utfordringer eller ikke lot ungdommen svare for seg selv. Dette opplevdes også i situasjoner der ungdommer var umotiverte, fysisk utagerende, ikke ville erkjenne egne utfordringer eller ikke ville ha hjelp. Barne- og ungdomspsykiatri-gruppa fortalte om en «mismatch» mellom hva ungdom ble henvist til og hva som var ungdommens reelle behov. Dersom fagpersoner ble utsatt for urealistiske forventninger og stort arbeidspress, kunne dette påvirke hvor trygg de var i relasjonen. I slike tilfeller syns forskningsdeltakerne det var viktig å kunne snakke med, søke støtte og veiledning hos kollegaer.

Fagpersoners trygghet kan sees i lys av forskning som omhandler selvrefleksjon og hvordan refleksjon med kollegaer kan påvirke kvaliteten på relasjonen og tilliten mellom fagperson og pasient/klient (Berg & Danielson, 2007; Moltu, 2011; Strand, 2011).

Fagpersoner som reflekterer sammen med kollegaer, kan finne det godt å være sammen med andre og sette ord på erfaringer. Å ta del i andres refleksjoner, hvile i andres stemmer og finne felles mening, kan gi større evne til å finne mening og håp om endring sammen med pasientene. Samarbeid med kollegaer kan bidra til å utvikle og bevare fagpersonens evne til indre selvregulering. Dette har betydning for at fagpersonen i utfordrende relasjoner,

skal klare å møte ungdommen med empati, nysgjerrighet og åpenhet, unngå å bli fanget av situasjonen og ikke handle på egne impulser som sinne, fortvilelse eller pessimisme.

I helsefremmende tilnærming, fremheves selvrefleksivitet og tilstedeværelse i relasjoner som viktig for å møte den andre i en subjekt-subjektrelasjon for å kunne fremme helse og empowerment både hos ungdom og hos fagpersonen selv (Aubert & Bakke, 2008).

Selvrefleksjon er nødvendig for selvavgrensning i relasjonen. Dette gjør det mulig å skille mitt fra ditt. Hvis vi ikke skiller ut egne følelser som våre, har vi lett for å se dem i andre. Når fagpersonen ser seg selv, ser den også den andre, inkludert å se seg selv fra den andres perspektiv. Samtidig gis den andre muligheten til å skille ut sitt (Schibbye, 1998). Når fagpersoner blir mer oppmerksom på det som skjer i seg selv og det en opplever, vil det naturlig bli lettere å være tilstede overfor omgivelsene og i relasjoner (DeVibe, 2010).

Fagpersonenes grunnleggende tillit og anerkjennende holdning til ungdom

Forskningsdeltakerne har en grunnleggende tillit og anerkjennende holdning til ungdom som utgangspunkt i relasjonen. De mener de ikke kan forvente at ungdom har tillit til dem og ser det som sitt ansvar å skape tillit i relasjonen. De viser sin anerkjennelse og tillit til ungdommen ved å ta på alvor det ungdommen forteller, la dem få medbestemmelse, og gir dem ansvar de kan mestre. De uttrykker at tillitsvekkende repeterte handlinger over tid og samsvar mellom sagt og gjort er fundamentalt for å skape tillit. Deres tillit handler om å møte ungdommene med empati og forståelse for det de kommer med og det ungdommen synes er viktig. Dette handler også om å se ungdom som en kapasitet de selv kan lære av. Forskningsdeltakerne fortalte at de også viser anerkjennelse gjennom å bekrefte ungdommen som subjekt gjennom å henvende seg direkte, håndhilse på ungdommen først, dernest foreldre, vise at de tror på og forholder seg til ungdommens subjektive behov, opplevelser og opplevde sannhet. Forskningsdeltakerne i sykehusgruppene fortalte at ungdommer kan møte dem med motstand og lite motivasjon, men for å få til den gode relasjonen, er det viktig å anerkjenne ungdommen på dette. Dette var ikke i like stor grad et tema i helsesøstergruppa, noe som kan tolkes som at ungdom i større grad er motiverte og har et ønske om en relasjon. En forklaring på dette kan være at mange oppsøker skolehelsetjenesten frivillig. Forskningsdeltakerne vektla at en god relasjon forutsetter at de anerkjenner hele mennesket, både psykiske, fysiske, sosiale og åndelige sider. Dette inkluderer kunnskap og forståelse om at ungdommer helse påvirkes fra flere arenaer, som

skolen, familien, nærmiljøet og sosiale medier, og at en må vurdere hvordan intervensjoner kan påvirke ungdommens deltakelse på i de ulike arenaene.

Det er behov for empiriske studier på faktorer som påvirker helsepersonells tillit til pasienten. Dette innbefatter et behov for en dypere forståelse av tillit for å bli bevisst etiske og moralske aspekter, dermed verdien av tillit mellom pasient og behandler, samt hvordan dette kan ha innvirkning på kvaliteten på tjenestene og tilnærming, adferd og relasjon til pasienten (Brennan et al., 2013; Britto et al., 2005; Dinc & Gastmans, 2012). Dette vil også belyse gjensidigheten i tillitsforholdet bedre, hva som kan bedre relasjonen, hvordan dette kan påvirke prosess, og delt beslutningstaking og utfall som bedrer kvaliteten og tilfredshet (Thom et al., 2011).

Tillit skapes blant annet gjennom å bry seg, å dele makt og moralsk integritet. Moralsk integritet består ifølge Fugelli(2011) av fire verdier: Konfidensialitet, åpenhet, ærlighet og autonomi.

Det kan hjelpe fagpersoner å se ungdom i lys av Bronfenbrenners sosialøkologiske modell(Bronfenbrenner, 1979). Fagpersoner må anerkjenne at ungdoms helse og utvikling påvirkes i relasjon med omgivelsene, i de ulike settinger der ungdom lever sine liv, som på skolen, i familien, blant venner(mikrosystemer) og på nasjonalt plan (makrosystem)(Currie et al., 2012; WHO, 1986). Fagpersoner kan for eksempel få en forståelse for hvordan foreldre kan ha innvirkning på relasjonsbyggingen. Foreldre som er skeptiske til helsevesenet eller som har vanskeligheter med og «gi slipp», kan forsinke ungdommens selvstendigjøring og ha betydning for hvordan ungdommen kan nyttiggjøre seg av veiledning og støtte fra helsevesenet. I salutogen teori er sosial støtte er en av de viktigste generelle motstandsressurser (GRR) og støtte fra venner, familie og skole er viktig for den enkelte ungdoms helse og mestring. Derfor er det viktig med samarbeid mellom disse systemene /settingene(Antonovsky, 1979; Rajka, 2011).

Begrepet alliansefase brukes om den første fasen i en behandling, hvor behandleren prøver å skape et brukbart åpenhets- og tillitsforhold mellom seg selv og pasienten. En forutsetning for dette er gjensidig respekt, tillit, ærlighet og et ønske om å fremme vekst, læring og endring gjennom samarbeid og er avgjørende for all vellykket behandling (Malt,

2009a). Behandlers tillit til pasienten styrker pasientens tillit til behandler og mangel på behandleres tillit oppleves negativt og påvirker pasientens adferd (Thom et al., 2011). I følge Spurkeland(2012) er den viktigste overordnede dimensjonen som utgjør relasjonskompetanse først og fremst evne til å interessere seg for og bli kjent med mennesker. Tillit er en dimensjon som han beskriver som selve bærebjelken i en relasjon. Tillit tar tid og er en emosjonell følelse som utvikles gjennom mellommenneskelige erfaringer og gjentatte tillitsvekkende handlinger som vekker positive krefter og tanker hos den som opplever personen. I tillegg er avklaring av verdier noe av det viktigste som skjer i relasjonsbygging, derfor kan tillit normalt ikke oppstå spontant og plutselig(Spurkeland, 2012).

Ifølge Per Fugelli (2011) er tillit menneskers følelse av at andres ærlighet, godhet og dyktighet er til å stole på. Dette medfører en overføring av makt til et system eller en person – makt til å handle til den andres beste, på den andres vegne. Ungdommer kan ha forventninger og tillit til at fagpersoner, i kraft av sitt yrke, kan gjøre noe for deres helseutfordringer og er villige til å blottstille sine sårbare sider og gi fagpersonen det Skirbekk(2012) kaller et begrenset «tillitsmandat». Samtidig er tillit noe som profesjonsutøvere må gjøre seg fortjent til (Slettebø, 2012). Fagpersonens profesjonsmoral og yrkesetiske retningslinjer skal sikre at fagpersoner tar imot tilliten fra pasienter på en forsvarlig måte slik at den i neste omgang blir en fortjent tillit. Forskningsdeltakerne formidler en bevissthet rundt asymmetrien som er i relasjon med ungdommer og peker på at fagpersoner har en kunnskap og erfaring som ikke ungdommen har, det Grimen(2008) kaller epistemisk asymmetri. Fagpersonens kompetanse er noe ungdommen trenger, noe som dermed gir fagpersoner makt i relasjonen(Grimen, 2001). I HP må tilnærming være basert på deltakelse gjennom dialog, likeverd og frivillighet – dette bidrar til empowerment (Stang, 2003, Green & Tones, 2010). Dialogen er det viktigste virkemiddelet for å utjevne maktforskjeller og støtte ungdommens autonomi. Å dele makt handler om å bry seg, møte den andre med ydmykhet, likeverdighet og respekt for dens livsverden og egen dømmekraft(Fugelli, 2011).

Tillit er et begrep med mange nyanser og må sees på både fra et individnivå og et systemnivå(Giddens, 1997). I følge ham, handler tillit på individnivå om tillit og tiltro i møtet mellom fagperson og personen med helseutfordring. En forskningsdeltaker beskrev

at en god relasjon innebærer «å sette relasjonen på strekk». Tillit er alltid i bevegelse gjennom svingninger, opplevelser, skuffelser og konflikter i relasjonen (Spurkeland, 2012). Tillit kan sees som kraft og forutsigbarhet i relasjonen, som kvaliteten som holder relasjonen over tid og som gjør at relasjonen tåler trykk og strekk.

Forskningsdeltakernes anerkjennende holdning er i tråd med en praksis ut fra perspektivet Aamodt (2003) kaller relasjonsmodellen. I dette perspektivet representerer anerkjennelse en holdning der respekten for den andre og dens opplevelser er grunnleggende. Mennesker har en felles verden gjennom språket og kan møte hverandre og engasjere seg i en treleddet relasjon: meg, deg og en felles «sak» (Skjervheim, 1996).

Når en ungdom føler seg anerkjent av fagpersonen, gir det ungdommen mulighet til å utvikle selvtillit, selvrespekt og en positiv holdning til seg selv som person - en styrking av ungdommens ego-identitet (Antonovsky, 1979). Anerkjennelse i en samtale innebærer at begge parter ser på hverandre som likeverdige mennesker med rett til å uttale seg, bli sett, respektert og lyttet til og forutsetter at ungdommen er deltaker på lik linje som fagpersonen (Aamodt, 2003). Fagpersonen må derfor kommunisere med ungdom på en måte som gir ungdommen rom til refleksjon og ha en tro på at ungdommen kan forholde seg til sine følelser, tanker og erfaringer. Aamodt (2003) skrev boka «*Den gode relasjonen – støtte, omsorg eller anerkjennelse*» i forbindelse med sitt hovedfag i sosialt arbeid, og understreker i en oppfølgende artikkel at å anerkjenne den andre som menneske gir den andre en erkjennelse av å være menneske og bli bevisst seg selv som et autonomt menneske.

Forskningsdeltakerne forteller om et syn på ungdom som personer med gode egenskaper og mange ressurser, at de har tro på at de kan bidra inn i egen situasjon. Når fagpersoner etterspør ungdoms kompetanse, har en tillit til at de kan bidra, gir positive tilbakemeldinger og påpeker ungdommens positive egenskaper og ressurser, tydeliggjør dette individet, samtidig som det skaper trygghet og en følelse hos ungdommen av å bli sett, akseptert og hørt til i et felleskap (Antonovsky, 1979; Øiestad, 2004). Det er viktig å ha en holdning der en ser individet som aktiv og kompetent aktør. At de gjennom dialogen får utvikle og bruke egne ressurser, samt motvirke og redusere stress og belastning som individet kan oppleve som hinder for å oppnå en grad av kontroll (Stang, 2003).

5.2 Hvilke forhold på strukturnivå har betydning for fagpersoners mulighet til å skape gode relasjoner med ungdom?

Strukturelle forhold som arbeidstid, tid til hver enkelt ungdom, fysiske rammer, muligheter for å samarbeide med kollegaer, samt tilgjengelighet for ungdom, er forhold informantene fortalte har innvirkning på deres muligheter til å skape gode relasjoner basert på trygghet og tillit.

Fagpersonens tid og tilgjengelighet

Forskningsdeltakerne løftet frem viktigheten av å ha tid når en skal bli kjent med og skape god relasjon med en ny person. Spesielt utfordrende kan dette være med ungdom som kun kommer til poliklinisk time eller med ungdom som har annen kulturell og språklig bakgrunn. De så behovet for å kunne være fleksibel og tilgjengelig for ungdom når de trengte fagpersonene, gjerne på ettermiddag/kveld. Dette for å slippe å velge bort skole eller andre viktige gjøremål. Men turnus og fast arbeidstid kan hemme dette. En av helsesøstrene valgte å være tilgjengelig på telefon etter arbeidstid, dette ville være med på å gi dem trygghet og dermed styrke relasjonen. Helsesøstrene mente de må være tilgjengelig på kontoret – de kan ikke forvente å bygge en god relasjon hvis de ikke er tilstede for ungdom som ønsker å komme flere ganger.

Kontakten de har med ungdom kunne variere; fra ett møte til flere år. Ungdommer med kroniske sykdommer har ofte jevnlig kontakt med sykehus, er ofte mer vant til å kommunisere med fagpersoner og er tryggere settingen.

Helsesøstrene fortalte at de til dels styrte arbeidsdagen sin. De brukte tiden det tok med den enkelte ungdom og hentet inn neste ungdom til samtale når det passet dem. Bemanning ble også sett på som viktig for å kunne ha tid til den enkelte ungdom.

Disse funn samsvarer med litteratur som viser at å skape tillit og trygghet i relasjoner tar tid. En fagpersons tid er viktig for å kunne gi ungdommer mot og trygghet til å åpne seg (Langaard, 2006). Tillit er et resultat av erfaringer over tid og må bygges gjennom gjentatte handlinger som viser at en er til å stole på (Spurkeland, 2012). Hvor mye tid personene i en relasjon trenger, er personavhengig. Noen er tillitsfulle mens andre mer

skeptiske – begge kan oppnå tillit, men kan bruke ulik tid på å gjøre den andre trygg på den. Fagpersonen og ungdommen kan ha ulike oppfatninger av tilliten i relasjonen.

Tidsaspektet forskningsdeltakerne snakket om, er i tråd med arbeidet Skirbekk(2012)har gjort på tillitsforholdet mellom leger og pasienter. Pasienter i møte med en lege trenger tid til å fortelle sin historie og legen må gi pasienten og forholdet tid for at de skal bli kjent. Dette er viktig for både leger og pasienter, og handler om tid brukt i hver konsultasjon og konsultasjoner over tid(kontinuitet). Pasienten kan få økt tillit til legen dersom legen ringer etter arbeidstid, og kan gi pasienten opplevelse av at legen hadde en personlig interesse for ham. Når en lege viser interesse over tid, kan det gi pasienten følelsen av at legen bryr seg om deg som et menneske. Å bli tatt på alvor som menneske, krever maktfordeling mellom partene og kan knyttes til deltakelse og empowerment (bemyndigelse) i helsefremmende arbeid(Skirbekk, 2012; Stang, 2003). Noe av det samme bekrefter en empirisk studie(Bondas, Evju, Kasen, & Klette, 2014) der syv sykepleier ble intervjuet om sine erfaringer med helsefremmende arbeid i somatiske poliklinikker. Studien viser at når samme sykepleier fulgte pasienten opp over tid, var tilgjengelig pr. telefon og kunne være åpen og dele litt av seg, sine erfaringer og kunnskap, var dette tillitsskapende.

Behovet for tid og tilgjengelighet kommer ofte i konflikt med helsetjenestenes økende spesialisering, krav om effektivitet og økonomisk inntjening(Gjems & Helgeland, 2016). For å implementere en helsefremmende tilnærming i helsetjenester, er det sentralt at helsepolitikere, ledere i helseforetak og kommune, samt fagmiljøene støtte oppunder og tilrettelegger for dette(Gjems & Helgeland, 2016; Langeland, 2014). Dette må være en vilje for å se hva som skal til for å jobbe helsefremmende med ungdom med helseutfordringer, inkludert å skape gode relasjoner. Fagpersoner trenger tid til den enkelte ungdom, fagpersonene trenger en arbeidstid og en fleksibilitet til å kunne være tilgjengelig når ungdom har behov for det.

Regjeringen og helse- og omsorgsminister Bent Høie er i dag opptatt av å skape pasientens helsetjeneste(Meld.St. 11(2015-2016), 2015). Dette innebærer at en må ta utgangspunkt i reelle behov, tenke, handle og organisere helsetjenesten annerledes. Verdien trygghet, brukernes deltakelse og medvirkning løftes, og pasienter skal delta som likeverdige samarbeidspartnere med fagpersoner. Det foreslås å utvikle gode samvalgsverktøy og med begrepet samvalg (shared decision making) viser en tillit til individets kompetanse. Det handler også om riktig antall ansatte med riktig kompetanse som får brukt tiden sin riktig.

Høie påpeker at dersom prioriteringer skal lykkes og ha tillit, må pasientene tas med på laget. Han peker på makten som ligger i fagpersonens kunnskap og innsikt i helse, men ved å informere, diskutere og respektere pasienten som en likeverdig partner gjør en pasienten i stand til å forstå og ta selvstendige valg(Høie, 2015). Dersom disse gode intensjonene blir til handling, vil dette skape bedre rammer for at fagpersoner i sykehus skal få muligheter til å skape god relasjoner.

Fysiske rammers betydning

Forskningsdeltakerne fremhever viktigheten av å ha fysiske rammer som muliggjør en god relasjon og dialog, skaper trygghet og der konfidensialitet kan ivaretas. De har erfart at de trenger å kunne velge hensiktsmessige rammer først og fremst etter ungdommens behov, men også eget. Rom innredet etter ungdommers behov og lydtette samtalerom trekkes frem som viktig for å skape god relasjon og trygghet for ungdom. I noen tilfeller trenger ungdom å treffe fagpersonene andre plasser utenfor institusjon for å føle seg trygge.

I salutogen tilnærming er en god atmosfære fundamentalt viktig og sees som betydningsfull for helbredelsesprosesser og helsefremming(Dilani & Armstrong, 2008). De fysiske omgivelsene danner rammene for møtene med ungdom. Bevisst bruk av farger, musikk, kunst, lys, formelle og uformelle møteplasser, kan fremme sosial støtte, spontane møter og personlig kontroll. Forskning viser at ungdom bør ha områder dedikert for dem, som er innredet for rekreasjonsaktiviteter, og som gir muligheter for sosialt samvær med familie, venner og andre ungdommer(Mulhall, Kelly, & Pearce, 2004; Ullan et al., 2012). Omgivelsene bør være utformet så en kan trekke seg tilbake ved behov og en må ha rom tilgjengelig for fortrolige samtaler. I «Quality criteria for young people friendly health services»(Department of Health, 2011) vektlegges miljø i vid forstand; både utforming av omgivelsene og hvordan ansatte skal opptre og ta hensyn til ungdommers utviklingsnivå beskrives.

Fagpersonens muligheter til å samarbeide med kollegaer

Forskningsdeltakerne snakket om viktigheten av å diskutere med kolleger for å få et utvidet og helhetlig bilde av ungdommen, samt dele kompetanse. Den ene fokusgruppen mente det var en viktig tillitsskapende faktor at ungdom merker at de ansatte har det bra på jobb, at de snakker sammen og deler kompetanse.

Fagpersoner som jobber med andre mennesker, trenger en helsefremmende og trygg arbeidsplass for å kunne gi av seg selv til andre og for at de skal fremstå som troverdige i arbeid med helsefremming for pasienter og pårørende (Green, Poland, & Rootman, 2000). Samtidig kan fornøyde pasienter og bedre kvalitet på tjenestene kan også påvirke arbeidsmiljøet for de ansatte (Hancock, 2012).

Ledere kan se til at medarbeidere opplever en helsefremmende jobb hver dag ved å implementere helsefremmende verdier og et salutogent lederskap (Hanson, 2004). Gode relasjonelle ferdigheter hos ledere vil også påvirke nærvær og arbeidsinnsats (Spurkeland, 2012). Relasjonsledelse kan medvirke til at ansatte utvikler seg og blir mer kompetent på jobb, føler seg velkommen og verdsatt, og blir glad av å være på jobb. Helheten i relasjonsledelse skal kombinere ønske om kvalitet og sikkerhet, og samtidig ivareta helse og motivasjon. Ansatte må føle at jobben gir noe, den må ha en verdi for at en skal orke å engasjere og anstrenge seg for den, som å bidra til å skape god relasjoner med andre (Hanson, 2004). For noen kan dette innebære og jobbe med kompetanseutvikling, selvrefleksivitet og refleksjon over praksis, som medfører at de ansatte utvikler seg og sin relasjonskompetanse. Arbeidsmiljøloven (2006) slår fast at ansatte skal få medvirke, utvikle seg faglig og personlig gjennom jobb, og ansattes integritet skal ivaretas. Å reflektere over egen praksis, alene eller sammen med kollegaer blir regnet som grunnleggende helsefremmende og sees som en forutsetning for utvikling og læring på arbeidsplassen. Uten refleksjon og evaluering av praksis, blir læring gjennom erfaring tilfeldig og lite anvendelig (Ausland & Vinje, 2010).

«En god relasjon» og dialog med ungdom, kan styrke ungdommen kapasitet og kritiske bevissthet, ferdigheter og kunnskaper om hva som påvirker helse. Ungdom kan gjennom dette mobilisere sine ressurser for å påvirke beslutningstakere og arbeide for aksept for helsefremmende verdier (advocacy), for eksempel gjennom Ungdomsråd, i lokalsamfunnet og i helsefremmende politikk (HPP) (Green & Tones, 2010).

En kan si at flere fagpersoner i dag er lovpålagt til å jobbe med utgangspunkt i en relasjonsmodell, som et supplement til ekspertmodellen (Aamodt, 2003; Johnson, 2000). Dette vil også ha positive virkninger på relasjonsbygging med ungdom

6 Avslutning

Målet med studien har vært å besvare problemstillingen: «Hvilke forhold er av betydning for fagpersoners mulighet til å skape gode relasjoner med ungdom med helseutfordringer?» gjennom å besvare de to forskningsspørsmålene: «Hvilke forhold på individnivå har betydning for fagpersoners mulighet til å skape gode relasjoner med ungdom med helseutfordringer?» og «Hvilke forhold på strukturnivå har betydning for fagpersoners mulighet til å skape gode relasjoner med ungdom som lever med helseutfordringer?»

6.1 Oppsummering av funn

Analysen av empirien resulterte i hovedkategoriene «*trygghet*» og «*tillit*».

Studien peker på at tillit og trygghet er grunnleggende viktig i gode relasjoner og forhold på både individnivå og strukturnivå har betydning for fagpersoners mulighet til å skape gode relasjoner med ungdom med helseutfordringer.

Fagpersonens grunnleggende tillit og anerkjennende holdning til ungdom, kompetanse, fagpersonens trygghet, avklarte rammer for samarbeidet, og ivaretagelse av konfidensialitet og autonomi, fremhever forskningsdeltakerne som viktige **individuelle forhold** av betydning når en skal skape en god relasjon basert på trygghet og tillit.

Arbeidstid, tilgjengelighet, tid til hver enkelt ungdom, fysiske rammer, muligheter for å samarbeide med kollegaer er **strukturelle forhold** forskningsdeltakerne fortalte har innvirkning på deres muligheter til å skape gode relasjoner.

Forskningsdeltakerne formidler at det er nødvendig å arbeide med å skape trygghet hos ungdommen helt fra starten. En må møte ungdommen der den er og snakke om noe uformelt. Å få en felles forståelse av situasjonen, finne ungdommens motivasjon og skape et felles prosjekt fremmer trygghet. Det er viktig å være ærlig, tydelig, at roller og ansvar blir avklart og at premisser for samarbeidet blir lagt. Dette gir trygghet og forutsigbarhet for begge parter. Det er videre viktig at fagpersonen bekrefter overfor ungdommen at en

har relevant og nødvendig kompetanse. Det skaper trygghet hos ungdommen når den forsikres om at fagpersonen vil ivareta autonomi, rettigheter og konfidensialitet.

Det tar tid å skape en god relasjon og bli trygg. Å treffes over tid og ha tid i hvert enkelt møte, kunne være tilgjengelig og fleksibel, gjør at ungdommen blir tryggere. I forhold til tid til den enkelte, spiller bemanning en vesentlig rolle. Fysiske rammer bør være tilpasset ungdom, det trengs egnede samtalerom og muligheter for fleksibilitet på hvor en møtes, alt ettersom hva ungdom trenger for å føle seg trygg. Trygge fagpersoner skaper trygghet i relasjonen, og trygghet hos fagpersonen handler om både faglige og personlig trygghet. I følge denne studien kan faglig trygghet oppnås gjennom erfaring, kunnskap om ungdom, ungdomsmedisin, ulike verktøy og metoder. Personlig trygghet innebærer å være trygg på seg selv, ikke ta seg selv høytidelig, gi av seg selv, våge å dumme seg ut og bruke humor. Samarbeid med kollegaer er viktig for både personlig og faglig trygghet.

I forhold til tillit, viser funnene at fagpersoner som skal skape tillit hos ungdom, må ha en grunnleggende tillit og en anerkjennende holdning til ungdom som utgangspunkt i relasjonen. Fagpersonene mener de må gjøre seg fortjent til tillit, og tillit er noe som bygges over tid. Å anerkjenne ungdom innebærer å møte dem som hele mennesker med alt de står i. En må se at ungdommers helse blir påvirket av blant annet venner, familie, skole og media. Å vise anerkjennelse er å se ungdom som personen den er, som hovedpersonen. En må vise at en tror på ungdommens subjektive opplevelser, etterspør deres meninger og gi dem ansvar. Det er viktig å se ungdom som personer med kapasitet, ressurser og gode egenskaper.

Funnene viser at trygge fagpersoner som har tillit til egen kompetanse skaper tillit hos ungdom. Samtidig må fagpersoner kunne vise egen sårbarhet og innrømme egne begrensninger.

Slik jeg ser det, sammenfaller funnene i denne studien med forskning om ungdommenes egne preferanser og behov i relasjon og møte med helsetjenester, samt med forskning om hvordan en kan jobbe med ungdom i et helsefremmende perspektiv. Forskingsdeltakerne har bidratt til en dypere forståelse for og kunnskap om fagpersoners praktiske bidrag inn i det tillitsskapende og helsefremmende arbeidet med ungdom.

6.2 Implikasjoner for praksis

Denne studien peker på flere forhold på individ- og strukturnivå, som kan være relevant å ta hensyn til når en skal styrke fagpersonens mulighet for å lykkes i helsefremmende relasjoner med ungdommer. Å fremme helse hos ungdom betyr å tilrettelegge for prosesser som gir ungdom muligheter til å medvirke i saker som angår dem og som kan få konsekvenser for deres helse (WHO, 1986). Ungdommer skal oppnå økt kontroll over faktorer, helsedeterminanter, som påvirker helse, økt kontroll i eget liv og kunne forbedre sin helse. Studien bekrefter at ved å ha med seg helsefremmende verdier og en salutogen tilnærming i møte med ungdom kan en skape god relasjoner.

I settinger der en skal samarbeide med ungdom, er det å få til en god relasjon basert på trygghet og tillit helt nødvendig for at ungdom skal våge å delta og dele personlig informasjon. Forskningsdeltakerne fortalte at en må ha en grunnleggende tillit og anerkjennende holdning til ungdom og fremstå som personlig og faglig trygg, men samtidig være åpne på eventuelle begrensninger. Det er videre viktig å beregne tid til den enkelte, tilpasse de fysiske rammer, være tilgjengelig og se på muligheten for å være fleksibel på tid og sted etter ungdommens behov. Skal en oppnå en god relasjon, er det svært viktig å ivareta ungdommens konfidensialitet og autonomi, avklare roller, ansvar og rammer og ha relevant kompetanse. Kunnskap om ungdommers utvikling, ungdomshelse, juridiske rettigheter, menneskets grunnleggende behov, mennesker i sorg og krise, formell fagkompetanse, erfaring med ungdom, både i jobbsammenheng og personlig, ble løftet frem av forskningsdeltakerne som relevant.

Skal ungdom bli anerkjent for den de er og på sine behov, må det på strukturnivå legges til rette for gode rammer for relasjonsbygging, gjennom fleksibilitet i arbeidstid, tid til den enkelte ungdom, ungdomsvennlige og hensiktsmessige fysiske rammer. Det er også viktig at fagpersoner får støtte og muligheter til å utvikle seg for å være trygg. Fagpersoner trenger også å ha mulighet for samarbeid og refleksjon med kollegaer for å kunne være gode på å skape relasjoner med andre.

6.3 Forslag til videre forskning

Innledningsvis pekte jeg på behovet for å utvikle kunnskap om hvordan en helsefremmede tilnærming til ungdom i sykehus kan utøves i praksis. Jeg hadde funnet få kvalitative studier på fagpersonenes erfaringer med å skape gode relasjoner med ungdom som lever med helseutfordringer. Forskning har også vist også at relasjonen og visse behandleregenskaper er viktigere for brukerens bedringsprosess og behandlingsresultat enn hvilke metoder fagpersonene benytter.

Denne studien har gitt en forståelse for noen forhold som kan gjelde fagpersoner på tvers av fagfelt og kommune/ spesialisthelsetjeneste. Det hadde vært interessant og utforske tillitsbegrepet mer, gjerne individuelle dybdeintervjuer eller fått ungdommers perspektiv på tillit i relasjon med fagpersoner.

Forskningsdeltakerne i denne studien fortalte om behovet for feedback, støtte og å kunne reflektere over praksis sammen med kollegaer. Det hadde vært interessant og utforske i hvilken grad og hvordan fagpersoner og ledere jobber med sin egen personlige utvikling og bevissthet i relasjoner.

Jeg har også reflektert rundt etiske utfordringer en kan møte når en jobber med ungdom, f.eks. utforske mer om ungdom og autonomi sett i sammenheng med at ungdom er i utvikling. Forskningsdeltakerne fortalte om saker de opplevde som vanskelige, der ungdom var umotivert, hadde begrenset selvinnsikt eller ikke møtte. Hvordan håndtere etisk vanskelige situasjoner i samhandling med ungdom?

Det ville vært interessant å intervjuere ledere og produsert mer kunnskap på organisering, struktur, verdier og holdninger på ledernivå, og hvordan dette legger premisser for å skape gode relasjoner med ungdom.

Forskningsdeltakerne løftet frem erfaringer med å få til gode relasjoner, men også utfordringer. At de valgte å delta i studien, kan tolkes som de opplevde å ha noe å bidra med. Det hadde vært spennende å intervjuere fagpersoner som primært synes det er utfordrende og vanskelig å jobbe med ungdom og å få kunnskap om hva dette består i. Det kunne gitt viktige implikasjoner på hvordan en bør tenke kompetanseheving for fagpersoner når det gjelder å skape gode relasjoner med ungdom.

Litteraturliste

- Aakvaag, G. C. (2008). *Moderne sosiologisk teori*. Oslo: Abstakt Forlag.
- Aamodt, L. G. (2003). Sosialt arbeid og anerkjennelse. En problematisering av grunnlagstenkningen i sosialt arbeid. *Nordisk sosialt arbeid*, 23(03), 154-161. Hentet fra <http://www.idunn.no>
- Aanderaa, B. (2003). La barn og unges øyne stråle! I H. A. Hauge & M. B. Mittelmark (Red.), *Helsefremmende arbeid i en brytingstid: Fra monolog til dialog?* (s. 294-306). Bergen: Fagbokforlaget.
- Ambresin, A. E., Bennett, K., Patton, G. C., Sanci, L. A., & Sawyer, S. M. (2013). Assessment of youth-friendly health care: a systematic review of indicators drawn from young people's perspectives. *J Adolesc Health*, 52(6), 670-681. doi: 10.1016/j.jadohealth.2012.12.014
- Antonovsky, A. (1979). *Health, Stress and Coping*.
- Antonovsky, A. (2012). *Helsens mysterium*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Arbeidsmiljøloven. (2006). *Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv.* . Hentet fra <https://lovdata.no>
- Aubert, A.-M., & Bakke, I. M. (2008). *Utvikling av relasjonskompetanse*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Aujoulat, I., Deccache, A., & Simonelli, F. (2006). Health promotion needs of children and adolescents in hospitals: A review. [Article]. *Patient Education & Counseling*, 61(1), 23-32. doi: 10.1016/j.pec.2005.01.015
- Ausland, L. H., & Vinje, H. F. (2010). Når det tause får ord å seg. I E. Andvig, J. K. Hummelvoll & A. Lyberg (Red.), *Etiske utfordringer i praksisnær forskning* (s. 134-153). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy. The exercise of control*. New York: W.H. Freeman and Company.
- Barneombudet. (2013). *Helse på barns premisser*. Oslo: Barneombudet. Hentet fra <http://barneombudet.no>
- Berg, L., & Danielson, E. (2007). Patients' and nurses' experiences of the caring relationship in hospital: an aware striving for trust. *Scand J Caring Sci*, 21(4), 500-506. doi: 10.1111/j.1471-6712.2007.00497.x
- Bondas, T., Evju, A. S., Kasen, A., & Klette, G. S. (2014). Vi går inn i det private rommet til pasienten: Sykepleieres erfaring med helsefremmende arbeid i somatiske polikliniske. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 10(1), 70-82. Hentet fra doi:<http://dx.doi.org/10.7557/14.3011>
- Branstad, A. (2003). Fra monolog til dialog. I H. A. Hauge & M. B. Mittelmark (Red.), *Helsefremmende arbeid i en brytingsid* (s. 162-173). Bergen: Fagbokforlaget.
- Braut, G. S. (2009). *Helsepersonell*. Hentet 11.april 2016, fra <https://sml.snl.no/helsepersonell>
- Brennan, N., Barnes, R., Calnan, M., Corrigan, O., Dieppe, P., & Entwistle, V. (2013). Trust in the health-care provider-patient relationship: a systematic mapping review of the evidence base. *Int J Qual Health Care*, 25(6), 682-688. doi: 10.1093/intqhc/mzt063
- Brinkmann, S., & Kvale, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Britto, M. T., Klostermann, B. K., Nebrig, D. M., Slap, G. B., & Tivorsak, T. L. (2005). Earning trust and losing it: Adolescents' views on trusting physicians. *Journal of Family Practice*, 54(8), 679-687.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development*. Cambridge: Harvard University Press.
- Brox, O. (1989). *Praktisk samfunnsvitenskap*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Busch, T. (2013). *Akademisk skriving*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Börjesson, M. (2013). *Motivasjon, mestring og medfølelse: Om å samtale med tenåringer*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Christoffersen, L., Johannessen, A., & Tufte, P. A. (2010). *Introduksjon til samfunnsskapelig metode*. Oslo: Abstrakt Forlag.
- Cogswell, B. E. (1985). Cultivating the trust of adolescent patients. *Fam Med*, 17(6), 254-258.
- Currie, C., Denny, S., Fatusi, A., Marmot, M., Ozer, E. M., Resnick, M., & Viner, R. M. (2012). Adolescence and the social determinants of health. *The Lancet*, 379(9826), 1641-1652. doi: 10.1016/S0140-6736(12)60149-4
- De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2006). *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi*. Hentet 05.mai 2015, fra <http://www.etikkom.no>
- Department of Health. (2011). *You`re welcome-Quality criteria for young people friendly services*. (15388). London: Department of Health. Hentet fra <http://dh.gov.uk/publications>
- DeVibe, M. (2010). Tilstedeværelse i veiledning. I B. Karlsson & F. Oterholt (Red.), *Fenomener i faglig veiledning* (s. 40-56). Oslo: Universitetsforlaget.
- Dickey, S. B., & Deatrck, J. (2000). Autonomy and decision making for health promotion in adolescence. *Pediatr Nurs*, 26(5), 461-467.
- Dilani, A., & Armstrong, K. (2008). The "salutogenic" approach--designing a health-promoting hospital environment. *World Hosp Health Serv*, 44(3), 32-35.
- Dinc, L., & Gastmans, C. (2012). Trust and trustworthiness in nursing: an argument-based literature review. *Nurs Inq*, 19(3), 223-237. doi: 10.1111/j.1440-1800.2011.00582.x
- Drugli, M. B., & Nordahl, T. (2013). *Samarbeidet mellom hjem og skole*. Hentet 30.april 2016, fra <http://www.udir.no>
- Dønnestad, E. (2015). *Kunsten å relasjonsbygge*. Hentet 09.april 2016, fra <http://sor.rvts.no>
- Eide, H., & Eide, T. (2004). *Kommunikasjon i praksis: Relasjoner, samspill og etikk i sosialfaglig arbeid*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Engelstad, F., Grenness, C. E., Kalleberg, R., & Malnes, R. (2005). *Introduksjon til samfunnsfag*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Fagermoen, M. S., & Lerdal, A. (2011). Teoretiske modeller for læring og mestring. I M. S. Fagermoen & A. Lerdal (Red.), *Læring og mestring: et helsefremmende perspektiv i praksis og forskning* (s. 17-37). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetj. (2003). *Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten*. Oslo: Helse-og omsorgsdepartementet. Hentet fra <https://lovdata.no>
- Fugelli, P. (2011). *Grunnstoffet tillit*. Hentet 09.mars 2015, fra <https://sykepleien.no>
- Giddens, A. (1997). *Modernitetens konsekvenser*. Oslo: Pax Forlag.
- Gjems, S., & Helgeland, H. (2016). *Når helsevesenet gjør barn sykere*. Hentet 3.mai 2016, fra <http://www.dagensmedisin.no>
- Gjølberg, C. (2015, 23.nov.2015). *Å hjelpe ungdom som sliter krever god relasjon*. Hentet 2.mai 2016, fra <http://www.vfb.no>

- Green, J., & Tones, K. (2010). *Health promotion. Planning and strategies*. London: Sage.
- Green, L. W., Poland, B. D., & Rootman, I. (2000). The settings Approach to Health Promotion. I B. D. Poland, L. W. Green & I. Rootman (Red.), *Settings for health promotion. Linking Theory and Practice* (s. 1-43). Thousand Oaks: SAGE.
- Grendstad, N. M. (1990). *Å lære er å oppdage*. Jar: Didakta Forlag.
- Grimen, H. (2001). Tillit og makt - tre sammenhengar. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 121(30), 3617-3619.
- Grimen, H. (2008). Profesjon og tillit. I A. Molander & L. I. Terum (Red.), *Profesjonsstudier* (s. 197-215). Oslo: Universitetsforlaget.
- Hancock, T. (2012). The healthy hospital: a contradiction in terms? I A. Scriven & M. Hodgins (Red.), *Health Promotion Settings. Principles and Practice*. (s. 126-139). London: SAGE.
- Hanson, A. (2004). *Hälsopromotion i arbetslivet*. Lund: Studentlitteratur.
- Helse-og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse-og omsorgstjenester*. Hentet fra <https://lovdata.no>
- Helsedirektoratet. (2012). *Helsetilbud til ungdom og unge voksne*. (IS-2044). Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra <http://helsedirektoratet.no/>
- Helsedirektoratet. (2014). *Helsestasjon og skolehelsetjenester*. Hentet 10.april 2016, fra <https://helsenorge.no>
- Helsedirektoratet. (2015). *Trivsel i skolen*. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no>
- Helsepersonelloven. (2001). *Lov om helsepersonell m.v.* . Hentet 30.04.15, fra <http://www.lovdata.no>
- Hjort, P. F. (1982). Helsebegrepet, helseidealet og helsepolitiske mål. I T. Berge, P. E. Lorentzen & J. Åker (Red.), *Helsepolitikk og helseadministrasjon* (s. 11-31). Oslo: Tanum-Norli.
- Horvath, A. O. (2006). The Alliance in Context: Accomplishments, Challenges, and Future Directions. *Psychotherapy: theory, research and practice*, 43(3), 258-263. Hentet fra doi:10.1037/0033-3204.43.3.258
- Hummelvoll, J. K. (2010). Praksisnær forskningsetikk. I E. Andvig, J. K. Hummelvoll & A. Lyberg (Red.), *Etiske utfordringer i praksisnær forskning* (s. 17-32). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Høie, B. (2015, 6.februar). Pasienten i sentrum, *Morgenbladet*. Hentet fra <https://morgenbladet.no>
- Jacobsen, D. I. (2005). *Hvordan gjennomføre undersøkelser?* Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Johnson, J. L. (2000). The Health Care Institution as a Setting for Health Promotion I B. D. Poland, L. W. Green & I. Rootman (Red.), *Settings for health promotion. Linking Theory and Practice* (s. 175-216). Thousand Oaks: SAGE.
- Kelly, K. B. (2007). Promoting adolescent health. *Acta Paediatrica*, 96(10), 1389-1391. doi: 10.1111/j.1651-2227.2007.00477.x
- Kelly, K. B. (2014). *Ungdomars hälsa*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Langaard, K. (2006). Ungdom, psykisk helse og profesjonell hjelp. *Tidsskrift for ungdomsforskning*, 6(2), 25-40.
- Langaard, K. (2012). Utvikling og profesjonell samhandling. I K. Olaisen (Red.), *Utviklingsfremmende samtaler med ungdom: samhandling på tvers* (s. 256-275). Oslo: Kommuneforlaget.
- Langeland, E. (2014). *Salutogenese og psykiske helseproblemer – en kunnskapsoppsummering (Rapport 1/2014)*. Hentet fra <http://www.napha.no>

- Larssen, M. (2013). *Tillit som nøkkelen til et godt liv*. Hentet 09.03.2015, fra <http://www.psykologforeningen.no>
- Malt, U. (2009a). *Alliansefase*. Hentet 11.04 2016, fra <http://www.snl.no>
- Malt, U. (2009b). *Relasjon*. Hentet 11.04 2016, fra <https://sml.snl.no/relasjon>
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Meld.St. 11(2015-2016). (2015). *Nasjonal helse-og sykehusplan (2016-2016)*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no>
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change*. New York Guilford Press.
- Moltu, C. (2011). *Being a therapist in difficult therapeutic impasses. A hermeneutic-phenomenological analysis of skilled psychotherapists' experiences, needs, and strategies in difficult therapies ending well*. Universitetet i Bergen, Bergen.
- Mulhall, A., Kelly, D., & Pearce, S. (2004). A qualitative evaluation of an adolescent cancer unit. *Eur J Cancer Care (Engl)*, 13(1), 16-22.
- NAPHA. (2010). *Relasjoner*. Hentet 09.04 2016, fra <http://www.napha.no>
- Neinstein, L. S., Radzik, M., & Sherer, S. (2012). Psychosocial Development in Normal Adolescents. I L. Neinstein (Red.), *Adolescent Health Care: A Practical Guide* (s. 27-31). Philadelphia: Lippicott Williams & Wilkins.
- Neumann, C. B., & Neumann, I. B. (2012). *Forskeren i forskningsprosessen*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Nilssen, V. (2012). *Analyse i kvalitative studier*. Oslo: Universitetsforlaget.
- NOU 2001:22. (2001). *Fra bruker til borger*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no>
- Pasient-og brukerrettighetsloven. (2001). *Lov og pasient-og brukerrettigheter* Hentet 30.april 2015, fra <http://www.lovdata.no>
- Pinto, K. C. (2004). Intersections of gender and age in health care: Adapting autonomy and confidentiality for the adolescent girl. *Quality Health Research*, 14(1), 78-99.
- Rajka, L.-G. K. (2011). Bare du ikke ligner læreren min! I M. S. Fagermoen & A. Lerdal (Red.), *Læring og mestring -et helsefremmende perspektiv i praksis og forskning* (s. 131-160). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Røise, P. (2011). *Små steg store forandringer-selvledelse for ungdom*. Sylling: Choice & Change.
- Rønningen, G. E. (2003). Nærmiljø. Nostalgi -eller aktuell arena i forebyggende og helsefremmende arbeid? I M. B. Mittelmark & H. A. Hauge (Red.), *Helsefremmende arbeid i en brytningstid. Fra monolog til dialog?* (s. 52-72). Bergen: Fagbokforlaget.
- Schaeuble, K., Haglund, K., & Vukovich, M. (2010). Adolescents' preferences for primary care provider interactions. *J Spec Pediatr Nurs*, 15(3), 202-210. doi: 10.1111/j.1744-6155.2010.00232.x
- Schibbye, A.-L. L. (1998). Å bli kjent med seg selv og den andre: om selvrefleksivitet og endring i dialektisk relasjonsteori. I J. W. Andersen & B. Karlsson (Red.), *Psykiatri i endring*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Schibbye, A.-L. L. (2009). *Relasjoner: Et dialektisk perspektiv på eksistensiell og psykodynamisk psykoterapi*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Scriven, A. (2012). Health promotion settings: an overview. I A. Scriven & M. Hodgins (Red.), *Health Promotion Settings. Principles and Practice* (s. 1-12). London: SAGE.
- Skirbekk, H. (2012). Pasienters tillitsforhold til helsevesen og leger. I H. Grimen & H. Skirbekk (Red.), *Tillit i Norge* (s. 248-270). Oslo: Res Publica.

- Skjervheim, H. (1996). Deltakar og tilskodar. I H. Skjervheim (Red.), *Deltakar og tilskodar og andre essays* (s. 71-87). Oslo: Aschehoug Forlag.
- Slettebø, Å. (2012). En fenomenologisk inngang til profesjonsetikken. *Nordisk Sygeplejeforskning*, 2(2), 145-155. Hentet fra <https://www.idunn.no/nsf>
- Solhjell, H. H. (2016). *Kommunikasjon med barn og unge. Hvordan kan kommunikasjon fremme trygghet og tillit?* Hentet 19.april 2016, fra <http://famlab.no>
- Spesialisthelsetjenesteloven. (2001). *Lov om spesialisthelsetjenester m.m.* Hentet 30.april 2015, fra <http://www.lovdata.no>
- Spurkeland, J. (2012). *Relasjonskompetanse*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Stang, I. (2003). Bemyndigelse. I H. A. Hauge & M. B. Mittelmark (Red.), *Helsefremmende arbeid i en brytningstid: Fra monolog til dialog?* (s. 141-161). Bergen: Fagbokforlaget.
- Strand, N. (2011). Hva gjør gode terapeuter så gode? *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 48(7), 682-684. Hentet fra <http://www.psykologtidsskriftet.no>
- Sundet, R. (2000). Selvpålevelse og samspill som metafor for terapi med ungdom. I A. Johnsen, R. Sundet & W. W. Torsteinsson (Red.), *Samspill og selvpålevelse - nye veier i relasjonsorienterte terapier* (s. 122-139). Oslo: Universitetsforlaget.
- Thom, D. H., Wong, S. T., Guzman, D., Wu, A., Penko, J., Miaskowski, C., & Kushel, M. (2011). Physician trust in the patient: development and validation of a new measure. *Ann Fam Med*, 9(2), 148-154. doi: 10.1370/afm.1224
- Tjora, A. (2012). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Tuseth, A.-G. (2007). Med 40 års klinisk forskning som veiviser. I T. Fjeldstad, A. K. Henriksen, A.-G. Tuseth & A. K. Ulvestad (Red.), *Klienten - den glemte terapeut* (s. 40-63). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Ullan, A. M., Belver, M. H., Serrano, I., Delgado, J., & Badia, M. (2012). Perspectives of youths and adults improve the care of hospitalized adolescents in Spain. *J Pediatr Health Care*, 26(3), 182-192. doi: 10.1016/j.pedhc.2010.08.005
- Unge Funksjonshemmede. (2015). *Ungdomshelsestrategi løftet frem av Helsekomiteen*. Hentet 19.februar 2015, fra <http://www.ungefunksjonshemmede.no>
- WHO. (1986). *The Ottawa Charter for Health Promotion*. Hentet 24. oktober 2012, fra <http://www.who.int>
- WHO. (1997). *Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century*. Hentet 19.april 2016, fra <http://www.who.int>
- WHO. (1999). *Programming for adolescent health and development. Report of a WHO/UNFPA/UNICEF study group*. Hentet 15.februar 2015, fra <http://www.who.int>
- WHO. (2004). *Standards for health promotion in hospitals*,. Hentet 25.april 2016, fra <http://www.euro.who.int>
- WHO. (2012). *Making health services adolescent friendly*. Hentet 15.februar 2015, fra <http://www.who.int>
- WHO. (2014). *Health for the world's adolescents: A second chance in the second decade*. Hentet 18.februar 2015, fra <http://www.who.int>
- Widerberg, K. (2001). *Historien om et kvalitativt forskningsprosjekt*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Ungdom. (2014). I Wikipedia. <http://no.wikipedia.org>
- Øiestad, G. (2004). *Feedback*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

VEDLEGG 1 Godkjenning fra Norsk Samfunnsvitenskapelig datatjeneste

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



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

Catherine Lorentzen
Institutt for helsefremmende arbeid Høgskolen i Buskerud og Vestfold
Postboks 2243
3103 TØNSBERG

Vår dato: 29.09.2015

Vår ref: 44455 / 3 / LB

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 01.09.2015. Meldingen gjelder prosjektet:

44455	<i>Ungdomshelse. Hvordan kan helsepersonell bidra til å skape gode relasjoner med ungdom med helseutfordringer?</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Høgskolen i Buskerud og Vestfold, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Catherine Lorentzen</i>
<i>Student</i>	<i>Helene Morvik</i>

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

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

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

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

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 01.06.2017, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Lene Christine M. Brandt

Kontaktperson: Lene Christine M. Brandt tlf. 55 58 89 26

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

Arbeidsskiltet / District Offices:

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

VEDLEGG 2 Forespørsel om lov til å rekruttere informanter

Kristiansand, 14.09.15

Forespørsel om å få rekruttere informanter til en studie om *Helsepersonells møter og relasjon med ungdom med helseutfordringer*

I forbindelse med min masterstudie i Helsefremmende arbeid ved Høyskolen i Buskerud og Vestfold skal jeg høsten 2015 og våren 2016 gjennomføre min masteroppgave. Veileder er førsteamanuensis Catherine Lorentzen. I denne forbindelse henvender jeg meg til deg som enhetsleder med forespørsel om muligheten for et samarbeid og rekruttering av informanter fra din enhet.

Hensikten med studien er å få kjennskap til og høre om helsepersonells/ fagpersoners erfaringer, opplevelser og tanker omkring møter med ungdom som har helseutfordringer.

Noe av bakgrunnen for at jeg ønsker å undersøke dette, er at forskning, rapporter og litteratur fremhever betydningen av hvordan helsetjenester til ungdom organiseres, struktureres og tilbys, hvilke holdninger til, og hvordan helsepersonell møter ungdom. Dette har stor betydning for ungdommers muligheter til å få økt kontroll over faktorer som påvirker helse (Aujoulat, Simonelli, & Deccache, 2006). Jeg har et håp om at resultatene i min master vil være et nyttig bidrag inn i det fremtidige arbeid med ungdom med helseutfordringer.

Studien er en kvalitativ undersøkelse med fokusgruppeintervjuer, jeg skal intervjuer til sammen 3 grupper med 5-6 personer i hver gruppe. Jeg vil gjennomføre intervjuer med helsepersonell som jobber innen psykisk helse, somatisk helse og en gruppe med fagpersoner som jobber med ungdom i kommune/videregående skole. Jeg ønsker å rekruttere 5-6 personer fra din enhet til den ene gruppen. Studien er meldt til Norsk samfunnsfaglige datatjeneste (NSD), som kvalitetssikrer forskningsprosjekter som er meldepliktige etter personopplysningsloven. Jeg gjør oppmerksom på at **først når godkjenning fra NSD foreligger, kan en evt. rekruttering starte.**

Denne mail er en første henvendelse med forespørsel om samarbeid.

Jeg ønsker å rekruttere fagpersoner som

- jobber med **ungdom mellom 13-18 år** som har helseutfordringer (ikke nødvendigvis en diagnose)
- ønsker å reflektere over egen praksis i gruppe med andre fra samme arbeidsplass/enhet

Det er **ønskelig** at informantene jobber med ungdom i dag og har minimum 2-3 års erfaring med å jobbe med ungdom. Dette kan for eksempel være i Barne- og ungdomsavdeling på sykehus, Familiesenter, helsestasjon for ungdom, helsesøstertjeneste i ungdomsskole eller videregående skole. I tillegg er det positivt dersom det er mulig å rekruttere både kvinner og menn, med spredt alder, og informantene kan gjerne ha ulik fagbakgrunn. Dette for å få mest mulig bredde i det som kommer frem under fokusgruppeintervjuet.

Å reflektere over egen praksis kan være både bevisstgjørende og lærerrikt for de som deltar. De som deltar får mulighet til å reflektere sammen med andre rundt den rollen de har i møte med ungdom. Gjennom samtalen i gruppa får vi kjennskap til hverandres meninger, følelser, opplevelser og holdninger til det å jobbe med ungdom. Dette vil kunne være nyttig for faglig og personlig utvikling, og for praksis på enheten. Refleksjon over egen praksis regnes som grunnleggende helsefremmende. Dersom det er et ønske om å lese masteroppgaven min når den er ferdig, kan jeg kontaktes. Det er også en mulighet å invitere meg til å fortelle om resultatene på enheten.

Jeg blir svært takknemlig dersom vi kan ha dialog omkring et mulig samarbeid, om og på hvilken måte dette praktisk kan la seg gjennomføre. Dersom dere ønsker, kan dere gjerne invitere meg til enheten for at jeg kan presentere meg og informere om hensikten med studien, inklusjonskriterier og forskningsetikk samt åpne opp for spørsmål. Jeg har utarbeidet et informasjonsskriv med samtykkeerklæring der interesserte kan skrive under.

Jeg blir svært glad for en rask tilbakemelding.

Jeg ønsker uansett å følge opp denne mailen med en telefon om en-to uker.

Dersom du har spørsmål før den tid, vennligst ta kontakt med meg.

Vennlig hilsen

Helene Morvik

Mastergradstudent

helene.morvik@sshf.no mobil: 90 67 09 29

Veileder

Førsteamanuensis Catherine Lorentzen

catherine.lorentzen@hbv.no

Telefon kontor: 31 00 92 66

VEDLEGG 3 Invitasjon til deltakelse i studien med samtykkeerklæring

Du inviteres herved til å delta i studien:

«Helsepersonells møter og relasjon med ungdom med helseutfordringer»

Bakgrunn og formål:

Hensikten med studien er å få kunnskap om de opplevelser og erfaringer som helsepersonell har med å skape gode relasjoner til ungdom med helseutfordringer.

Studien er en avsluttende masteroppgave knyttet til Master i helsefremmende arbeid, Fakultet for helsevitenskap, ved Høyskolen i Buskerud og Vestfold.

For å være med i studien må du kunne svare ja på disse spørsmålene:

- Du jobber med ungdom mellom 13-18 år som har helseutfordringer (ikke nødvendigvis en diagnose)
- Du ønsker å reflektere over egen praksis i gruppe med andre fra din arbeidsplass/enhet

Det er ønskelig at du har erfaring med å jobbe med ungdom i 2-3 år eller mer.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Studien er en kvalitativ undersøkelse der jeg benytter fokusgruppeintervju som metode. Det vil være 5-6 personer i hver fokusgruppegruppe. Jeg vil gjennomføre intervjuer i en gruppe med helsepersonell som jobber innen psykisk helse, en gruppe som jobber med ungdom innen somatisk helse og en gruppe med fagpersoner/helsesøstre som jobber med ungdom i kommune/videregående skole. Å reflektere over egen praksis kan være både bevisstgjørende og lærerikt for de som deltar. Du som deltar får mulighet til å reflektere sammen med andre rundt den rollen du har i møte med ungdom. Gjennom samtalen i gruppa får vi kjennskap til hverandres meninger, følelser, opplevelser og holdninger til det å jobbe med ungdom. Dette vil

kunne være nyttig for faglig og personlig utvikling, og for praksis på enheten dere jobber. Refleksjon over egen praksis regnes som grunnleggende helsefremmende.

Intervjuene planlegges gjennomført oktober-november 2015. Gruppesamtalen vil vare ca. 1,5 time. Når og hvor intervjuene skal finne sted, avgjøres gjennom dialog mellom meg, din leder og deg. Jeg vil tilstrebe å finne tid og sted for fokusgruppen ettersom hva informantene ønsker og hva som er praktisk mulig å få til.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Intervjuet blir tatt opp på lydbånd og skrevet ut i papirform. Det er kun jeg og min veileder som har tilgang til dataene i løpet av prosjektperioden. Alle data blir behandlet konfidensielt. Du vil ikke kunne gjenkjennes i oppgaven/publikasjoner. De innsamlede opplysningene anonymiseres ved prosjektslutt, senest innen 01.06.2017. Dataene vil bli oppbevart i låst skuff og på PC beskyttet med brukernavn og passord.

Frivillig deltakelse

Det er selvsagt frivillig å delta i studien og du kan når som helst trekke deg uten å oppgi grunn og uten at det vil få konsekvenser for deg. Alle innsamlede data knyttet til deg vil i så fall bli slettet.

Førsteamanuensis Catherine Lorentzen ved Høgskolen i Buskerud og Vestfold er veileder for studien. Studien er meldt til Norsk samfunnsfaglige datatjeneste AS (NSD) og Forskningsenheten ved organisasjonene det skal rekrutteres fra.

Kunne du tenke deg å delta? Vennligst meld fra til din enhetsleder snarest, men innen

Dersom du lurer på noe, er du selvfølgelig velkommen til å kontakte meg.

Vennlig hilsen

Helene Morvik, mastergradstudent, helene.morvik@sshf.no, mobil: 90 67 09 29

Veileder: Førsteamanuensis Catherine Lorentzen, catherine.lorentzen@hbv.no, 31 00 92 66

Samtykke til å delta i studien

Jeg har mottatt skriftlig informasjon om studien **helsepersonells møter med ungdom med helseutfordringer** og er villig til å delta:

Sted og dato

Underskrift av prosjektdeltaker

VEDLEGG 4 Intervjuguide

Forenklet intervjuguide - til gjennomføringen

Innledning

Velkommen og takk!

Fokusgruppeintervjuet: varer i ca. 1 time.

Presentasjonsrunde: Meg selv, deretter gruppa: Navn, fagutdannelse, alder og hvor lenge dere har jobbet med ungdom

Hensikt med studien: Jeg har valgt å skrive om ungdom og helse. Jeg kjenner ikke deres arbeidsplass. Jeg ønsker å høre om deres erfaringer, opplevelser og tanker om det å skape tillit og gode relasjoner med ungdom som har helseutfordringer. Håper at det jeg gjør i denne masteren vil være et nyttig bidrag inn i det fremtidige arbeid med å tilby ungdom i både kommuner og sykehus best mulig tilpassede helsetjenester.

Innen forskning kommer ungdommenes egne stemmer godt frem - de er tydelige på hva de mener skal til for å skape tillit og god relasjon mellom dem og helsepersonell. Men det motsatte – hva helsepersonell tenker om tillit og relasjon til ungdom er mindre belyst. Jeg skal intervjuere dere og to grupper til en gang hver.

Båndopptaker, ord for ord skrives ut på PC etterpå. Alt som blir sagt blir anonymisert – jeg kommer ikke til å referere til noe som gjør at dere kan bli gjenkjent i det skriftlige. Jeg kommer til å skrive på en måte som gjør at det ikke blir gjenkjennelig hvem som har sagt hva. I prosjektperioden er det kun jeg og min veileder som har tilgang til dataene. Alle lydbåndopptak blir slettet og utskrifter av intervjuer makulert når prosjektperioden er over. Noen spørsmål til dette?

Dere velger selv hva og hvor mye dere vil dele i gruppen. Moralsk taushetsplikt

Fokusgruppeintervju: ikke fokus på dere som enkeltpersoner, men gruppa - om det er noen sosiale tendenser hos dere som gruppe innenfor settingen dere jobber. Ønsker at dere snakker til hverandre og kommenterer, spiller videre på det den enkelte sier i samtalen.

Min rolle: Ordstyrer, utdypende spørsmål, kanskje avbryte, invitere inn de som ikke sier så mye – alle må få komme til orde. Notere ned stikkord underveis.

Jeg stiller åpne, innledende spørsmål som en invitasjon for å snakke sammen i gruppa.

Hovedproblemstilling:

Hvordan kan helsepersonell og fagpersoner skape tillit og en god relasjon med ungdom med helseutfordringer?

<p>Tema 1: Helsepersonells egenskaper, holdninger og forventninger til ungdom</p> <p>Forskningsspørsmål 1: Hvilke personlige egenskaper og holdninger hos helsepersonell/fagpersoner kan ligge til grunn for deres praksis i møte med ungdom?</p>	<p>«En god relasjon»? Sitte hver for seg et par minutter og notere stikkord</p> <p>Hvordan jobber dere vanligvis med å skape gode relasjoner til ungdom?</p> <p>Et møte med ungdom der du opplevde at relasjonen ble spesielt bra? Hva var det som skjedde i møtet og hva skjedde med deg i møtet? Hva skal til for at du får tillit til ungdom? Har du tillit til deg selv i møte med ungdom? Hvilke personlige egenskaper og ferdigheter tenker dere er viktige når dere skal skape tillit og god relasjon med ungdom?</p>
<p>Tema 2: Helsepersonells kunnskap og ferdigheter</p> <p>Forskningsspørsmål 2: Hvilken kunnskap og ferdigheter er nødvendig for at helsepersonell/fagpersoner opplever at de mestrer å skape gode relasjoner med ungdom?</p>	<p>Hvilken kunnskap tenker dere er viktig for å kunne skape tillit og gode relasjoner til ungdommene?</p> <p>Hvilke ferdigheter tenker dere er viktig for å kunne skape tillit og gode relasjoner til ungdommene?</p> <p>Relevant videreutdanning, tidligere erfaring og kompetanse?</p> <p>Manglende kompetanse og kunnskap?</p> <p>Metoder/verktøy du bruker?</p> <p>Kan du si noe mer om det du sa nå? Hva mener du med det du sa nå? Kan du beskrive mer detaljert? Kan du fortelle hva som skjedde? Kan du gi noen eksempler? Kan du si noe mer om hvordan...?</p>
<p>Tema 3: Strukturelle faktorer som påvirker helsepersonells relasjoner til ungdom</p> <p>Forskningsspørsmål 3: Hvilke strukturelle og organisatoriske forhold på arbeidsplassen kan påvirke helsepersonells relasjoner til ungdom?</p>	<p>Hvordan kan arbeidsplassen deres påvirke muligheter til å skape gode relasjoner til ungdom? På hvilken måte? Rom for å snakke om temaet på arbeidsplassen? Tas det for gitt at dette kan dere så godt? Hvordan kan ditt første møte med en ungdom på enheten utspille seg?</p>

Avslutning:

Er det noe vi ikke har snakket om som dere tenker vi absolutt burde ha snakket om innen temaet? Lese masteroppgaven - kan kontakte meg. Kan komme og fortelle på enheten. Kan jeg få tillatelse fra dere om å snakke om temaene som kommer opp i uformelle samtaler etter dette? Spørsmål før vi avslutter? Hvordan har det vært å være med?

VEDLEGG 5

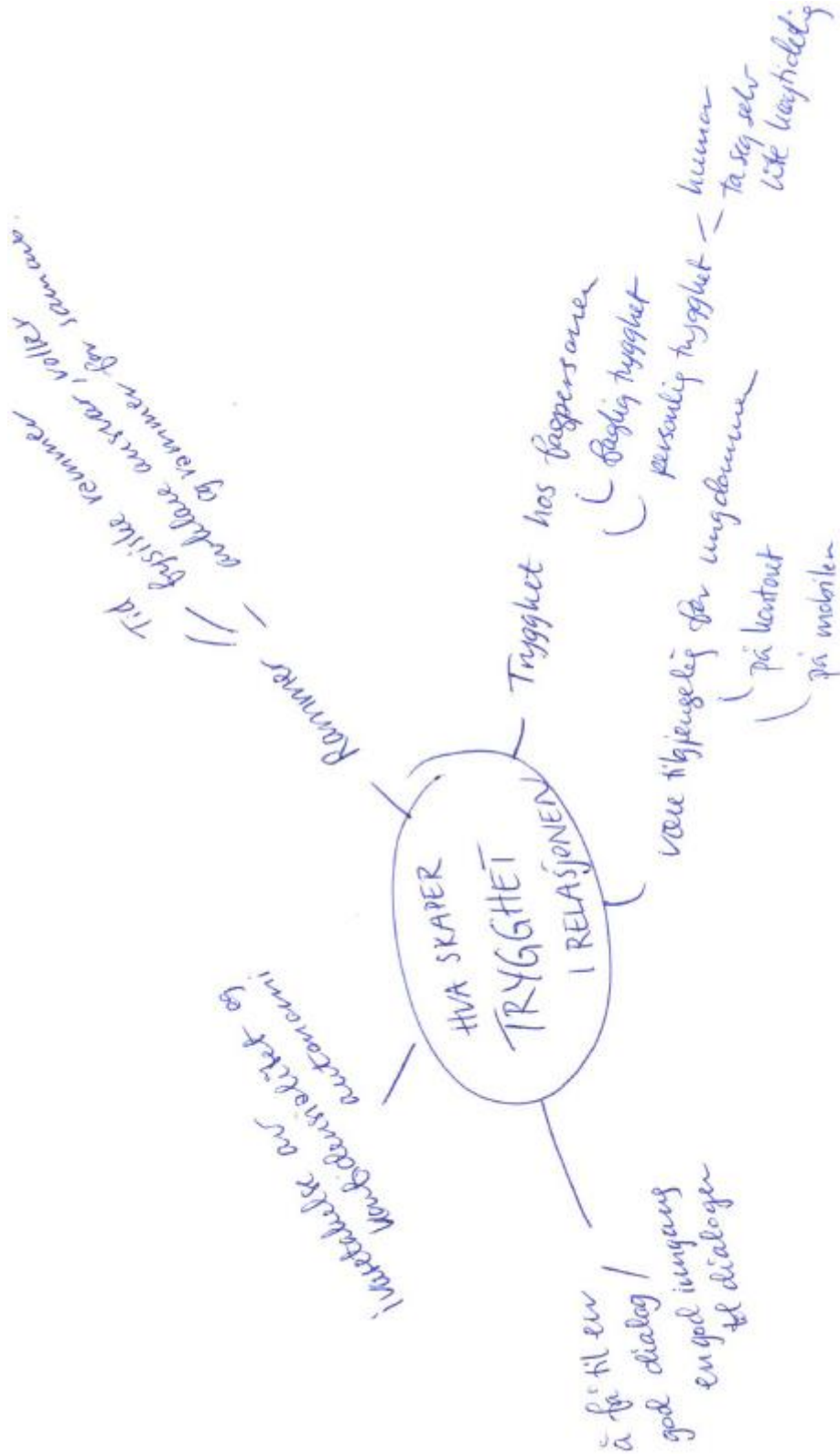
Analyse del 1 – utdrag av tabell

Tema	Meningsbærende setninger (Start på linje nr...)	Meningsfortetning	Kode?	Kategori?
<p>Informantenes beskrivelser av «en god relasjon»</p> <p>Fokusgruppe 1</p>	<p>23 En god relasjon så må man se hverandre....eh...gi anerkjennelse, eh...vise interesse....ehh... og ha respekt for hverandre</p> <p>29 eh...Ærlighet tenker jeg er viktig. Eh...å så blir det jo bare litt...altså snakke....at man snakker direkte til ungdommen....selv om de har med foreldre</p> <p>32....det med at man må ha litt sånn avklarte roller i forhold til eh...foresatte da. At vi blir enige om hvem som skal ha ansvaret for hva og eh...hvem man skal snakke til. Det er noe med at kanskje....de foresatte noen ganger skal ha noe ansvar også.</p> <p>37at det er litt avklart og snakket om hvis det...hvis det er sånn litt diffust om hvem som bestemmer hva.... Da er det lettere å få en god dialog. Kommunikasjon.....</p> <p>40...Akkurat det der med å vise interesse for hva de holder på med og såne ting...</p> <p>43...og da kan man ofte få til en god dialog hvis du får litt....bakgrunnsmateriale.....</p> <p>46så det at vi tenker at det er bådeat det er både det fysiske, psykiske, sosiale og de åndelige kanskje behovene deresat vi er imøtekommende på....eller....møte dem med respekt på alle disse fronter</p> <p>51....vi spør om hva de er opptatt at og sånn...prøve å komme på banen med det.....</p> <p>55...sånn gjengs over, så syns de det stort sett er</p>	<p>Man må se hverandre, gi anerkjennelse, ha respekt</p> <p>Ærlighet og å snakke direkte til ungdommen, selv om de har med foreldre</p> <p>Ha avklarte roller i forhold til foresatte og bli enige om ansvarsfordeling og når det er nødvendig å involvere foresatte</p> <p>Avklare og snakke om roller, ansvar og rettigheter</p> <p>Vise interesse for hva de holder på med, få tak bakgrunnsmateriale</p> <p>Det er både fysiske, psykiske, sosiale og åndelige behov, møte dem med respekt på alle fronter</p> <p>Spør om hva de er opptatte av</p> <p>Syns det stort sett er</p>	<p>Respekt</p> <p>Ærlighet, henvende seg til den det gjelder.</p> <p>Avklare roller og ansvar</p> <p>Avklare roller, ansvar og rettigheter</p> <p>Vise interesse</p> <p>Se hele mennesket</p> <p>Spør om hva de er opptatt av</p> <p>Ungdom liker å snakke om løst</p>	<p>Menneskesyn, menneskerettigheter</p> <p>Autonomi medvirkning</p> <p>tydelighet og plassere ansvar der det hører hjemme</p> <p>Lowverk og føringer</p> <p>Oppriktig interessert i å bli kjent/ nå frem/ få kontakt</p> <p>Mennesket har mange sider</p> <p>Finne en åpning</p> <p>Uformell prat</p>

Tema/Kode	Meningsbærende setninger (Start på linje nr...)	Meningsfortetning	Kategorier
<p>Informantenes beskrivelse av det de forbinder med «en god relasjon».</p>			
<p>Fokusgruppe 1</p>	<p>23 En god relasjon så må man se hverandre....eh...gi anerkjennelse, eh...vise interesse...ehh... og ha respekt for hverandre 29 eh...Ærlighet tenker jeg er viktig. Eh...å så blir det jo bare litt...altså snakke....at man snakker direkte til ungdommen. Selv om de har med foreldre 32.....det med at man må ha litt sånn avklarte roller i forhold til eh...foresatte da. At vi blir enige om hvem som skal ha ansvaret for hva og eh...hvem man skal snakke til. Det er noe med at kanskje.....de foresatte noen ganger skal ha noe ansvar også.</p>	<p>Man må se hverandre, gi anerkjennelse, ha respekt Ærlighet og å snakke direkte til ungdommen, selv om de har med foreldre Ha avklarte roller i forhold til foresatte og bli enige om ansvarfordeling og når det er nødvendig å involvere foresatte Avklare og snakke om roller, ansvar og rettigheter Vise interesse for hva de holder på med, få tak bakgrunnsmateriale Det er både fysiske, psykiske, sosiale og åndelige behov, møte dem med respekt på alle fronter Spør om hva de er opptatte av Syns det stort sett er greit å snakke om løst og fast Må noen ganger begynne med noe løst og fast for å få åpnet litt</p>	<p>Respekt Respekt og ærlighet Trygghet Trygghet Respekt og ærlighet</p>
	<p>37at det er litt avklart og snakket om hvis det...hvis det er sånn litt diffust om hvem som bestemmer hva.... Da er det lettere å få en god dialog. Kommunikasjon..... 40....Akkurat det der med å vise interesse for hva de holder på med og sånne ting... 43...og da kan man ofte få til en god dialog hvis du får litt....bakgrunnsmateriale..... 46så det at vi tenker at det er bådeat det er både det fysiske, psykiske, sosiale og de åndelige kanskje behovene deresat vi er imøtekommende på....eller.....møte dem med respekt på alle disse fronter</p>	<p>at vi er trygge i det vi gjør At vi kan finne ut av ting sammen hvis det er noe vi ikke kan, men allikevel vise at vi er trygge Trygg og ærlig I en situasjon som er ukjent for ungene, viktig å være</p>	<p>Respekt Respekt</p>

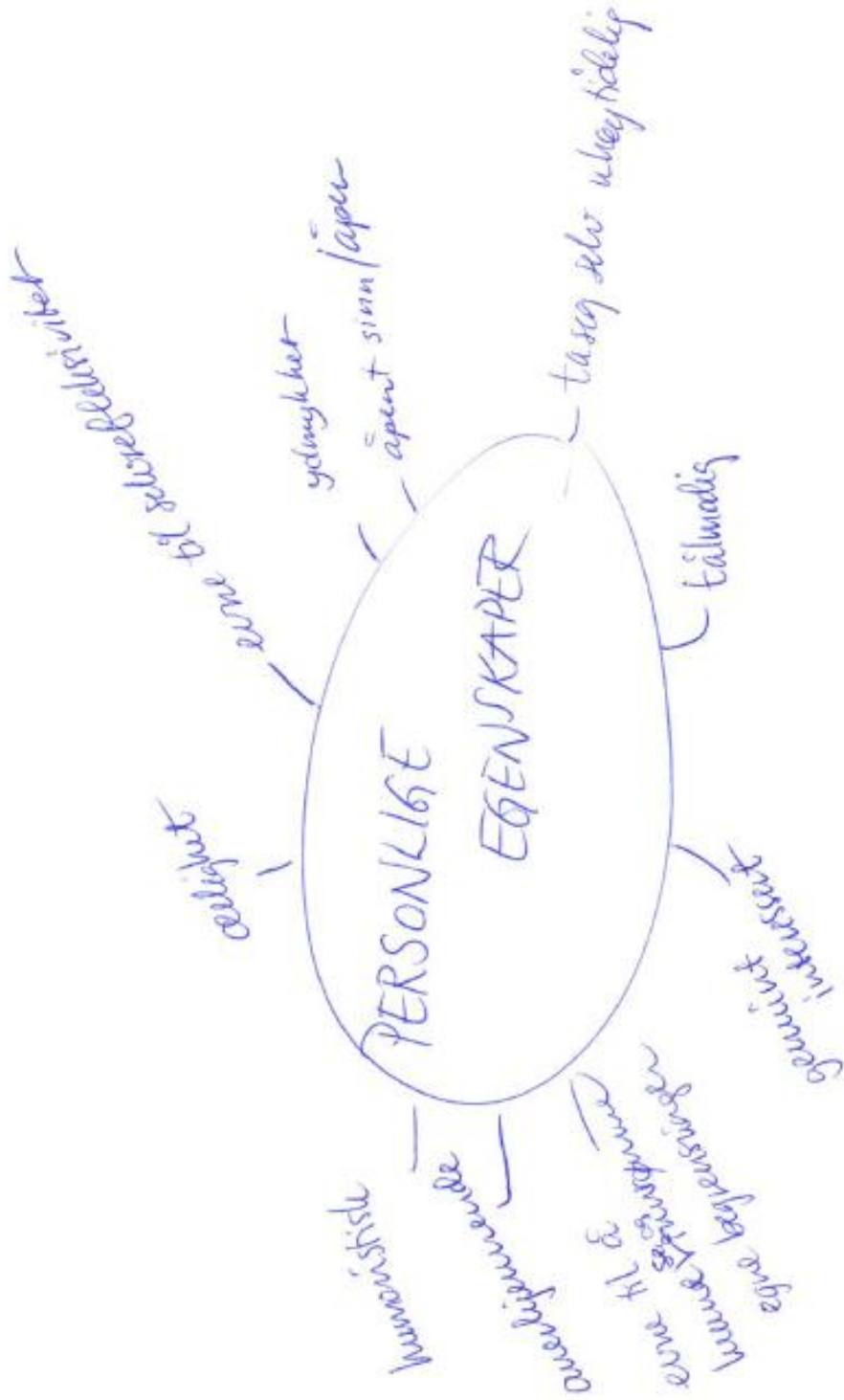
VEDLEGG 8

Tankekart «Trygghet»



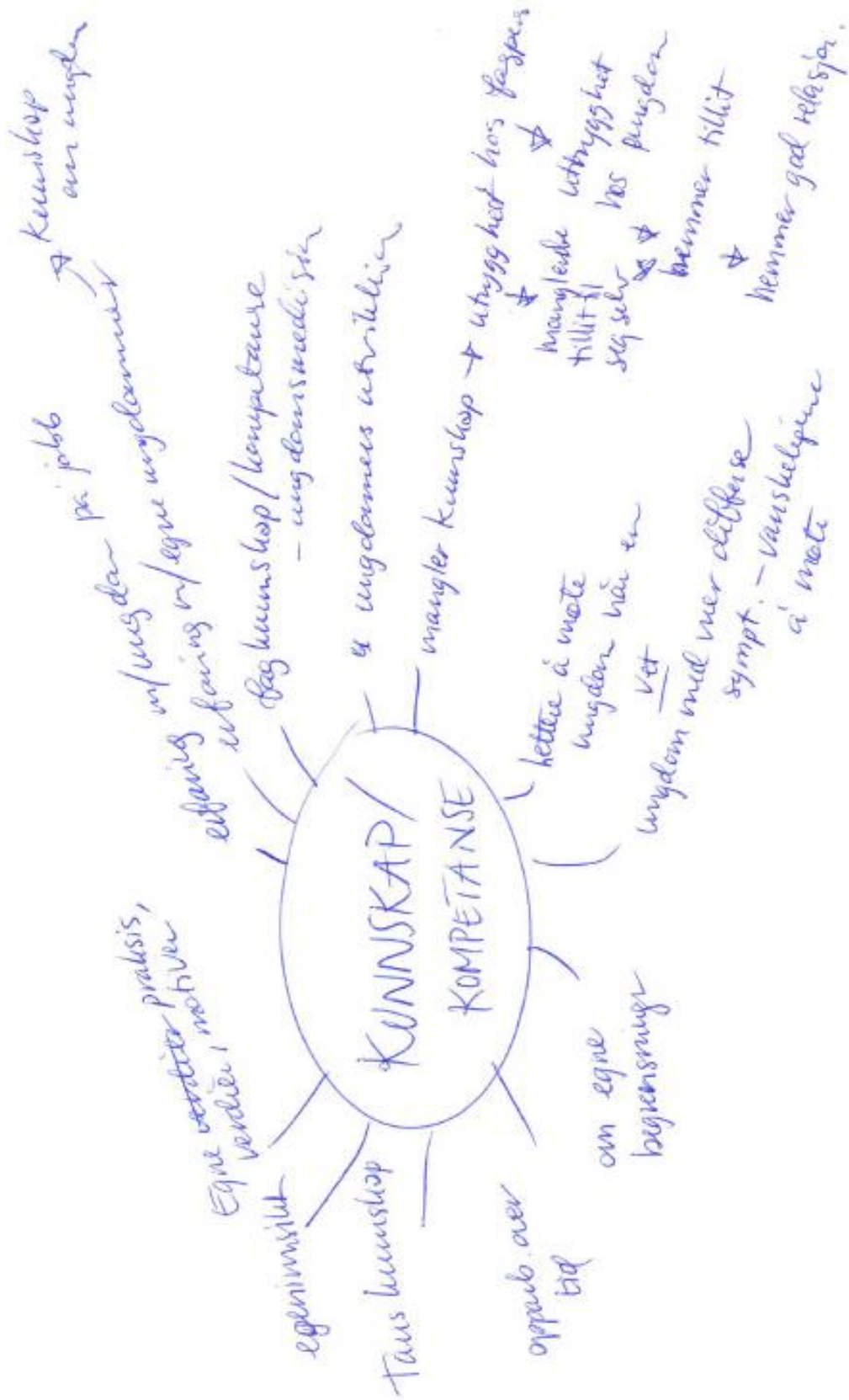
VEDLEGG 10

Tankekart « Personlige egenskaper»



VEDLEGG 11

Tankekart «Kompetanse»



VEDLEGG 13

Oversiktskart kategorier, sub-kategorier og forbindelser

