



# Å samtale med ungdom i vanskelige livssituasjoner

En kvalitativ studie av helsesøsters samtalepraksis i skolehelsetjenesten

Liv-Janne Raknes Brekke

VID Vitenskapelige Høgskole

Masteroppgave

Familieterapi og systemisk praksis

Veileder: Atle Ødegård

Antall ord: 25 213

31. oktober 2017

## Sammendrag

Oppgaven handler om helsesøsters samtalepraksis med ungdommer. Hovedmål for oppgaven har vært å beskrive og drøfte hvordan helsesøstre opplever å samtale med ungdom i vanskelige livssituasjoner. Delmål har vært a) beskrive og drøfte hva helsesøster opplever at hemmer og fremmer dialoger med ungdom, b) beskrive sentrale aspekter ved relasjonsbygging i kontaktetableringsfasen og c) drøfte hvordan helsesøster kan bidra til å skape gode dialoger og reflekterende prosesser i samtale med ungdom.

Oppgaven bygger på seks intervjuer av helsesøstre med arbeidsplass i skolehelsetjenesten i en stor kommune i Norge. Det er en kvalitativ studie med et deskriptivt og eksplorativt design, der hensikten er å fremskaffe beskrivelser av hvordan helsesøstrene erfarer og opplever å samtale med ungdommer i vanskelig livssituasjoner.

Teoridelen presenteres i to kapitler og består av tidligere forskning på feltet og teoretisk innføring i dialogen som samtaleform og dialektisk relasjonsteori. Analyseprosessen er inspirert av Malteruds fire analysetrinn, systemisk tekstkondensering, og munnet ut i følgende kategorier: *1) Skape en trygg situasjon (overordnet) 2) Knytte kontakt 3) Lytte og gi respons 4) Lese ungdommens kroppsspråk 5) Beskrive egne tanker og følelser.*

Funnene presenteres i en refleksjonsmodell (fig.1) til inspirasjon for veiledning til helsesøstre i skolehelsetjenesten. I diskusjonen blir målsettingene belyst ved at funnene blir tolket og drøftet i lys av valgt teoretisk preferanseramme.

Søkeord: helsesøster, skolehelsetjeneste, ungdom, psykisk helse, dialog, kroppsspråk

## Forord

Denne masteroppgaven er avslutningen på min masterstudie i Familieterapi- og systemisk praksis ved VID vitenskapelige høyskole.

Når jeg ser tilbake på prosessen med å skrive masteroppgaveoppgave, ser jeg at det samtidig har vært en reise på veien til en dypere forankring i den systemiske tenkningen med sirkularitet og gjensidighet. Jeg startet med en forskningside om hvordan helsesøster kan bidra til å komme i dialog med ungdommene. I løpet av prosessen med teori, analyse og drøfting, har jeg sett at helsesøstrene og ungdommene er en del av en sirkulær prosess der de gjensidig påvirker hverandre. På denne måten har jeg selv fått erfare hvordan jeg med å gå i dialog med oppgaven, selv har endret meg i prosessen.

Å få mulighet til å fordype meg i skjæringspunktet mellom helsesøstrenes arbeidshverdag og teori fra systemisk tenkning, har vært spennende og gitt mening.

Jeg takke deltakerne i studien, som har delt av sine opplevelser og erfaringer, og som skapte grunnlaget for denne studien.

Tusen takk til veileder Atle Ødegård som har veiledet meg gjennom hele prosjektet. Din evne til å være konkret og gi tydelige tilbakemeldinger har betydd mye for veiledningsprosessen. Å få ta del i din erfaring og kompetanse innen forskning, har vært veldig spennende og inspirerende.

Selv om prosessen med å skrive masteroppgave til tider har vært ensom, har samspillet med andre betydd mye. Å være en del av et fellesskap på flere områder i livet, familie, jobb og studiemiljø, har vært viktig for å få inspirasjon til å produsere tekst.

Takk til alle, som på forskjellig vis, har bidratt til at jeg kom i mål med masteroppgaven!

Molde, 2017.

Liv-Janne Raknes Brekke

# Innhold

Sammendrag.....	2
Forord.....	3
1 Innledning.....	8
1.1 Bakgrunn for valg av tema .....	8
1.2 Oppgavens kontekst.....	9
1.3 Klargjøring av begreper som benyttes i oppgaven .....	10
1.4 Relevans og betydning for fagfeltet.....	11
1.5 Presentasjon av oppgavens målsetting og avgrensning .....	11
2 Tidligere forskning på feltet .....	13
2.1 Helsesøster, ungdom og psykisk helse .....	13
2.1.1 Å føle seg møtt, sett og forstått .....	13
2.1.2 Initiativ fra den voksne.....	14
2.2 Relasjonsbygging.....	15
3 Teori .....	18
3.1 Dialog og dialogisme.....	19
3.2 Anerkjennelse .....	21
3.3 Kroppsspråk.....	23
3.4 Følelsesuttrykk.....	23
3.5 Selvrefleksjon og selvavgrensning .....	25
3.6 Oppsummering .....	26
4.0 Metode.....	28
4.1 Forskningsdesign .....	28
4.2 Kvalitativ metode .....	28
4.3 Utvalg .....	29
4.3.1 Beskrivelse av deltakerne.....	29
4.3.2 Et strategisk utvalg .....	29

4.4	Forskningsintervju som metode.....	30
4.4.1	Utarbeidelse av intervjuguide.....	30
4.4.2	Gjennomføring av intervjuene .....	31
4.5	Transkribering .....	32
4.6	Analyse .....	33
4.6.1	Valg av metode.....	33
4.6.2	Trinn en: Å skaffe seg et helhetsinntrykk - fra villnis til temaer .....	34
4.6.3	Trinn to: Meningsbærende enheter – fra temaer til koder.....	34
4.6.4	Trinn tre: Kondensering – fra kode til mening.....	35
4.6.5	Trinn fire: Sammenfatning – fra kondensering til beskrivelser og begreper .....	35
4.7	Forforståelse .....	36
4.8	Etiske betraktninger.....	38
5.0	Presentasjon av funn.....	39
5.1	Knytte kontakt .....	39
5.1.1	Helsesøster må tørre å by på seg selv.....	39
5.1.2	Å være tilstede for ungdommene .....	40
5.1.3	Inntoning .....	41
5.1.4	Gi rom for refleksjon.....	42
5.2	Lytte og gi respons .....	43
5.2.1	Lytte til og gi respons på bakgrunn av egen fornemmelse.....	43
5.2.2	Tilpasse respons og stille konkrete spørsmål .....	44
5.3	Betydningen av å lese kroppsspråk .....	45
5.3.1	Helsesøster beskriver at kroppsspråket utfyller ordene og gir tilbakemelding om at temaet engasjerer .....	45
5.3.2	Helsesøster beskriver at ungdommene sier ingenting, men kroppsspråket gir uttrykk for at situasjonen er vanskelig .....	46
5.3.3	Helsesøster leser ungdommens kroppsspråk og tilpasser samtalen .....	47
5.4	Helsesøster beskriver egne tanker og følelser .....	48

5.4.1	Helsesøster beskriver hvordan utfordringer i samtalen virker inn på egne følelser	48
5.4.2	Helsesøster blir berørt i samtalen med ungdommene og gir uttrykk for det	48
5.4.3	Helsesøster beskriver eget kroppsspråk	49
5.5	Å skape en trygg relasjon	50
5.5.1	Taushetsplikt	50
5.5.2	Forutsigbarhet	51
5.5.3	Betrakte møtet med ungdommene som en prosess	52
6	Diskusjon	54
6.1	Å skape en trygg situasjon	55
6.2	Knytte kontakt	57
6.3	Lytte og gi respons	59
6.3.1	Gi rom for refleksjon	59
6.3.2	Inntoning	59
6.3.3	Romme ungdommenes følelsesuttrykk	60
6.4	Helsesøster leser ungdommens kroppsspråk	62
6.4.1	Fra kroppslig fornemmelse til konkrete spørsmål	62
6.5	Helsesøster beskriver egne tanker og følelser	65
6.5.1	Refleksjoner rundt hvordan helsesøsters kroppsspråk virker inn på samtalepraksisen	65
6.5.2	Hvordan skille egen uro fra ungdommenes	66
6.6	Oppsummering	68
6.7	Metodediskusjon og studiens kvalitet	68
6.7.1	Logisk sammenheng gjennom alle deler av prosjektet	69
6.7.2	Deltakersjekk	69
6.7.3	Kunnskapen kan finnes på flere steder	70
6.7.4	Alternative metodevalg	70
6.7.5	Studiens relevans for forskningsfeltet	71

7	Avsluttende kommentarer og implikasjoner .....	72
7.1	Implikasjoner for ny praksis .....	72
7.2	Implikasjoner for videre forskning .....	73
8	Litteraturhenvisninger .....	75

Vedlegg 1: Intervjuguide

Vedlegg 2: Forespørsel om deltagelse i masterprosjekt.

Vedlegg 3: Samtykkeerklæring.

Vedlegg 4: Godkjenning fra NSD.

Vedlegg 5: Utdrag fra en transkripsjon.

Vedlegg 6: Eksempel fra trinn tre i analyseprosessen.

# 1 Innledning

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Denne studien beskriver og drøfter helsesøsters opplevelser av å samtale med ungdommer i vanskelige livssituasjoner. Tema er knyttet til egen praksis som helsesøster, erfaring med å samtale med barn, ungdom og deres familier. Møtet med ungdommene har gjort meg nysgjerrig på å finne ut mer om hva som skal til for å utvikle samtalepraksis, tilpasset ungdommene og det som er deres virkelighet.

Som helsesøster i skolehelsetjenesten møter en ofte ungdom som kjenner på ubehag, men der det ikke er definert at de har en psykisk vanske eller lidelse. Ifølge Rådet for psykisk helse (2010) ønsker ungdom å bli sett og bekreftet for den de er. De ønsker å bli møtt på behovene sine, men vedkjenner i undersøkelsen at de kan oppleve tilbakemeldinger forskjellig, og at det kan være utfordrende for hjelpeapparatet å møte den enkelte slik som de ønsker. Uansett er det ungdommene som må bære belastningen der hjelperne ikke makter å møte dem på en tilfredsstillende måte. I møte med helsesøster i skolehelsetjenesten, kan et møte uten en god dialog, bety at ungdommene blir etterlatt til seg selv uten hjelp til å reflektere over egen situasjon. Mange ungdommer kan allerede ha dårlige opplevelser fra andre nære voksne som for eksempel foreldre og lærere. Dersom de heller ikke opplever å bli møtt hos helsesøster, kan det lett forsterke opplevelsen av at det ikke nytter å snakke med voksne (Rådet for psykisk helse, 2010).

Ungdommenes erfaringer, slik de blir framstilt i undersøkelsen fra Rådet for psykisk helse (2010), og sett i sammenheng med helsemyndighetenes satsning på helsesøster i skolehelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2010; Helse- og omsorgsdepartementet, 2016), gjør meg nysgjerrig på hvordan helsesøster i skolehelsetjenesten opplever å samtale med ungdommene, og hvordan helsesøster kan bidra til å møte ungdommene slik som de etterlyser i Rådet for psykisk helse (2010). Åpen treffetid hos helsesøster på skolen beskrives som et attraktivt tilbud som er etterspurt av ungdommene (Langaard, 2011), men som fram til siste årenes satsning fra helsemyndighetenes side (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016), har vært en lite tilgjengelig tjeneste (Langaard, 2011). I takt med økt andel unge med psykiske utfordringer (Folkehelseinstituttet, 2014) og økt satsning på skolehelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2010; Helse- og omsorgsdepartementet, 2016), har jeg tanker om at det vil være av allmenn samfunnsnyttig interesse å belyse hva helsesøstrene selv opplever bidrar til



gode samtaler. Samtidig som helsesøstrenes samtalepraksis kan styrkes til å møte ungdommenes behov.

## 1.2 Oppgavens kontekst

Helsesøster er en sykepleier med ettårig videreutdanning i forebyggende og helsefremmende helsearbeid blant barn, unge og deres familier i kommunene med arbeidssted i helsestasjonen og i skolehelsetjenesten. Helsesøstrene som er deltakere i studien er ansatte i skolehelsetjenesten ved ungdomsskole og videregående skole. Skolehelsetjenesten er en lovfestet kommunal tjeneste som er forankret i Veileder til forskrift av 3. april 2003 om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten IS-1154, Helse- og omsorgstjenesteloven, Folkehelseloven, Helsepersonell-loven og Pasient- og brukerrettighetsloven.

Skolehelsetjenesten gir et helsetilbud på arbeidsplassen til flere hundre ungdommer i mange tilfeller. I følge normtall anbefales det en helsesøster i 100% stilling per 800 elever i videregående skole og 100% stilling per 550 elever i ungdomsskolen (Helsedirektoratet, 2010, s. 45). Skolehelsetjenesten er et lavterskeltilbud og alle kan ta kontakt uten henvisning.

Med skolehelsetjenesten får ungdommene tilgang til en nøytral voksen som hverken er lærer eller foreldre og som har taushetsplikt forankret i helselovgivningen (Helsepersonelloven, 1999. kap.6, § 21). Helsesøster samarbeider med lærerne og foreldre som har den daglige kontakten med ungdommene. Lærere og foreldre har mulighet til å videreformidle behov for samtale med helsesøster forutsatt at eleven samtykker til dette (Veileder til forskrift av 3. april 2003 om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten IS-1154; Folkehelseinstituttet, 2011)

I Folkehelseinstituttet sin rapport «*Bedre føre var*» belyses dette:

*«Tjenesten skal ha en åpen dør overfor elever som har psykiske problemer og sikre at de får oppfølging og eventuelt behandling av andre med relevant kompetanse.*

*Helsesøster skal også være tilgjengelig for samtaler med lærere, foreldre og andre som har inntrykk av at elever trenger oppfølging»* (Folkehelseinstituttet, 2011, s 50)

I takt med utviklingen i samfunnet, har helsesøstrenes arbeidsoppgaver endret seg fra overvåking av fysisk sykdom til samtalepraksis for barn i vanskelige livssituasjoner (Dahl,

2016; Bratlie, 2012; Hvesser og Haugland Johansen, 2012). Stadig flere barn og unge sliter med psykiske vansker og det er ønskelig fra helsemyndighetene sin side å sette inn tiltak tidlig, samtidig som det oppfordres til å avdekke ungdommens egne ressurser (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016; Folkehelseinstituttet, 2014). Helsesøster skal være tilgjengelig for helsehjelp (Folkehelseinstituttet, 2011, s. 50), fange opp de som trenger hjelp på et tidlig tidspunkt og henvise videre om nødvendig (Dahl, 2016). I møte med ungdommene oppfordres helsesøster til å finne balansepunktet mellom å være passe tilbaketrukket og gi rom for refleksjon, og samtidig opptre på en åpen og direkte måte og tilby nye perspektiver. En viktig oppgave for helsesøster framover vil være at de i tillegg til å fange opp de som sliter med psykiske vansker, kan skille mellom ungdommer som må motiveres til å søke tjenester innenfor spesialisthelsetjenesten og hvem som blir tilstrekkelig hjulpet med samtaler med helsesøster eller andre lavterskeltilbud (Langaard, 2011).

### 1.3 Klargjøring av begreper som benyttes i oppgaven

Når jeg presenterer funnene, benytter jeg betegnelsen helsesøster (profesjonsutøveren) og ungdommene (skoleelever mellom 13 og 20 år som benytter samtaletilbudet ved skolehelsetjenesten). I tillegg vil det bli benyttet profesjonsutøveren som en fellesbetegnelse om profesjonelle hjelpere. Dette gjelder når jeg refererer til forskning eller litteratur der flere enn helsesøster er involvert. Jeg har valgt å benytte skolehelsetjeneste selv om temaet er like aktuelt for hele ungdomshelsetjenesten, fordi alle praksiseksempelene som helsesøstre reflekterte rundt, er hentet fra deres praksis i skolehelsetjenesten. Når jeg presenterer tidligere forskning og teori fra behandlingslitteratur, har jeg valgt å benytte begrepene terapeut (profesjonsutøveren) og klient (personen som oppsøker hjelp) fordi det er godt innarbeidede begreper innenfor familierapifeltet.

Menneskesyn, teori og praksis er ulike nivåer i en profesjonell samtalepraksis som påvirker hverandre gjensidig og må sees i forhold hverandre (Schibbye, 2012). Det er viktig å være bevisst det menneskesynet som ligger til grunn for de teoriene som en anvender i praksis, fordi det kan legge føringer for hvordan teoriene forstås og på hvilken måte helsesøster møter ungdom i samtalepraksis (ibid). Både åpne dialoger (Seikkula og Arnkil, 2015) og dialektisk relasjonsteori (Schibbye, 2012) bygger på et subjekt-subjekt syn. I et intersubjektivt syn forholder personene som er i samtale seg til hverandre to subjekter, der personene har sin indre opplevelse av tanker, følelser og mening. I en samtale basert på et subjekt-subjekt syn

må begge fortolkninger av verden tas i betraktning. Personen må forstås ut i fra den kontekst og de relasjonene personen står i (Schibbye, 2012; Seikkula og Amkil, 2013).

Intersubjektivdeling dreier seg om to subjekter som har felles opplevelse, men på samme tid forstår at de er forskjellige (ibid; Stern, 2007). Masteroppgaven skrives med utgangspunkt i en systemisk tradisjon, der samspill forstås sirkulært og kontekst og relasjon er viktige for å skape mening (Jensen, 2011). I en eksistensiell og dialektisk relasjonsforståelse betraktes individet som en del av en større helhet, der det pågår en gjensidig påvirkning mellom individet og konteksten det eksisterer i (Schibbye, 2012).

#### 1.4 Relevans og betydning for fagfeltet

Masterstudiet i familieterapi ved VID vitenskapelige høyskole henvender seg til et bredt fagmiljø og det forutsettes at systemisk tenkning og følgende relasjonskompetanse er relevant for alle profesjoner som har klientrettede tjenester (VID, u.å.). Helsesøster er tilgjengelig for samtale på ungdommens daglige arena (Dahl, 2016; Folkehelseinstituttet, 2011, s. 50; Helsedirektoratet, 2010, s. 45). Helsesøsters samtalepraksis favner bredt, fordi tilbudet er kommunalt forankret og knyttet til alle skoler i hele landet. I masteroppgaven forskes det på hvilken måte, teori fra åpne dialoger og dialektisk relasjonskompetanse kan bidra til å belyse materialet. Ved å knytte teori der gjensidighet vektlegges, bygges det samtidig opp under helsemyndighetenes intensjon om at økt tilgjengelighet, samtidig bidrar til økt brukermedvirkning (Helse- og sosialdepartementet, 2016; Langaard, 2011).

#### 1.5 Presentasjon av oppgavens målsetting og avgrensing

For å avgrense oppgaven har jeg valgt å fordype meg i helsesøstrenes opplevelser og erfaringer i samtalene med ungdom. Jeg har tatt utgangspunkt i tidligere undersøkelser som er utført av ungdommer og benytter det som referanseramme. Det finnes få undersøkelser per i dag om effekten av helsesøsters tilbud til skoleungdommer (Folkehelseinstituttet, 2011, s. 50). Det er mitt ønske at praksisbeskrivelser av helsesøstertjenesten kan bidra til å gjøre deres samtalepraksis kjent for flere samfunnsaktører, og i neste omgang inspirere til videre forskning.

I tidligere studier (Langaard, 2011) har helsesøsters tilgjengelighet eller mangel på tilgjengelighet for elevene vært tema. I min studie forutsettes det at helsesøster er fysisk tilgjengelig og oppmerksomheten rettes mot helsesøsters emosjonelle tilgjengelighet og

betydningen det har for at ungdommene skal bli sett, møtt og forstått når de oppsøker hjelp. Formålet med denne studien er å skaffe mest mulig kunnskap om helsesøsters opplevelse av å samtale med ungdom med vekt på å skape en trygg kontakt og følgelig et godt utgangspunkt for å dele opplevelser med helsesøster.

Helsesøsters samtalepraksis med ungdommer i vanskelige livssituasjoner initierer ofte samarbeid med foreldre, lærere og andre samarbeidspartnere. Helsemyndighetene er opptatt av at helsesøster skal bidra til å utvikle gode rutiner for samarbeid (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). Studien avgrenses imidlertid til å dreie seg om helsesøsters opplevelser og erfaring knyttet til selve møtet med ungdommene. Helsesøster med sitt tilbud om åpen dør, tar ofte imot alle typer henvendelser fra ungdommer, også de med alvorlige psykiske vansker som oppsøker helsetilbud for første gang. Jeg ser betydningen av å skape en god kontakt allerede ved første møte. På bakgrunn dette har jeg valgt å legge stor vekt på kontaktetableringsfasen og å skape en trygg relasjon. Slik tjenesten er organisert med kontor ute på hver skole, vil helsesøster ofte være den første ungdommen snakker med om vanskelige livssituasjoner. En viktig faktor for at de kommer tilbake for flere samtaler eller tar imot hjelp i fra andre instanser, er at de opplever å *bli sett, møtt og forstått* hos helsesøster (Olaisen, 2012 s. 97; Langaard, 2011; Rådet for Psykisk helse, 2010).

Jeg har formulert følgende hovedmål for oppgaven:

*Beskrive og drøfte hvordan helsesøstre opplever å samtale med ungdom i vanskelige livssituasjoner.*

Delmålene er å

- *Beskrive og drøfte hva helsesøster opplever hva som hemmer og fremmer dialoger med ungdom.*
- *Beskrive sentrale aspekter ved relasjonsbygging i kontaktetableringsfasen*
- *Drøfte hvordan helsesøster kan bidra til å skape gode dialoger og reflekterende prosesser i samtale med ungdom*

## 2 Tidligere forskning på feltet

For å gjøre meg kjent med tidligere forskning på feltet, har jeg gjort litteratursøk i databasevertene Proquest, OVID og EBSCO. For å avgrense søkene har jeg prøvd meg fram med forskjellig ordkombinasjoner og valgt følgende inklusjonskriterier og søkeord på norsk og engelsk avhengig av om norsk eller internasjonal database: (Helsesøster eller skolehelsetjeneste) x (samtale eller dialog eller psykisk helse) x (ungdom), (schoolnurse or Public Healthcare) x (conversation or dialogue or mental health) x (adolescent or youth). Samme søkekombinasjoner ble benyttet på alle databasene. Søkene ble avgrenset til at søkeordene ble nevnt i tittel og sammendrag, men ikke avgrenset i tid. I gjennomgangen av søkene tok jeg utgangspunkt i de siste forskningsartiklene og jobbet meg bakover i tid, på bakgrunn av utviklingen som har foregått i skolehelsetjenesten, der fokuset har dreiet fra overvåking av fysisk sykdom til kunsten å møte ungdommene sine behov i forhold til psykiske og sosiale utfordringer (Dahl, 2016; Bratlie, 2012; Langaard, 2011; Folkehelseinstitutt, 2014).

Gjennom hele forskningsprosessen har jeg vært nysgjerrig på forskning og litteratur som kunne tenkes å belyse målsettingen for oppgaven. I tillegg til søk som nevnt ovenfor, har jeg gjort søk i form av intuitiv *snøballsøking* (Malterud, 2013 s. 166). Det vil si at jeg har benyttet referanselister til aktuelle bøker og artikler, og tatt imot tips fra veileder og forelesere om aktuell litteratur. *Snøballsøking* gir en viss fare for å få et skjevt inntrykk av forskning som finnes. Jeg har derfor foretatt søk i aktuelle databaseverter som beskrevet ovenfor, for å sikre at ikke aktuell forskning har blitt oversett (ibid).

### 2.1 Helsesøster, ungdom og psykisk helse

#### 2.1.1 Å føle seg møtt, sett og forstått

*Rådet for psykisk helse* er en uavhengig paraplyorganisasjon, som har som formål å bidra til god psykisk helse blant befolkningen (Store norske leksikon, 19.09.2016). I 2010 publiserte de en brukerundersøkelse der ungdom ble intervjuet om hvordan de ønsket å bli møtt av profesjonelle hjelpere. Ifølge Rådet for psykisk helse (2010) ønsker ungdom å bli sett og bekreftet for den de er. De ønsker å bli møtt på behovene sine, men vedkjenner i undersøkelsen at de kan oppleve tilbakemeldinger forskjellig, og at det kan være utfordrende for hjelpeapparatet å møte den enkelte der de er. Noen ungdommer kan vise tegn til mistrivsel, men hvis noen spør hvordan det egentlig går, forteller ungdommene likevel at alt er bra. De ønsker både å vise og skjule hvordan de har det – både å bli møtt som den de

egentlig er, men bevare bildet av den de kanskje ønsket at de var akkurat nå. Det kan være vanskelig å komme gjennom dette dilemmaet og møte de på en måte som både når igjennom og som ikke krenker (ibid).

Kari Langaard (2011) har skrevet doktorgradsavhandlingen «*Et utviklingsperspektiv som ramme for samtaler med ungdom i skolehelsetjenesten*». Helsesøstre, behandlere ved Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk og hjelpesøkende ungdom er deltakere i studien.

Hensikten med studien var å finne god praksis for samtaler med ungdommer som har behov for veiledning i vanskelige livssituasjoner. Studien munnet ut i to begreper, nemlig *omsorgsfull involvering* og *intensjonell oppmerksomhet*.

Det viktigste for ungdommene når de oppsøkte hjelp i vanskelige livssituasjoner, enten det var hos jevnaldrende eller hos helsesøster, var å møte noen som brydde seg. Slik jeg tolker det, kan det her trekkes en parallell til ønsket om å bli sett, møtt og forstått (Langaard, 2011; Rådet for psykisk helse, 2010;). Det som imidlertid skilte de voksne hjelperne fra de jevnaldrende, var de voksnes evne til å tune seg inn på ungdommen, gi rom for refleksjon og tilpasse sitt engasjement i forhold til hvor ungdommen selv var i prosessen. I tilfeller med alvorlige psykiske vansker som spiseforstyrrelse og selvsykdom, kombinert med tilbaketrekking, var det likevel sett på som nødvendig at den voksne tok initiativ til å hjelpe, selv om ungdommen ikke ønsket det.

Flere av deltakerne i Langaards forskningsprosjekt, helsesøstre og behandlere ved Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk, samt tidligere brukere av skolehelsetjenesten har delt erfaringene sine fra praksis (Olaisen, 2012). En tidligere bruker av skolehelsetjenesten, jente 28 år, har skrevet et innlegg om egne erfaringene fra skolehelsetjenesten. Hun gir uttrykk for hvor viktig det er å *ha følelsen av å ha blitt forstått*. På tross av mange dårlige erfaringer fra før, fikk hun raskt tillit til helsesøster ved skolen og sier at hun *følte seg møtt, sett og forstått* (Olaisen, 2012, s.197).

### 2.1.2 Initiativ fra den voksne

Flere forfattere (Langaard, 2011; Hægland, 2012 og Holmgren, 2010; Dyregrov, 2004; Johansson og Ehnfors, 2006) sier at den profesjonelle må ta mer initiativ i samtalen for å skape en god dialog med ungdommene. For at ungdommer skal kunne involvere seg i egne problemstillinger, kreves det *en aktiv involvering* fra helsesøster. Det innebærer at helsesøster er sensitiv og oppmerksom mot ungdommene, samtidig som hun bidrar inn i samtalen med

nye perspektiver. Det viktig at helsesøster bygger videre på ungdommenes egne tanker og ideer (ibid). Langaard (2011) benytter begrepet *intensjonell oppmerksomhet* og der den profesjonelle gir full oppmerksomhet på ungdommens fortelling. I felleskap med ungdommene bidrar de samtidig til en avgrensning av temaer som følges opp og ungdommens hjelpes til å rette blikket fram i tid (Hægland, 2012, s.100).

Holmgren (2010) sier at ungdommer trenger en annen type spørsmål for å føle seg adekvat i situasjonen. Hun sier at de oftest ikke vet hva som er i veien med dem, og de kan i enda mindre grad si hvorfor. Ungdommer bruker mye energi på å ikke tenke på det som oppleves vanskelig i livene deres. Innimellom blir de unge likevel overmannet av hendelser som vekker ubehaget til live igjen. Det kan føre til at de oppsøker hjelp, eller blir henvist av andre, uten at de har forutsetninger for å svare på hvordan de har det (ibid).

Det er gjort flere studier om helsesøstertjenesten, ungdom og psykisk helse (Nordal, 2009; Nyhus, 2010; Teigum, 2010; Høifødt, 2015). I disse studiene tar forfatterne utgangspunkt i helsesøsters møte med ungdom med behov for samtaler. Funnene fra disse studiene er delvis sammenfallende med denne studien, blant annet at ungdommene ønsker konfidensialitet og medbestemmelse. I studiene som er nevnt ovenfor, beskriver helsesøstertilbudet som helhet og legger vekt på betydningen av å være fysisk tilstede og tilgjengelig for ungdommene. I min studie, settes søkelyset på hva som skjer under selve samtalen mellom helsesøster og ungdom, og jeg stiller spørsmål ved helsesøsters følelsesmessige tilgjengelighet heller enn fysisk tilgjengelighet på skolen.

## 2.2 Relasjonsbygging

Fellesfaktorene (Lambert & Barley, 2001; Norcross, 2010) har blitt et godt etablert begrep innenfor behandlingsforskning og inndeles slik: Klient og utenom terapeutiske faktorer 40%, valg av metode 15%, håp 15% og relasjon 30%. Jeg har valgt å trekke inn forskning rundt fellesfaktorene og fordi de belyser funnene i studien og bidrar til å besvare problemstillingen. Dette støttes av Hægland (2012). Fellesfaktorene er godt egnet som veiviser for en tjeneste som baserer seg på dialoger og ungdommens egen subjektive erfaring. Hægland sier:

*«Dette har betydning for en tjeneste som ikke baserer seg på systematiske utredninger, men som tilpasser hjelpetiltakene på bakgrunn av dialoger, kliniske vurderinger og kanskje en viss grad av intuisjon» (2012, s. 100).*

Flere forskere har sagt noe om relasjonsbygging og fellesfaktorens betydning. Jeg har valgt John C Norcross (2010) fordi han har oppsummert de siste årenes forskning om hva som virker i fellesfaktorene i terapi og forsøkt å formidle det inn i terapeutisk arbeid. Den terapeutiske relasjonen er bærebjelken i terapien, men alle faktorene samvirker til vellykket terapi. Når klienten blir spurt som hva som virker i terapi, svarer de ifølge studier at det er relasjonen til terapeuten (Norcross & Lambert, 2005). I fortsettelsen er det den terapeutiske relasjon som blir presentert og drøftet.

Empati er et nøkkelord for å beskrive hvordan en bygger den terapeutiske relasjonen. Empati slik det blir beskrevet av Carl Rogers (1957), er et viktig fundament for forståelsen av fellesfaktorene i terapi. Terapeuten er i stand til å erfare nøyaktig innlevelse av klientens opplevelse slik klienten selv oppfatter det. Det betyr å fange opp klientens tilstand *som om* den skulle være din egen uten å gi slipp på *som om* perspektivet. For helsesøster betyr det å fange opp ungdommenes følelser som for eksempel sinne, frustrasjon, hjelpeløshet, fortvilelse som om det var deres eget, men uten at eget sinne, frustrasjon, hjelpeløshet, fortvilelse er knyttet opp til følelsene.

En viktig faktor for å skape en god relasjon, er at terapeuten holdning er anerkjennende og at terapeuten gir verdighet i tilbakemeldingene til klienten. Her kan det trekkes en parallell til ungdomsundersøkelsen (Rådet for psykisk helse, 2010). Ungdommene sier de både ønsker å bli sett som den de er, samtidig som de ønsker å bevare bildet av den de ønsket at de var akkurat nå. Jeg tolker dette slik at de har et ønske om å bevare en verdighet, samtidig som de blir forstått på de vanskene de opplever å ha. Forsking gjennom de siste årene viser at å verdsette klienten er svært viktig. Når terapeuten responderer på det klienten sier, må dette gjøres slik at den empatiske holdningen hos terapeuten oppfattes av klienten. Det betyr at terapeutene må gi signaler tilbake ut i fra klientens opplevelse av situasjonen, og ikke ut i fra terapeuten behov eller ideer om hva som er betydningsfullt. Responsen må gis med innlevelse og tilstedeværelse og ikke under noen omstendigheter minne om etteraping eller å oversette innholdet med egne ord. Terapeuten gir umiddelbar respons og bidrar til at klienten gis tilgang til så mye som mulig av egne opplevelser og erfaringer. Terapeuten er oppmerksom på det som blir sagt og de usagte signalene som følger med ordene. Dette støttes av flere forfattere (Seikkula og Arnkil, 2007, 2013; Andersen, 2005; og Schibbye, 2012; Duncan, 2012).

Det dreier seg om å møte ungdommene på en slik måte at de opplever å bli sett, møtt og forstått som den personen de er og behovene de presenterer (Rådet for Psykisk helse, 2010;



Olaisen, 2012, s. 97; Stern, 2007). Slik jeg ser det, vil det være relevant å sammenligne helsesøstrenes opplevelser av å skape kontakt med ungdommene, opp imot å bygge en terapeutisk relasjon (Norcross, 2010). I tillegg til å belyse og utdype funn, er det aktuelt å lete etter faktorer som kan bidra til å styrke helsesøstrenes kompetanse i relasjonsbygging.

### 3 Teori

I samtaler med ungdom er det viktig å finne et balansepunkt, der en gir ungdommene rom for refleksjon, uten at en overlater ansvaret for fremdriften i samtalen til ungdommen. Behovet for at profesjonsutøveren tar initiativ i samtaler, er større i samtaler med ungdom sammenlignet med voksne (Langaard, 2011). Ungdommer som oppsøker helsesøster har forskjellige behov og reagerer forskjellig på tilbakemeldinger (Psykisk Råd, 2010). Helsesøster må anstrenge seg for å forstå ungdommene. Samtidig er det ifølge Norcross (2010) ikke nok at helsesøster forstår. For at det skal hjelpe ungdommene må helsesøster respondere på ungdommenes utspill på en empatisk måte, slik at de oppfatter at helsesøster har forstått (Norcross, 2010, s.119). For å belyse faktorer som bidrar til å utvikle evne til møte ungdommene med åpenhet og empati, har jeg valgt å trekke inn teori om dialogisme (Seikkula, 2007, 2013), anerkjennelse (Schibbye, 2012) og fellesfaktorene i terapi (Norcross, 2010). Det dreier seg om å dra veksel av kunnskap som bidrar til å skape en god relasjon og som gir springbrett til intersubjektiv deling. Intersubjektivitet er viktig for ungdommen, fordi de ønsker å bli forstått og dele med andre hva det vil si å være dem (Stern 2007, s.111). Det er viktig at helsesøster i samtale med ungdommer anerkjenner følelsene de uttrykker, enten det er sinne, hjelpeløshet eller angst, og at helsesøster responderer til deres følelsesuttrykk med empati (Schibbye, 2012; Norcross, 2010).

Kanskje kan vi si at helsesøstrene beveger seg i grenseland mellom utviklingsstøttende samtaler og terapeutisk virksomhet. Hvor langt kan helsesøster bidra til gode dialoger, før det blir regnet som terapi? Jeg har gjennom mange år i arbeid med ungdommer nok en oppfatning av at helsesøstrene blir stilt ovenfor mange av de samme forventningene som terapeuter, når ungdommenes behov for å bli sett, møtt og forstått skal ivaretas. Behovet for å skille mellom terapi og støttesamtaler hos helsesøster, blir mer aktuelt når ungdommen har følt seg forstått og behov for hjelp i spesialisthelsetjenesten har kommet til syne. Her kan vi trekke en parallell til Langaard (2011), som sier at en viktig oppgave for helsesøster blir å finne ut av hvem som trenger hjelp fra spesialisthelsetjenesten og hvem som kan hjelpes på lavterskelnivå.

På denne bakgrunn vil jeg nå gå inn på noen sentrale teoretiske perspektiver som kan gi økt forståelse til helsesøsters møte med ungdommer som opplever vanskelige livssituasjoner.

### 3.1 Dialog og dialogisme

Andersen (2005) beskriver en dialog som en samtale mellom to mennesker og kan foregå på flere plan samtidig. Den som lytter, lytter ikke bare til ordene som den andre sier, men han lytter til hvordan vedkommende berøres av det han sier, det vil si at det pågår en dialog mellom den som lytter og kroppsspråket til den som snakker. Samtidig pågår det en dialog mellom det som blir uttrykt av den som snakker og kroppslige reaksjoner til den som lytter. I tillegg pågår det en indre dialog ved at det som blir oppfattet av den andres uttrykk, blir sammenstilt med tidligere erfaringer og egne forestillinger (ibid).

Dialogisme betraktes som en mellommenneskelig holdning med utgangspunkt i dialogen. Det er en væremåte overfor andre mennesker som vi lærer fra fødselen, i utgangspunktet naturlig og enkelt, men i samtalepraksis viser det seg ofte å være vanskelig (Seikkula og Arnkil, 2007, 2013). Dialogisme har sin opprinnelse i Mikael Bakhtin sin tenkning, han var en russisk litteraturteoretiker (Johnsen og Torsteinsson, 2012, s. 159). Bakhtin sine ideer bygger på litterære verker og regnes som en opposisjon til styresmakter som hevdet å eie sannheten. Bakhtin sin måte å beskrive dialogen på, fikk stor innflytelse under den postmoderne perioden på 1980-tallet (Lock og Strong, 2014). Dialogismen bygger på en oppfatning at endring skjer både hos profesjonsutøveren og klienten (ibid).

Anne Hedvig Vedeler (2011, s. 56) tar utgangspunkt i Bakhtin, når hun beskriver dialogisme som en bevegelse som hele tiden pågår mellom de to ytterpunktene, som på den ene siden er dialogen på den andre er monologen. Hun betegner dialogen som en tilstand som i sin ytterkant er altoverskyggende åpenhet og en anerkjennelse av *heteroglossia*, mens monologen holder fast ved ferdig *dannende sannheter*. Dialogen beskrives som en prosess som hele tiden pågår mellom disse ytterpunktene (Bakhtin, gjengitt i Vedeler, 2011, s.56). Jeg har valgt å beskrive dialogisme slik, fordi i en profesjonell samtalepraksis støter en ofte på utfordringer der en slik holdning blir satt på prøve. Og som profesjonell samtalepartner vil en til enhver tid befinne seg på denne linjen.

Dialogismen bygger på et syn der det er to personer som er i dialog med hverandre, i et subjekt-subjekt syn. Begges stemmer er like viktige og må bli hørt. Imidlertid finnes det en aksept i begrepet dialogisme der at du aldri kan forstå den andre fullt ut og at vi vil alltid være forskjellig. Målet med dialogismen er ikke å komme frem til enighet, men at det i løpet av prosessen kommer frem flere perspektiver og følelser, nyanser som åpner for flere muligheter. I en samtale som foregår i tråd med dialogismen, vil begge personer være tilstede som

helhetlige menneske og med et kroppslig nærvær. De vil delta med indre og ytre dialoger og som tar del i relasjonene og atmosfæren samtaler foregår under (Seikkula og Arnkil, 2013).

Seikkula og Arnkil (2013, s. 112) benytter uttrykket polyfoni som betyr flerstemmighet og er satt sammen av at flere adskilte stemmer (Caprona, 2013). I en polyfon virkelig består en samtale av flere stemmer som pågår samtidig. I tillegg til det som uttrykkes i ord, har den talende personen minst to stemmer som slår seg av og på. Det pågår tanker i hodet, ikke ferdige budskap som produseres samtidig som samtalen pågår. Det finnes en mengde stemmer som kobles inn og ut eller er påkoblet samtidig, ettersom hvilket tema som det snakkes om til hvem og i hvilken kontekst samtalen pågår i.

Seikkula og Arnkil (2013, s. 115) beskriver samtalefelleskap hvor alle som er tilstede har sin egen stemme og rett til å uttrykke sin mening slik de ønsker. I tillegg har hver enkelt deltaker mange forskjellig stemmer hver som henger sammen med tidligere erfaringer og relasjoner. En fagperson, vil samtidig med å være helsesøster, også være mor, datter, kollega og så videre. Alle tidligere erfaringer er stemmer som bor i oss, og som blir aktivert når tema som knyttes til erfaringer blir bragt inn i samtalen. I tillegg til å stille opp i samtaler med ungdommene med sin faglige kompetanse, oppfordres helsesøster til å stille som en hel person. Det vil si at hun stiller med de andre rollene og relasjonene hun har i livet, sine tidligere erfaringer og tilgang til egne følelser og opplevelser (ibid).

I en dialog vil de som snakker sammen spørre, utforske, undre og reflektere ut i fra den andres ståsted, heller enn ut i fra sine egne tanker om hva de på forhånd tenkte var aktuelt (Anderson, 2012). Respons er en viktig side ved dialogen. Det er ikke mulig å ikke respondere. Alt du gjør, sier og hvordan det blir gjort og sagt også stillhet, blir gjenstand for fortolkning og forståelse hos den andre. Det begrenser eller åpner muligheter for utviklingen og mulighetene for relasjonen og samtalen (ibid).

Å lytte og høre er to sider av samme sak (Anderson 2003), men likevel forskjellig. Å lytte oppmerksomt betyr ikke alltid at den som lytter har hørt betydningen av det den som snakker ønsker skal bli hørt (forstått). Å lytte og høre forutsetter respons i form av spørsmål, kommentarer, nikk og andre gester. Du er interessert i å få vite mer av det du ennå ikke vet heller enn å være på jakt etter funn som stemmer med forkunnskapen din (Anderson, 2012). Å lytte kan også bety å lytte til den som snakker, føre en stille meningsutveksling i sin indre dialog på jakt etter hva som stemmer med kunnskapen som en hadde på forhånd.

Andersen (2005) beskriver hvordan det pågår forskjellige typer dialoger parallelt med den ytre samtalen som pågår mellom to personer. Den som lytter følger med på det som den andre sier. Når en tar utgangspunkt i at helsesøster er tilstede som en hel person, pågår det samtidig en dialog mellom kroppslige fornemmelser og en indre dialog. Helsesøster er oppmerksom på de kroppslige uttrykkene som følger med ordene til ungdommene og hvordan ungdommene berøres av det som han sier (ibid). I tillegg pågår det en indre dialog der helsesøster utveksler inntrykkene hun får i møte med ungdommene, det de sier og kroppslige uttrykk med tidligere erfaring fra praksis, teori og egne personlige opplevelser. Her kommer virkningen av åpenhet inn og hvordan forforståelse brukes i dialogen. Dersom helsesøster blir for opptatt av å forstå ungdommens uttrykk på bakgrunn av egen forforståelse, blir møtet i for stor grad preget av at helsesøster er i en indre dialog med sine egne tanker. Helsesøster mister nysgjerrigheten på ungdommenes uttrykk og stiller spørsmål uti fra egen agenda og det er fare for at åpenheten i dialogen blir begrenset. I følge Anderson (2012) er det hvordan forforståelsen benyttes som er avgjørende for om den kan regnes innenfor en dialogisk samtaleform. Perspektivene som helsesøster formidler må ta utgangspunkt i ungdommens uttrykk, og bygge videre på det og det må heller ikke presenteres som den eneste riktige løsningen (ibid).

Ved å ta utgangspunkt i ungdommens egne uttrykk kan en hjelpe ungdommen til å tilføre nye perspektiv (Seikkula og Arnkil, 2013; Anderson, 2012; Langaard, 2011). For at et nytt perspektiv skal oppleves som noe nytt, må det være passe forskjellig fra det som ungdommene kjenner fra før (Andersen, 2005). Andersen (2005) benytter begreper som en forskjell som utgjør en forskjell. Det vil si at perspektivene som blir presentert for ungdommene må være forskjellig, men ikke for forskjellig fra ungdommenes egne. Dersom perspektivene blir for like, skjer ingen endring. Og dersom perspektivene blir for forskjellig, vil de ikke bli tatt i betraktning. Dette minner litt om det som Carl Rogers (1957) sier i tilknytning til begrepet empati. Når terapeuten først har gitt aksept til alle følelsene som klienten har gitt uttrykk for og formidlet dette tilbake til klienten, kan terapeuten gi stemme til tanker og ideer som klienten nesten ikke visste at han hadde. Dette kan løses ved å alltid respondere ut i fra ungdommens eget initiativ (Anderson, 2012; Rogers, 1957).

### 3.2 Anerkjennelse

Bekreftelsen ligger i holdningen til terapeuten. Det betyr at terapeuten har «*en dyp overbevisning om at opplevelsen til klienten gjelder*» (Schibbye, 2012, s. 278). En slik terapeutisk holdning må være integrert i terapeutens personlighet og formidles tilbake til

klienten gjennom ansiktsuttrykk, blikkontakt og sittestilling (Schibbye, 2012; Seikkula og Arnkil, 2007, 2013).

I følge Schibbye (2012) er lytting, forståelse, aksept, toleranse og bekreftelse betydningsfulle begreper for å forstå hva Schibbye legger i anerkjennelse. Disse begrepene er dialektiske fordi det ene forutsetter det andre. For å forstå er du avhengig av å lytte til det den andre sier, for å gi anerkjennelse må du først ha lyttet for å forstå for så å gi anerkjennelse. Trygghet innebærer rom til å kjenne på vanskelige følelser, terapeuten anerkjenner og respekterer klientens rett til å føle det på sin måte. Anerkjennelse rommer alle disse trygghetskapende væremåter hos terapeuten.

Schibbye (2012) hevder at det er en lang og smertefull prosess å integrere en anerkjennende holdning i en terapeuts personlighet. Å lytte med en åpen og aksepterende holdning er ikke like enkelt som det kan høres ut til. På veien kan terapeuten møte på utfordringer som for eksempel at det hun hører kan være for forskjellige fra hennes egen oppfatning og innebære en risiko for at hun må tenke annerledes om ting. Det kan oppleves truende for terapeuten og føre til at hun dreier på det klienten sier for å slippe å bli utfordret på dette (ibid). Nærheten som oppstår når terapeuten lytter og responderer og forsøker å forstå, innebærer det en risiko for at terapeuten må forandre oppfatningen om noe. I noen tilfeller kan det oppleves truende og terapeuten dreier på det klienten sier for å slippe å bli utfordret av det (Rogers gjengitt i Schibbye, 2012, s. 270).

Anerkjennelse bygger i likhet med dialogismen på en relasjon der både terapeut og klient er subjekter. Det dreier seg om å anerkjenne klienten som eget subjekt og verdsette hans innerste tanker og opplevelser som verdifulle og virkelige. For å kunne gi klienten en slik indre anerkjennelse kreves det at terapeuten har kontakt med seg selv. Det er gjennom å kjenne seg selv at terapeuten kan forstå og gi anerkjennelse til andre. For å anerkjenne den andre må terapeuten slippe egne følelser til og for å kunne gjøre det, må følelsene være tilgjengelig for terapeuten. I de tilfellene klienten opplever å få aksept for at sin opplevelse gjelder, hjelper det til å bygge en god relasjon mellom klient og terapeut og bidrar det til å skape en god stemning og en trygg ramme rundt samtalen (Seikkula og Arnkil, 2007, 2013; Schibbye, 2012).

### 3.3 Kroppsspråk

Flere forfattere legger vekt på å følge med på hvilke kroppslige reaksjoner som kommer til uttrykk under samtalen (Seikkula, 2013; Schibbye, 2012; Stern, 2007; Andersen, 2005). Det verbale og nonverbale språket henger sammen og trenger å bli viet like mye oppmerksomhet. I samtaler der store deler av budskapet er underforstått og blir formidlet uten ord, blir kroppsspråket desto viktigere (Stern, 2007, s. 157). Dette er ofte tilfelle i samtaler med ungdom fordi de ofte ikke vet hva som er i veien med dem og kan langt mindre snakke om det (Holmgren, 2010).

I følge Watzlavick et.al (1967) er det ikke mulig å ikke kommunisere. Selv om du ikke kommuniserer med ord, kommuniserer du med måten du sitter på, ansiktsmimikk og bruk av blikk. Kroppsspråk er en aktiv handling som trer i kraft før du rekker å uttrykke deg med ord. Det skjer hurtig, noe som gjør det umulig å være bevisst på alle budskap du sender ut eller tar imot (Schibbye, 2012). Med kroppsspråket signaliserer du hvordan det oppleves å være tilstede i en samtale, og hvilket forhold du har til den du sitter i samtale med og til innholdet i samtalen (Jensen og Ulleland, 2011).

Som profesjonell samtalepartner er det viktig at helsesøster er bevisst på hvilken rolle kroppsspråket spiller inn i samtalepraksis. Å ha god kontakt med eget følelsesliv gjør det enklere å være bevisst på hvilke signaler kroppsspråket sender ut. I samtaler der en som profesjonsutøver kjenner på en følelse av frustrasjon og lurer på om den kommer til utløp i samtalen, vil det ofte kunne leses i ungdommenes kroppslige uttrykk (Schibbye, 2012; Seikkula og Arnkil, 2013; Norcross, 2010).

### 3.4 Følelsesuttrykk

Et annet viktig aspekt ved helsesøstersamtalepraksis er betydningen av å kunne forstå ungdommenes følelsesuttrykk. For å oppnå dette kreves det at helsesøster har tilgang på egne følelser. Når helsesøster oppfatter ungdommenes følelsesuttrykk, gis det samtidig tilgang til deres indre opplevelser. Det vil si hvilke følelser som er tilstede, på hvilken måte oppleves følelsene og hvilke refleksjoner, erindringer og intensjoner som er forbundet til følelsene (Schibbye, 2012).

Når ungdommene formidler sine følelsesuttrykk, vil helsesøster gjenkjenne fra eget følelsesrepertoar, følelser som gir gjenklang i ungdommens følelsesuttrykk. Selv om

helsesøster ikke snakker om det hun selv har opplevd, kommer kontakten med følelsene likevel til uttrykk, ved at hun toner seg inn i situasjonen sammen med ungdommen og hun møter ungdommens følelsesuttrykk gjennom sittestilling, ansiktsuttrykk, blikk og tonefall (Seikkula og Arnkil, 2013). Det handler om å ha kontakt med eget følelsesliv og bli oppmerksom på affekten av følelsen i egen kropp, altså ikke selve opplevelsen følelsen knyttes opp til, men den kjennskap hun har fått til følelsen basert på egne opplevelser. For at dette skal skje, må helsesøster først tone seg inn og lese ungdommens kommunikasjon, deretter knytte det opptil opplevelser, for så å søke å finne følelsesuttrykket som stemmer med ungdommens (Schibbye, 2012). Anne Hedvig Vedeler (2016) gir i sin praksisbeskrivelse et eksempel som illustrer hvordan dette kan skje i praksis. Hun skriver:

*«Their talk struck cords in my own chamber of experiences. I could feel it in my breathing, how warm salty water filled my eyes and how a big lump pressed up against my throat. I was taking in what was expressed. And let Marion, Lisa and Ellen`s agony fill me and meet my own bodily memory of loneliness, selfaccusation, guilt and surprise»* (Vedeler, 2016, s. 57).

I arbeidet med å finstille seg på ungdommens følelsesmessige bølgelengde, må helsesøster ta i bruk fornemmelser som sitter i kroppen. En fornemmelse er ifølge Andersen (2005, s. 183) *«noe som vi ikke forstår hva er, men som vi fornemmer, når vi berøres av det.* I de øyeblikkene der både helsesøster og ungdom er berørt, er gode utgangspunkt for et spørsmål eller kommentar som gjør at både den som snakker og den som lytter blir i den bevegede tilstanden. Det er prosessen og opplevelsen av å delta i et følelsesmessig fellesskap som blir viktigste og tolkning og søken etter mening kommer i bakgrunnen (Andersen, 2005; Stern, 2007).

Å gi rom til å utvide uttrykk som beveger, kan føre til endret forståelse av en vanskelig situasjon. Imidlertid er det avhengig av at ungdommen føler seg møtt med spørsmålet som blir stilt og at timingen er riktig. Et spørsmål kan bryte den legende prosessen som er på gang eller det kan bidra til at helingsprosessen blir dypere (Andersen, 2005). Det handler om å være oppmerksom på det uttrykte verbale innholdet og den underforståtte opplevelsen på samme tid. Ved å følge det intersubjektive feltets bevegelse mot et sted som kan gjøre det mulig for den eksplisitte dagsordenen. Noen ungdommer trenger tid for å arbeide seg fram mot et akseptabelt intersubjektivt springbrett for å kunne begynne å snakke om det som ligger en mest på hjertet (Stern, 2007). Dersom man er for tidlig ute med å omsette fornemmelsen i ord, risikerer man å miste opplevelsen av berøring. Prosessen i samtalen og opplevelsen blir



stykket opp og muligheten til å bygge relasjon på et følelsesmessig plan blir borte (Andersen, 2005; Stern, 2007).

### 3.5 Selvrefleksjon og selvavgrensning

Shapiro & Izett (2008) hevder at det mangler samsvar mellom teoriens vektlegging av empatiske evner hos terapeuten og hvordan slike evner skal dyrkes fram i praksis. Schibbye (2012) benytter begrepene selvrefleksjon og selvavgrensning for å beskrive hvordan en kan bli oppmerksom på når tanker fra eget følelsesliv forstyrrer samtalen med klientene. Hun gjør rede for hvordan gjenvinne selvavgrensning og balansen i samtalen. Jeg har valgt å trekke inn begrepene selvrefleksjon og selvavgrensning, fordi det bidrar til å skape en slik sammenheng som Shapiro og Izett (2008) etterlyser.

Schibbye (2012) sier at selvrefleksivitet innebærer at en person har en umiddelbar og direkte tilgang til egne psykologiske prosesser. Innebygget i refleksiviteten ligger evne til å oppfatte hvordan en selv oppfattes av andre. Det blir lagt vekt på at en kan se andres perspektiv på deres erfaringer og andres syn på seg selv. Evne til selvrefleksivitet gjør at en person forstår hvordan det oppleves å være den andre. Det vil si at selvrefleksivitet hjelper ikke bare å forstå seg selv, men den letter tilgangen til andres psykologiske prosesser (ibid).

Selvrefleksivitet har sammenheng med selvavgrensning. Å kunne ha oversikt over opplevelser i eget selv, henger sammen med at en har evne til å avgrense egne opplevelser fra andres. Selvavgrensning beskrives av Schibbye (2012) som et fenomen som er i konstant i bevegelse. Når helsesøster er i samtale med ungdommene, øves det press på hennes evne til selvavgrensning. Et eksempel kan være ungdom som gir uttrykk for at de ikke ønsker å være tilstede i samtaler med helsesøster. Schibbye kaller dette for emosjonelt trykk. Når det emosjonelle trykket blir for stort og det blir for lite rom til å stoppe opp og reflektere, kan helsesøster miste oversikten i samtaler og sin evne til å avgrense seg selv i forhold til ungdommen. Selvavgrensning og selvrefleksivitet er ikke bare et spørsmål om å avgrense egne opplevelser fra andres. I samtalepraksis er like viktig å være i en bevegelig prosess der helsesøster erkjenner at grensene er svekket, *gjenvinner* grensene og *oversikten* i samspillet (Schibbye 2012, s. 293).

Helsesøster er selv en person med egne erfaringer og opplevelser. I åpne samtaler med ungdommene vil helsesøster kunne komme i kontakt med egne ubearbeide følelser og bli forstyrret i sin samtalepraksis. Samtidig som helsesøster lytter til ungdommene, må

helsesøster lytte innover i seg selv, og bli oppmerksom på hvordan ungdommens opplevelser påvirker eget følelsesliv. Kan helsesøster identifisere følelser av utilstrekkelighet eller frustrasjon? Helsesøster kan spørre seg om det blir følelsesmessig for tøft å ta inn smerten som ungdommene formidler? Dersom helsesøster kjenner på uro, er det ungdommens eller bunner det ut i helsesøsters egne følelser? Ved å stoppe opp og reflektere kan helsesøster identifisere fornemmelser og ubehagelige følelser og sortere ut disse (Schibbye, 2012).

Dersom helsesøster har lite utviklet evne til selvavgrensning, kan følelsesuttrykk hos ungdommene tolkes til en dårlig egenskap i seg selv. For eksempel kan helsesøster være usikker på egen kompetanse, da kan ungdommens ambivalens omformes til helsesøsters følelse av å være utilstrekkelig. Helsesøster blander ungdommens motvilje med egen følelse av utilstrekkelighet og helsesøsters grenser er svekket. Helsesøster blir ute av stand til å komme ungdommen i møte på dennes opplevelse, men fokuserer heller på eget behov for at samtalen skal gå bra. Dersom helsesøster vinner tilbake egen avgrensning, blir helsesøster i stand til å skille mellom hva som er hennes eget og hva som hører hjemme hos ungdommen og ha fokus på klientens opplevelse (ibid).

Å være følelsesmessig tilgjengelig i samtalepraksis, åpner for nærhet til eget følelsesliv som det for noen kan oppleves for vanskelig å være i kontakt med. Vårt fremste behov blir å verne oss selv mot disse følelsene, framfor å tilby å være følelsesmessig tilgjengelig overfor den andre. Dersom vår selvavgrensning er godt etablert, kan vi lettere tørre å la oss bevege i dialogen med den andre, fordi vi er trygg på at grensene kan gjenvinnes (ibid).

### 3.6 Oppsummering

Samlet sett kan en si at det er mange likhetstrekk mellom begrepene som har blitt presentert i dette kapitlet om teori. Å integrere holdninger som anerkjennelse og dialogisme er en krevende prosess og noe å strekke seg etter for profesjonelle som driver med samtalepraksis. Det er viktige byggesteiner i arbeidet med å bygge en trygg relasjon.

Å være følelsesmessig tilgjengelig går igjen som en rød tråd igjennom presentasjonen av de teoretiske perspektivene og som empirien drøftes på bakgrunn av. For å skape en trygg plattform en felles følelsesreise for ungdommene til å dele sine opplevelser, kreves det ekthet, innlevelse og empati. For å være i stand til å opptre på en slik måte, legges det vekt på at helsesøster har god tilgang på egne følelsesmessige prosesser som beskrevet ved begrepene selvrefleksjon og selvavgrensning. Det gir tilgang til ungdommenes indre

opplevelser og gir mulighet til å skape den felles følelsesmessige reisen (intersubjektivitet). som ungdommene ifølge forfatterne her mener kreves som *springbrett* for at ungdommene skal dele sine følelsesmessige opplevelser. Å møte ungdommene åpent, som beskrevet tidligere i kapitlet, gjør at grensen utsettes for følelsesmessig trykk og egne og ungdommenes følelser kan blandes. Når det skjer kan ungdommens motvilje mot å snakke omdannes til utilstrekkelighet hos helsesøster. Ved å stoppe opp og reflektere rundt slike indre uro, kan en gjenvinne grensene ved at en skiller mellom egne og ungdommene følelser.

## 4.0 Metode

### 4.1 Forskningsdesign

Denne studien handler om helsesøsters samtalepraksis med ungdommer. Den bygger på seks intervjuer av helsesøstre med arbeidsplass i skolehelsetjenesten i en stor kommune i Norge. Det er en kvalitativ studie med et beskrivende og utforskende design, der hensikten er å fremskaffe beskrivelser av hvordan helsesøstrene erfarer og opplever å samtale med ungdommer i vanskelige livssituasjoner.

### 4.2 Kvalitativ metode

Mitt forskningsprosjekt er forankret i en postmoderne sosialkonstruksjonistisk tradisjon. Den postmoderne sosialkonstruksjonistiske tradisjonen vokste fram i en epoke der vi beveget oss bort i fra at kunnskap kun kan fremskaffes ved å måle, veie og telle (Jensen, 2011).

Sosialkonstruksjonismen beskrives som kritisk til at kunnskap om at mennesker kunne fremskaffes ved ytre observasjon og betraktes som fastlåst. Fra et sosialkonstruksjonistisk ståsted regnes kunnskap som skapt mellom menneskene ved hjelp av språket, der konteksten kunnskapen skapes i, tidsepoken og kulturen, er av betydning (Gergen, 1985; Gergen, 2015).

I forskning velges metode ut i fra tema og utforming av målsettingene som søkes belyst (Malterud, 2013). Jeg har valgt kvalitativ metode fordi helsesøsters egne erfaringer og opplevelser står sentralt i min målsetting. I kvalitativ metodes kjennetegnes forskningsprosessen av at en søker å gå i dybden og gi nyanserte beskrivelser, heller enn å stadfeste mengde ut i fra ferdige kategorier (ibid).

To viktige filosofiske retninger i kvalitativ metode er fenomenologi og hermeneutikk (Malterud, 2013). Fenomenologi regnes som læren om menneskelig erfaring (Kvale og Brinkmann, 2015). Fenomenet i min masteroppgave er helsesøsters opplevelser av å samtale med ungdom i vanskelige livssituasjoner. Fra et fenomenologisk ståsted forsøker jeg som forsker å skaffe meg dyp og nyansert innsikt i helsesøstrenes livsverdener. Det gjøres ved at jeg stiller meg i helsesøstrenes sted og forsøke å se med deres øyne, hvordan erfaringer og opplevelser knyttet til deres samtalepraksis med ungdommer trer fram for meg.

Helsesøstrenes beskrivelser betraktes som virkelighet innenfor en fenomenologisk tilnærming (ibid).

Hermeneutikk oversettes som fortolkningslære (Caprona, 2013). Fortolkning står sentralt innen kvalitativ forskning, fordi jeg som forsker skal tolke og forstå deltakernes opplevelser og erfaringer. En hermeneutisk tilnærming legger vekt på at det finnes mer enn en sannhet. Målsettingene som søkes belyst, tolkes på flere plan for å fremskaffe en dypere og mer nyansert meningsinnhold. Et viktig prinsipp er å tolke handlingen på bakgrunn av konteksten den skjer i, hvor skjer den, når og med hvem (Thagaard, 2013).

En kvalitativ undersøkelse startes ofte på bakgrunn av erfaring, teoretiske perspektiver eller en ide forskeren ønsker å utforske. Valgene som forskeren tar og meningen som blir trukket ut av det innsamlede materialet påvirkes av forforståelsen. På samme måte er det forventet at møtene med deltakerne, kollegaer og alternative teorier som forskeren støter på under forskningsprosessen, vil bidra til å skape endring hos forskeren som igjen påvirker kunnskapen som blir trukket ut. Ved at forskeren er i dialog med det innsamlede materialet, pågår det en gjensidig påvirkning mellom teoretiske perspektiver og innsamlede materialet, som har som hensikt å skape en dypere forståelse for temaet som det forskes på (Thagaard 2013; Kvale og Brinkmann, 2015).

## 4.3 Utvalg

### 4.3.1 Beskrivelse av deltakerne

Alle deltakerne i studien er helsesøstre som til daglig jobber i skolehelsetjenesten. Helsesøstrene er rekruttert fra ungdom- og videregående skole. Før videreutdanning til helsesøster, hadde alle deltakerne praksis som sykepleiere ved somatisk sykehus. Flere av deltakerne har videreutdanninger innen kognitivterapi og familieterapi, i tillegg til helsesøsterutdanning. Med ett unntak, har alle deltakerne flere års erfaring i å samtale med ungdommer.

### 4.3.2 Et strategisk utvalg

Jeg ønsket å snakke med helsesøstre som har erfaring i å samtale med ungdommer og god tilgang til besøkende ungdommer som har behov for samtaler. Følgende inklusjonskriterier ble stilt: a) jobbet i skoler av en viss størrelse minst 300-400 elever. b) at stillingsprosenten var av en viss størrelse minst tre dager eller mer på skolen og c) at helsesøster hadde jobbet minimum ett år i skolehelsetjenesten. For å komme i kontakt med aktuelle helsesøstre, måtte

jeg søke helsesøstre som i sin praksis var plassert i ungdoms- og videregående skoler i store eller mellomstore kommuner.

Et strategisk utvalg baserer seg på å finne deltakere til studien som har egenskaper i seg til å belyse problemstillingen som er stilt. Et utvalg som gir mye og dekkende kunnskap er å foretrekke, fremfor et representativt utvalg. For å foreta et strategisk utvalg er det viktig med kjennskap til feltet du skal forske på, slik at du kan være tydelig på hvilke føringer som ligger til grunn for utvelgelsen som du har tatt (Malterud, 2013).

For å rekruttere deltakere benyttet jeg en kontaktperson som sendte ut forespørsel om deltakelse til studien til sitt nettverk. Det kan være nyttig å rekruttere til et strategisk utvalg ved å benytte en person til å presentere prosjektet i et miljø der aktuelle deltakere finnes, fordi deltakerne blir rekruttert innenfor inklusjonskriteriene (Thagaard, 2013).

Seks kvalifiserte deltakere meldte seg. Jeg kontaktet hver enkelt og gjorde avtaler om å møte dem til intervjuer. Alle intervjuene hadde en varighet på en time.

#### 4.4 Forskningsintervju som metode

##### 4.4.1 Utarbeidelse av intervjuguide

Kvale & Brinkmann (2015) legger vekt på at intervjuet er håndverk som utføres bedre desto bedre forberedt man er. For å tilpasse intervjuguiden og øve på selve intervjusituasjonen, foretok jeg et prøveintervju. Jeg gjorde avtale om å intervju en helsesøster fra eget nettverk om hennes samtalepraksis med ungdom.

Jeg prøvde i første omgang å lage intervjuguiden så åpen som mulig, for å legge egne føringer til side og gi rom for initiativ fra deltakeren. Erfaringen viste meg at jeg trengte flere knagger å holde meg til, for å sikre at intervjuene ble målrettet i forhold til å gi svar på målsettingen. Et semistrukturert intervjuguide ble utviklet, med utgangspunkt i målsettingene, teori og egne erfaringer. En semistrukturert intervjuguide anbefales av blant andre Malterud (2013) fordi den gjør det lettere å holde fast ved valgte tema, samtidig som det gis rom for intervjupersonen å bringe inn andre tema ut i fra egne refleksjoner. Det begrunnes med at intervjuet skal ha en målsetting, og det stilles samtidig spørsmål med hvor dypt det er realistisk å gå i en intervjukontekst. Intervjuguidens hensikt er å minne oss på hva prosjektet skal handle om (ibid). I utarbeidelsen av intervjuguiden la jeg vekt på å oversette faglige

uttrykk til daglig tale, slik at spørsmålene var lett å kjenne seg igjen i og kunne fremskaffe rike og spontane beskrivelser (Kvale og Brinkmann, 2015). Intervjuguidens hovedtema er som følger:

Innledende spørsmål: Hva kommer ungdom for å snakke med deg om?
Hvordan stille spørsmålene?
Hvordan lytte?
På hvilken måte bruker du kroppsspråket i samtalen med ungdommene?
Innlevelse.
Utfordringer i samtalen.
Avrunding og debriefing.

#### 4.4.2 Gjennomføring av intervjuene

Jeg har valgt å gjøre et kvalitativt forskningsintervju, fordi jeg ønsker å framskaffe kunnskap om deltakernes livsverden og beskrive og drøfte denne. Jeg er interessert i deltakernes opplevelser, og hvordan de reflektere rundt det de opplever (Thagaard, 2013). Jeg er av den oppfatning, at den individuelle tilpasning og fortroligheten som et personlige intervjuet gir, er å foretrekke når deltakeren skal gi dypest mulig beskrivelser av sin livsverden.

Innenfor en sosialkonstruksjonistisk tilnærming bidrar både forsker og deltaker til den kunnskap og de synspunkter som blir skapt gjennom intervjuet (Thagaard, 2013). Relasjonen mellom forsker og deltaker er viktig, fordi det handler om å oppfatte det som formidles ved ord, og samtidig være i stand til å oppfatte den sosiale stemningen som skjer i intervjusituasjonen. Ved å åpent formidle positive tilbakemeldinger til deltakeren, bidrar forskeren til å utvikle fortrolighet i intervjusituasjonen. Deltakerne bestemmer selv hvor mye de ønsker å dele. Ved å ta vare på atmosfæren i intervjusituasjonen, kan jeg som forsker bidra til at det samskapes rikere materiale (ibid). Under intervjuene fikk jeg selv erfare at det var en balansegang mellom å la deltageren snakke fritt, selv om tema var på siden av det målsettingen skulle besvare, for å ikke risikere at deltakeren følte seg avbrutt og mistet motivasjonen til å dele erfaringene sine.

I startfasen av intervjuene handlet det altså om sikre god atmosfære. Jeg åpnet intervjuene med å ta utgangspunkt i informasjonsskrivet og gjøre oppmerksom på at det var spesifikt samtaler med ungdom med vekt på utfordringer som var fokus for samtalen. Deretter presiserte jeg at det var helsesøster og hennes opplevelser jeg var interessert i.

Jeg fortsatte med å spørre om hva ungdommene ønsket å ta opp når de møtte til samtale. Hensikten var å hjelpe deltakerne til å flytte tankene over på hendelser og situasjoner som de

hadde erfart. Jeg hadde noen standardspørsmål som var uformet i intervjuguiden, samt spørsmål fra tema som kom opp under tidligere intervju som jeg fattet interesse for, men som ikke stod oppført i intervjuguiden fra før. Utover dette fikk deltagerne snakke fritt, kun tilpasset tilleggsspørsmål og utdypende spørsmål. Istedenfor la jeg vekt på å være tilstede og oppmerksom i intervjusituasjonen. Å oppfatte umiddelbart hva et svar betyr og samtidig være i stand til å ha åpne øyne for flere mulige betydninger, er viktig. Ved å stille utdypende spørsmål tydeliggjøres det som blir sagt og deltakerens mening avklares. Slik ivaretas valideringsprosessen allerede under intervjuet (Kvale og Brinkmann, 2015).

Intervjuene ble tatt opp på digital lydopptaker. Ved enhver omforming skjer det reduksjon fra den opprinnelige intervjusituasjonen. Under intervjuprosessen, inngår den nonverbale kommunikasjonen som ansiktsuttrykk og kroppsholdning. Dette går tapt allerede ved omformingen av den fysiske tilstedeværelsen i intervjuet til lydopptaket. I den neste omformingen fra lydopptak til skriftspråk mister vi i tillegg tonefall, samt hvor deltakerne legger trykk på ordene og bruk av åndedrett (Kvale og Brinkmann, 2015).

#### 4.5 Transkribering

For å kunne analysere forskningsintervjuene har jeg omformet lydopptakene til skriftlig tekst ved hjelp av transkripsjon. Skrifliggjøringen strukturerer materialet og det blir lettere å få oversikt over materialet. Hvor detaljert lydfilene gjengis under transkripsjonen avhenger av formålet med studien (Kvale og Brinkmann, 2015; Malterud, 2013). Jeg har gjennomført en tematisk analyse og har forsiktig redigert teksten for å ta ut meningsinnholdet og har valgt å nærme meg en formell, skriftlig stil. Under transkriberingen har jeg tolket lydopptaket slik at «eh» -ene eller gjentakelsene, som ikke representerer noen spesiell følelsesmessig stemning eller intonasjon, er sløyfet for å lette tekstens lesbarhet. Ivaretagelse av deltakerne i studien har spilt en rolle. Muntlig tale er forskjellig fra skriftlig språk, derfor kan en ordrett oversettelse kan oppleves krenkende for den som blir sitert (ibid).

Transkripsjoner er gjengivelser av forskningsintervjuer som er tatt ut av sin kontekst og blir begrenset i forhold til intervjuet som var utgangspunktet. Den som foretar transkripsjonen gjør samtidig en fortolkning i hva som blir formet i transkripsjonen. Intensjonen for fortolkningen må være å oppfatte hva deltakerne ønsker å formidle. Det er en fordel at den som har tatt intervjuene transkriberer intervjuene selv (Kvale og Brinkmann, 2015; Malterud, 2013). Prosessen krever at vi må lytte flere ganger for å få tak i hva som blir sagt og gir anledning til



å gå nærmere inn i deler av intervjuet som først virket uinteressant og gjøre det tilgjengelig for analysen. Intervjueren kommer tettere på materialet ved at en samtidig kan huske tilbake til hvilken kontekst de ulike utsagnene blir sagt og samtidig huske hvilke tanker og følelser en satt med under de forskjellige delene av intervjuet (ibid).

Mine opplevelser knyttet til intervjuene og møtet med nye steder, samt deltakerne med sine personligheter og uttrykksmåter, har gitt meg sterkere assosiasjoner. Det gjør det lettere for meg å leve meg inn i atmosfæren i selve intervjuet og vært til hjelp for å bevare inntrykkene fra intervjuet gjennom prosessen med transkribering og analyse. Samtidig med at jeg lyttet igjennom opptakene og transkriberte teksten, noterte jeg stikkord og forslag til temaer. Jeg la vekt på å notere ord som ble hyppig gjentatt av deltakerne. I tillegg noterte jeg ned stikkord om temaer som vekket interesse, overrasket meg eller som jeg intuitivt tenkte ville komme til nytte (ibid).

## 4.6 Analyse

### 4.6.1 Valg av metode

For å bearbeide materialet har jeg tatt utgangspunkt i Malteruds analysemetode. Metoden er inspirert av Giorgios fenomenologiske metode og er basert på systematisk tekstkondensering og gjennomføres i fire trinn som følger:

- 1. Å få et helhetsinntrykk*
- 2. Å identifisere meningsdannede enheter*
- 3. Å abstrahere innholdet i de enkelte meningsdannede enhetene*
- 4. Å sammenfatte betydningen av dette (Malterud, 2013 s. 98)*

Prinsippet er at du starter ut med et helhetsinntrykk av materialet og koker det ned til de gjenstående kodene gjennom fire trinn av kondensering. Å følge en trinnvis analyse hjelper en nybegynner til å gjøre alle analysetrinnene transparente for leseren (Malterud, 2013).

Systematisk tekstkondensering er egnet som analysemetode til beskrivende studier der det tas sikte på å beskrive fellestrekk ved deltakerne. I systematisk tekstkondensering kommer en inn på fellestrekkene ved materialet tidlig i analyseprosessen, sammenlignet med andre metoder som følger deltakerne enkeltvis lengre i analyseprosessen (ibid).

#### 4.6.2 Trinn en: Å skaffe seg et helhetsinntrykk - fra villnis til temaer

I første analysetrinn leste jeg igjennom materialet flere ganger og skaffe meg et helhetsinntrykk. For egen del startet arbeidet med å skaffe meg oversikt over materialet allerede ved transkripsjonen. Jeg noterte stikkord som ble hyppig anvendt, som overasket meg eller som jeg intuitivt tenkte ville komme til nytte (Malterud, 2013). I denne prosessen forsøkte jeg å nullstille meg fra funn jeg forventet å finne på bakgrunn av tidligere erfaringer og teoretiske referanseramme. Jeg ønsket å rette all oppmerksomhet mot de transkriberte sidene og la deltakernes stemmer snakke til meg (Malterud, 2013; Kvale og Brinkmann, 2015). Avslutningsvis summerte jeg opp hovedinntrykkene og noterte ned flere forslag til tema som jeg tok med til neste analysetrinn.

#### 4.6.3 Trinn to: Meningsbærende enheter – fra temaer til koder

I andre trinn av analysen gikk jeg systematisk igjennom transkripsjonene. Jeg merket av tekst som kunne knyttes til ett eller flere av temaene fra første trinn og som kunne bidra til å besvare målsettingen ved studien. I arbeidet med dette oppdaget jeg stadig nye og interessante temaer som hadde potensiale til å belyse målsettingene. Jeg valgte å gi nysgjerrigheten min stort rom. Jeg måtte gå tilbake til trinn en og lese transkripsjonene helhetlig, for å sjekke om jeg kunne finne flere tekstlinjer som underbygde de nye temaene. Å være grundig og vise fleksibilitet i prosessen, kreves for å sikre at betydningsfulle temaer i materialet ikke blir oversett (Malterud, 2013).

Jeg skrev ut transkripsjonene og klippet ut tekststrimler som var merket som meningsbærende enheter. For å holde orden på prosessen, fikk hver deltaker sin egen fargekode. Tekststrimlene ble først merket med deltakeren sin fargekode, før de ble sortert i bunker etter hvilket tema de formidlet kunnskap om. Malterud (2013) anbefaler å jobbe induktiv i kodeprosessen. Det vil si, først gi navn til kodene, deretter sortere og se hva som ender opp der. Kodene i trinn to er utviklet fra temaer i fra trinn en, i tillegg til de nye temaene som dukket opp i trinn to. Tekststrimlene som ikke fikk plass under noen koder, ble lagt til side og vurdert som egen kode eller subkode til andre kodegrupper (ibid).

I forhandlingen om koder opplevde jeg at mange tekststrimler gikk over i hverandre (Malterud, 2013). For å sikre at kodingen ble gjort så tett på materialet som mulig, gikk jeg igjennom de transkriberte intervjuene flere ganger. Jeg gikk tilbake til handlingsnivå (Kvale

og Brinkmann, 2015) og stilte spørsmål til hva helsesøster sa og gjorde i møte med ungdommene. I tillegg gjennomgikk jeg på nytt alle utsagn der helsesøstrene uttrykt sine opplevelser av å samtale med ungdom.

I prosessen fra tema til koder foregikk det en sortering. Noen koder ble delt opp og andre slått sammen, avhengig av hvor godt kodene kunne forankres i de meningsbærende tekststrimlene. For å gi endelig navn til kodene, tok jeg utgangspunkt i tekststrimlene som best uttrykte fenomenet som koden skulle beskrive (Malterud, 2013).

På dette trinnet har meningsbærende tekststrimler blitt tatt ut av sin sammenheng i de transkriberte intervjuene og blitt satt sammen i grupper etter tema og fortettet til koder (ibid).

#### 4.6.4 Trinn tre: Kondensering – fra kode til mening

I tredje trinn jobbet jeg videre med koder som enheter. Jeg gikk i gjennom de meningsbærende tekststrimlene under hver kode og delte de inn i subgrupper. I arbeidet med å dele inn i subgrupper var jeg på jakt etter tekststrimler som beskrev flere nyanser av fenomenet som kodegruppen navnga. Flere subkoder under hver kodegruppe, gir mer nyanserte beskrivelser av fenomenet og viser sterkere forankring i materialet. Imidlertid vil nyansene som anvendes og hvordan de konstrueres, være preget av tolkning og mine faglige perspektiver og interesser (Malterud, 2013). Avslutningsvis skrev jeg tekstkondensater som er sammendrag av tekststrimlene som tilhører hver subgruppe. Tekstkondensatene blir skrevet i personligform, fordi det er den enkelte deltaker som foreløpig som skal formidles og språket er knyttet tett opp til deltakerens utsagn. Etter tredje analysetrinn satt jeg igjen med et arbeidsnotat som bestod av fem koder med tre til fire subkoder, utvalgte sitater og et tekstkondensat for hver subgruppe. Se vedlegg 6.

#### 4.6.5 Trinn fire: Sammenfatning – fra kondensering til beskrivelser og begreper

I fjerde trinn benyttet jeg kodene, subkodene og kondensatene fra trinn tre som arbeidsnotater og utgangspunkt for arbeidet videre. Jeg sammenfattet kondensatene og sitatene til analytiske tekster. Tekstene belyser utvalgte sider ved målsettingen for studien og består av fem kategorier og utgjør funnene i denne studien. Funnene skrives som gjenfortellinger i tredje person. Det gjøres for å for å skape en analytisk avstand til teksten og bevisstgjøre om at gjenfortellingen er forskerens tolkninger av kunnskapen som deltakerne har delt (Malterud, 2013).

På trinn fire gjøres en viktig del av valideringen av analyseprosessen. Ved at de meningsbærende enhetene blir tatt ut av sin sammenheng og systematisert under koder og sammenfattet til tekstkondensater, innebærer det en risiko for at meningen som deltakeren ønsket å formidle, blir endret. For at funnene skal formidles tett opp til den meningen som deltakerne hadde intensjon om å formidle, behøves en rekontekstualisering i forhold til råmaterialet (Malterud, 2013). Som ledd i en slik validering, sammenlignet jeg de analytiske tekstene opp imot de opprinnelige transkripsjonene for å sjekke ut om meningen hos deltakernes kunne kjennes igjen. I tillegg hørte jeg igjennom intervjuene på nytt, for å få tak i den konteksten som intervjuene ble gjennomført i (ibid). I en slik valideringsprosess vil forskerens integritet og oppriktige ønske om å formidle deltakernes mening spille en rolle (Kvale og Brinkmann, 2015).

Slik jeg har erfart det, har det gjennom hele analyseprosessen pågått et samspill mellom empiri, målsetting og forforståelse. Empirien er et nødvendig utgangspunkt for å at det skal forgå en analyse. Analysenes hensikt er å fremskaffe funn til å besvare målsettingene. Spørsmålet om hva som bidrar til å besvare målsettingene styrer alle valg under hele prosessen. I tillegg vil egen forforståelse i form av faglige perspektiver og interesser, prege valgene innenfor rammene av hva empiri og målsetting tillater.

#### 4.7 Forforståelse

Det hersker bred enighet om at forskeren spiller en aktiv rolle i kvalitative forskningsprosjekter (Malterud, 2013; Kvale og Brinkmann, 2015; Thagaard, 2013). Det handler imidlertid om at jeg som forsker, er tydelig på hvilken forforståelse jeg bringer inn i prosjektet. Det dreier seg om mitt kjennskap til forskningsfeltet, min relasjon til deltakerne og teoretisk referanseramme (ibid).

Jeg kan ikke se bort ifra at min nysgjerrighet ovenfor væremåter som dialogisme og anerkjennelse og hvordan disse kan bidra til gode samtaler, har påvirket valgene jeg har tatt under analyseprosessen. Faglige perspektiver som disse kan ha ført til at jeg i analyseprosessen har vært på leting etter muligheter for å benytte disse begrepene i diskusjonen. Dette til tross for at jeg før intervjurundene begynte valgte å fristille meg fra tidligere tanker om teoretiske perspektiver, og avvente valg av teori ut ifra hva som best kunne belyse materialet (Malterud, 2013). Jeg hadde lest meg opp på aktuell litteratur, men valgte å være åpen på bakgrunns litteratur til etter at intervjuene var tatt. Når valget falt på

Seikkula og Arnkil (2007, 2013) og Schibbye (2013) var det valgt ut i fra at det var egnet til å belyse materialet, i tillegg til at denne type teori vekker nysgjerrighet hos meg.

Jeg har valgt å forske på egen yrkesgruppe ved å velge helsesøstre som deltakere i studien. Å ha kunnskap på innsiden av forskningsfeltet er nyttig for å kjenne til hvilke forutsetninger som kreves for å gi svar på forskningsspørsmålene (Thagaard 2013), og for å kunne stille gode oppfølgingsspørsmål og framskaffe rike historier (Kvale og Brinkmann, 2015).

Jeg ønsket ikke å forske på egen arbeidsplass. Hovedsakelig på grunn av at miljøet er lite og gjennomskiktig og det ville vært utfordrende å ivareta konfidensialiteten til deltakerne. I tillegg innebærer det en risiko for å bli bundet opp i forskningsprosessen, fordi relasjonen til miljøet en forsker på blir for tett (Thagaard, 2013). Jeg valgte derfor å rekruttere deltakere fra et helt annet sted i landet, for å få deltakere som jeg ikke hadde en relasjon til fra før. Det vil si at jeg forsker på et kjent arbeidsfelt, men at jeg ikke kjenner den enkelte deltaker utover at de faller innenfor inklusjonskriteriene i studien (ibid).

For å veie opp for mulige blinde flekker, samarbeidet jeg med medstudenter fra andre profesjoner og veileder i startfasen av analysen. I tillegg noterte jeg ned en liste over temaer jeg forventet å finne og la vekt på å følge videre overraskelsesmomentene i empirien som beskrevet i trinn en i analyseprosessen (Kvale og Brinkmann, 2015; Malterud, 2013).

Til tross for slike forholdsregler, innebærer likevel min erfaring fra praksisfeltet en risiko for at jeg styres av det jeg forventer å finne og mister åpninger og perspektiver fra andre vinkler. Et tegn på at forforståelsen har tatt for stor plass, blir synlig dersom temaene fra intervjuguiden fortsatt er de samme som kodene på slutten av analyseprosessen (Malterud, 2013). For å forhindre at det skulle skje var jeg hele tiden på jakt etter overraskelser i materialet. Dersom analysen har fremskaffet uventede funn er det tegn på at forskeren har hatt et avklart forhold til egen forforståelse (ibid).

Som helsesøster med engasjement i faget, har det vært en risiko for at jeg har sett på materialet med «yrkesstolte» briller. Det kan gjøre at en i mindre grad velger å se kritisk på opplevelsene som helsesøster beskriver. I informasjonsskrivet til deltakerne legger jeg inn en forforståelse for studien ved å si at *«helsesøster gjør mye bra i samtalene med ungdom som jeg ønsker å få vite mer om»*. Jeg ser det slik at det fra et etisk synspunkt ikke ville være riktig å gjøre formålet om til «et kritisk blikk på helsesøstrenes samtalepraksis» i løpet av analyseprosessen. Deltakerne har krav på at det er samsvar mellom formålet som er presentert i informasjonen med det som er hensikten når studien publiseres (Malterud, 2013).

#### 4.8 Etiske betraktninger

Denne studien er godkjent av Norsk Samfunnsvitenskapelige datatjeneste (NSD). Jeg har lagt vekt på å følge etiske retningslinjer og personvernforbudets anbefalinger. Det ble utarbeidet et informasjonsskriv til deltakerne med informasjon om prosjektet. Skriftlig samtykke ble innhentet, samtidig som deltakerne ble informert om muligheten til å trekke seg på hvilket som helst tidspunkt i prosjektet (Kvale og Brinkmann, 2015).

Straks transkripsjonen var i gang, fikk hver deltakerne fiktive navn. Alle gjenkjennbare detaljer ble anonymiserte under transkripsjonene og personopplysninger om deltakeren ble lagret adskilt fra transkripsjonene. Helsesøstrenes samtalepraksis med ungdom foregår i alle kommuner i hele landet. Det gjør det enklere å bevare konfidensialiteten og gir mindre konsekvenser for deltakerne i form av å bli gjenkjent. I intervjuene benyttet helsesøstre anonymiserte eksempler fra praksis. For å ivareta konfidensialiteten til ungdommene som tredje part, ble fortellingene fra samtalepraksis fortalt uten gjenkjennbare detaljer. Forskeren bør inneha praktisk klokskap (*fronesis*), fordi gjennom forskningsprosessen oppstår det hele tiden situasjoner som krever avgjørelser tuftet på etiske verdier (Kvale og Brinkmann, 2015).

I forhold til etiske forvarlighet, har jeg lagt vekt på at det skulle være samsvar mellom det deltakerne ble forespeilet å delta på og spørrestilen som ble gjennomført (Malterud, 2013).

Under *debriefing* etter intervjuet kom det flere spontane kommentarer fra deltakerne, der de uttrykte at de satte pris på å jobbe som helsesøster, og at helsesøstrenes burde bli flinkere til å sette av tid til å snakke sammen. Dette tolket jeg slik, at tross påtrykk fra meg om å trekke fram utfordringer i samtalepraksisen, satt de likevel igjen med en positiv ettertanke (Malterud, 2013).

Opplevelsen av å bli provosert av forskerens tolkninger, gjelder særlig der hvor deltakerne kjenne seg igjen i teksten. Mulighetene for gjenkjennelse er størst når resultatene presenteres som beskrivelser av enkeltpersoner situasjon. Ettersom det er en mulighet for at helsesøstre som selv har deltatt i studien kjenner seg igjen på tross av fiktive navn, har jeg valgt å kun benevne deltakeren som helsesøster i diskusjons kapittel, der empiri kobles opp imot teori og mine tolkninger (Thagaard, 2013).

## 5.0 Presentasjon av funn

I dette kapitlet vil jeg presentere funnene som kom fram under analysen. Funnene bygger på beskrivelsene som er gitt under intervju av seks helsesøstre som arbeider i ungdomshelsetjenesten. Helsesøstrene har beskrevet hvordan de opplever samtaler med ungdom i vanskelige livssituasjoner med særlig vekt på de samtalene der de møter på utfordringer. Sitatene presenteres med fiktive navn for å skape variasjon og innlevelse for leseren. Samtidig illustrer det at funnpresentasjonen bygger på flere historier som er sammenfattet gjennom analyseprosessen.

Følgende funn har framgått av materialet:

1. Knytte kontakt
2. Lytte og gi respons
3. Lese ungdommenes kroppsspråk
4. Helsesøster beskriver egne tanker og følelser
5. Skape en trygg relasjon

### 5.1 Knytte kontakt

#### 5.1.1 Helsesøster må tørre å by på seg selv

Helsesøstrene forteller at de innleder ofte samtalene med ungdommene med at de blir kjent med hverandre. *Hvem er jeg? Hvem er du?* Helsesøstrenes inntrykk er at ungdommenes ønsker å bli kjent med hvem personen bak helsesøster er. Ungdommene kan for eksempel spørre: *«Har du barn?» «Kan du i det hele tatt relatere deg til hvordan det er å være meg?»* I følge en av helsesøstrene kan det være et underliggende spørsmål. Og hvordan en som helsesøster håndterer det ved å komme dem i møte, kan ha betydning for om en klarer å etablere en kontakt med ungdommene. Et eksempel kan være at helsesøster sier at ja, jeg har barn, men nå må vi tilbake til deg igjen. Lene tenker at en bør heller komme ungdommen i møte og fortelle om en har barn og samtidig være åpen på hvilke muligheter en har til å relatere seg til ungdommer i hverdagen. Hun sier:

*«Det handler om å tørre å være en person ... for ungdommene de er ikke opptatt av profesjon, de er opptatt av relasjon. Hvis helsesøster ikke er en person for dem, så ... Ja, da vet jeg ikke helt hva de skal med meg?»*

Helsesøstrene er likevel opptatt av at når de deler noe om seg selv og beveger seg på grensen mellom personlig og profesjonell, må de være bevisst på at de bruker det som en metode for å nå inn til ungdommen og for å få et personlig forhold til vedkommende. Noen ganger kan et par setninger fra eget liv være det som skal til for å gi ungdommen en åpning til å sette ord på vonde følelser. En av helsesøstrene forteller fra en samtale med en ungdom på en dag da alt var svart og han sa ingenting:

*«For det er skikkelig, skikkelig dårlig gjort, husker jeg at jeg sa til ham, å velge å dø sånn. Jeg husker jeg ble kjempesint, jeg» sa jeg. «Ja, kjempesint,» sa han. For han hadde kjempemasse skyldfølelse fordi han var sint ... Jeg delte to setninger fra eget liv som jeg brukte bevisst og som ble en åpning for han til å sette ord på en vond følelse han hadde inni seg».*

#### 5.1.2 Å være tilstede for ungdommene

Flere av helsesøstrene beskriver hva de opplever er viktig for å knytte den første kontakten. De sier at den første kontakten og tilliten er så viktig at det er verdt å bruke litt tid og energi for å oppnå den. Helene forteller:

*«Det ser jeg også når jeg har kontakt med andre deler av hjelpeapparatet. Når ungdommen etter det første møtet ikke føler seg helt lyttet til eller forstått, så vil de ikke gå dit mer og da har de stengt en dør ganske tidlig, og det har jeg sett mye av ...»*

Flere av helsesøstrene tenker at det er en verdi i seg selv for ungdommen at det er noen tilstede nå de kommer og at det ikke kreves at en er noen ekspert for å få kontakt. Det er nok at en er tilstede og lytter og bekrefter at en har hørt det de har å si. Helene beskriver det slik:

*«Men det der og så på en måte å stoppe litt opp når de forteller og gjenta litt det de har sagt for å bevise at du har forstått, det tror jeg er veldig viktig. Det har jeg inntrykk av at da skjønner dem at du følger med på det de sier og du vil gjerne få ett bilde av det de forteller om».*

Marie beskriver det slik:

*«Jeg hører på, og lytter til og kanskje vi sammen kan finne noen løsninger med litt veiledning, men jeg tenker at for denne jenta ... var det viktigste bare å lytte. Det å ha tid, bli sittende å høre på hva hun har å si».*



Helsesøstrene opplever at dersom de tar seg tid til å lytte uten å avbryte, bidrar det til at ungdommene får sette ord på det de tenker og føler, og ungdommene kan selv se saken fra en annen side.

### 5.1.3 Inntoning

I noen samtaler opplever helsesøstrene at det kreves at en bruker alle sanser for å se om det er noe som gir innpass. De opplever at ungdommene er veldig forskjellige, så det gjelder å prøve seg litt fram og forsøke og tune seg inn på akkurat denne ungdommen som en er i samtale med. Helene sier dette:

*«Nei, men det er klart at det handler litt om å skjønne litt hva de egentlig har behov for og det er ikke alltid det er så lett. Og det er mange ganger de kommer inn og jeg må si at jeg ikke helt vet hvorfor de egentlig kom da, så det er jo veldig forskjell fra person til person hvor tydelig det kommer fram.»*

En av helsesøstrene mener at det av og til kan det handle om «kjemi». Man kan ha ulik kjemi med dem man møter og det gjelder også i møte med ungdommene. Eller at man relaterer seg lettere til noen personligheter enn andre som en annen uttrykker. Det hender at en kan sitte igjen med en følelse av at en ikke har stilt de riktige spørsmålene og at ungdommen ikke har opplevd å bli møtt på riktig måte. Det kan vise seg ved at de for eksempel ikke kommer tilbake selv om helsesøster har oppfordret til det.

Lene sier:

*«... Du har ikke noe krav på at de skal egentlig snakke med deg bare for det at du er helsesøster, liksom. (...) Som helsesøster må du ha en respektfull framtoning ovenfor dem (ungdommene) som viser at det faktisk er de som bestemmer om de skal si noe til deg eller ikke.»*

På den andre siden kreves det at ungdommen sin stemme blir løftet høyere opp slik at ungdommen får nødvendig rom til at deres opplevelse av det som skjer i og rundt dem blir hørt. Lillian sier dette:

*«Det jeg fikk til var at hun hadde veldig tiltro til meg så hun turte å komme å snakke. Vi fikk til at hun fikk komme fram med sine ting og ikke ble helt overkjørt av andre i familien. Det har hun og mor takket meg for mange ganger etterpå.»*

Å knytte kontakt med de som ikke matcher så godt krever at helsesøster graver dypere i seg selv for å knytte den første kontakten og bygge relasjon. Marianne sier dette:

*«... det har litt med personlighet å gjøre også, at det er noen du på en måte får mer omsorg for enn andre, sånn tror jeg det ikke er noen tvil om at det er egentlig. ... jeg tror at til han som var på vei ut, han må jeg jobbe med for å få en god relasjon, men som jeg sa i sted at jeg kjenner at jeg kan jo ikke gi opp. Han tror jeg er en sånn som du ... altså nesten som du leser at «det var ingen som brydde seg», ikke sant, men igjen så er det sånn at man må ikke gi opp fordi plutselig så er det kanskje det som er at ingen ga han faktisk opp liksom».*

Marianne viser til hvor viktig det er å ikke gi opp selv om en kjenner at det butter imot. I intervjuet peker hun også på betydningen av å samarbeide med andre.

Flere av helsesøstrene sier at benytter humor i samtale med ungdommene selv om ingen kunne komme på eksempler på dette. Det kan tenkes at humor særlig kan anvendes for å tilpasse stemningen og atmosfæren i samtalen med den hensikt å skape en situasjon som ungdommene kan føle seg trygg i.

#### 5.1.4 Gi rom for refleksjon

Helsesøstrene opplever at det kan være vanskelig å følge ungdommens initiativ og la hjelpen gå i deres tempo. Innimellom hender det at ungdommen trekker seg unna og helsesøstrene tenker at det har sammenheng med at de blir for ivrig til å hjelpe. Flere av helsesøstrene har som sykepleiere jobbet med akutt medisin og har vært igjennom en omstillingsprosess i å kunne lene seg tilbake etter at de begynte å jobbe som helsesøstre. Helene sier dette:

*«... jeg får ofte litt sånne katastrofetanker når det er noen som plumper ut et eller annet som er galt. Og man tenker at oi, nå må vi fikse det. Nå må vi ringe noen instanser eller ja ... Og noen ganger må man jo det også selvfølgelig. Men som oftest så kan man trekke pusten litt og finne litt ut av ting og la de få lov til å prate ...»*

Helsesøstrene beskriver det å lene seg tilbake og høre ut ungdommene som nyttig framgangsmåte for å knytte kontakt med dem.

I to av intervjuene ble opplevelsene og erfaringene med å håndtere stillhet i samtale med ungdommene beskrevet. Helsesøstrene beskriver stillhet i samtale som ubehagelig, men at erfaring og øvelse hjelper dem til å gi ungdommene rom for refleksjon. Marianne sier dette:

*«Det kan bli litt sånn beklemmende eller ubehagelig, ikke sant, samtidig som jeg tror det er nødvendig noen ganger for at de faktisk skal få tenke seg om på en måte eh, da kommer det kanskje noe etter hvert hvis man bare lar de få lov til å sitte i sine ting en stund. Men jeg kjenner jo at jeg jobber med det holdt jeg på å si i samtaler at å tåle på en måte pauser og at det er rolig og at jeg lar de på en måte få tid til å tenke seg om å summe litt holdt jeg på si. Ofte så sier de jo «vet ikke» hvis du spør om noe altså, men hvis vi stiller noen spørsmål igjen og tåle og vente på svar».*

Lene ser også betydningen av å gi ungdommen rom for refleksjon. Hun tilføyer imidlertid at det er et balansepunkt der en må passe på at ikke ungdommen føler seg ille berørt av stillheten og føler forventningspress til å holde samtalen i gang. *«Jeg har hatt elever som har sittet ... sittet og ikke sagt noen ting».* Hun sier videre:

*«En del ungdommer ... altså det å tåle stillhet ... det er kjempeviktig, men samtidig så er det ordentlig kleint ... for dem ... med stillhet. Og hvis jeg bare sitter og venter på at de skal si noe så hender det at jeg har spurt dem «Synes du det er godt at det er stille, eller?» «Nei, det er skikkelig kleint», liksom».*

*«Så det å vente på at de skal eller gi dem nok rom til at de skal få komme på banen og snakke, kjempeviktig! Men ikke å gi dem så mye stillhet og rom at de føler at de må prestere og si noe, for at det ikke skal være kleint å være hos helsesøster ...»*

## 5.2 Lytte og gi respons

### 5.2.1 Lytte til og gi respons på bakgrunn av egen fornemmelse

Å lytte og gi respons blir belyst av helsesøstrene fra flere sider. Det kan beskrives slik at helsesøstrene blir oppmerksom på en fornemmelse i seg selv som de responderer på ved å sette ord på og bringe inn i samtalen. *Å ha noe i bakhodet eller sitte med en følelse av blir hyppig beskrevet. Lene beskriver det slik:*

*«For noen ganger så er det jo mer en følelse av at det er noe mer. (...) Det er ullent og det er liksom ikke noe å ta det på. Og så får du den der ... den følelsen at det er noe mer»*

Helsesøstrene formidler at de opplever at ungdommene kan ha en selvmotsigende adferd. De viser med kroppsspråk og adferd at de ikke har det bra, men på direkte spørsmål så svarer de

at *det er ingenting*. Helsesøstrene forteller at de kan få en tanke om at det skjer noe på hjemmebane. I intervjuene beskriver de hvordan de kan ta utgangspunkt i en indre fornemmelse og sette ord på den og spille tilbake til ungdommen for å sjekke ut om det er en mulig åpning der. Lene beskriver videre:

*«Det kan være at jeg får tanker om at det er noe som skjer hjemme ... på hjemmebane. Så spør jeg ofte, så sier jeg: «Noen andre elever som har kommet til meg og som har hatt noe så har de fortalt litt om at de kanskje ikke har det bra hjemme, sant? De er redd for noe hjemme. Kanskje mamma og pappa ikke er friske ... Sånn at ... Og noen foreldre de er ikke så greie alltid mot barna og ... Bruker andre som eksempler. Ikke ut i fra at det trenger å være noe sånn hos eleven, men mer som et forsøk på å få de til å slappe av og skjønne det at andre har kanskje også hatt det sånn. Også ser jeg jo på dem når de reagerer».*

Videre sier Lillian:

*«Jeg tror at vi hadde flere møte, slik at han ble litt sånn trygg da på at, så brukte jeg sånn der eksempler med: Jeg har jobbet med ungdom som har vært utsatt for samme tingene og «Var der noe der som du kan kjenne igjen eller noe sånne eksempler som er noe for deg eller noe?»*

### 5.2.2 Tilpasse respons og stille konkrete spørsmål

Helsesøstrene ønsker å utfordre seg selv til å være tydelig og konkret og tørre å spørre når de har en tanke eller ide om hva som foregår i livene til ungdommene. Marie beskriver det slik:

*«Er det nå en dyster ungdom som kommer så må du jo ligge litt lavere i terrenget. Og da må jeg være litt mer konkret i forhold til spørsmål».*

Marianne setter det sammenheng med egen trygghet som helsesøster og sier dette:

*«Jeg tror jeg har blitt flinkere til å være konkret i spørsmålene mine, etterhvert som jeg har blitt tryggere som helsesøster. For eksempel kan jeg spørre når disse triste jentene kommer: Har du noen gang kuttet deg? Har du tanker om at du ikke orker å leve lenger? Jøss, spør du om det liksom? Og de er ganske ærlig i svarene sine, for jeg har hatt en del av at ungdommene driver med selvskading.»*

Helsesøstrene beskriver et aspekt ved å lytte og gi respons, der de fanger opp at ungdommene har det følelsesmessig vondt. De responderer på ungdommenes følelser ved å være tilstede sammen med dem og helsesøstrene viser at de tåler det som kommer av følelsesmessige utbrudd. Solfrid beskriver det slik:

*«Når disse historicne kommer så rydder jeg bare plass, jeg lar de få sitte på mitt kontor den tiden de trenger en time eller to timer, tre timer. Jeg stenger dørene for andre for nå trenger denne ungdommen (å bli rommet på denne måten). Det behøver ikke å være samtaler hele tiden, men at det er tid og rom til sitte å kjenne på sin egen opplevelse og få fortalt i fred uten at andre skal inn eller at de blir overlatt til seg selv».*

Helsesøstrene forteller at når de fanger opp den følelsesmessige tilstanden ungdommen er i, er det behov for at de responderer bare ved å sitte og høre og høre og høre. Ikke til forveksling la være å gjøre noe når det er nødvendig, men en må tåle at ungdommene har det vondt, tåle at ungdommene gråter og kjenne på at en selv har lyst til å gråte. Helsesøstrene forteller at det hender de gråter sammen med ungdommen og synes det er greit så lenge det fortsatt handler om ungdommene og ikke om dem selv.

### 5.3 Betydningen av å lese kroppsspråk

#### 5.3.1 Helsesøster beskriver at kroppsspråket utfyller ordene og gir tilbakemelding om at temaet engasjerer

Helsesøstrene bygger opp under beskrivelsen sin med anonymiserte eksempler fra samtalene med ungdommene. De gir rike beskrivelser av ungdommenes kroppsspråk og hvordan det legger grunnlaget for samtalen videre. Kroppsspråket virker til å få særlig betydning der helsesøster går tom for gode åpne spørsmål og ungdommene svarer *vet ikke*, *nei* eller når de forholder seg tause. Lillian beskrev det slik:

*«... hvis en kom inn på noe i forhold til mobbing, så kunne du liksom se et lite glimt i øynene eller en eller annen kroppsreaksjon, at her var det noe».*

Når samtalene blir fattig på ord og mimikk, kan selv små kroppslige bevegelser gi signaler på at en kommer i kontakt med temaer som berører ungdommene. Ved å fange opp slike små signaler, kan helsesøster stoppe opp og gå dypere inn i temaet.

Helsesøstrene viser også til eksempler der endring av ungdommenes kroppsspråk underveis i samtalen gir helsesøster nyttig tilbakemelding om at ansenheten hos ungdommen er i ferd med å løse seg opp. Helene forteller dette:

*«Jeg merket jo at han hadde veldig sånne høye skuldrer. Veldig krokrygget og ville liksom gjemme seg bort. Så merket jeg at han ... at jeg fikk mer øyekontakt med han. Det handler vel om å føle seg litt tryggere og tenke at nå er jeg hos noen som ikke vil meg noe vondt».*

Helsesøstrene beskriver det samme fenomenet i motsatt rekkefølge. Samtalen pågår og helsesøster blir oppmerksom på endring av kroppsuttrykket til ungdommen. De gir eksempler på hvordan de stopper opp og sjekker ut om det de snakker om er relevant. Lene beskriver en slik situasjon:

*«Jeg synes ofte de kryper mer sammen når det er noe som berører, trekker beina opp i stolen, begynner å sitte urolig. «Ble du urolig nå?» spør jeg. «Jeg er helsesøster, vet du og av og til spør jeg om ting som andre ikke spør om. Da hender det jeg bommer litt, men da må du si fra for det er teit at vi sitter her og snakker om ting som ikke stemmer».*

### 5.3.2 Helsesøster beskriver at ungdommene sier ingenting, men kroppsspråket gir uttrykk for at situasjonen er vanskelig

Et annet uttrykk som blir brukt er at de *speiler* kroppsspråket til ungdommene. Dette gjelder særlig i samtaler der en er i ferd med å avdekke mer skambelagte tema som for eksempel vold og overgrep. Helsesøster setter ord på fenomenene og stiller konkrete spørsmål. Selv om ungdommen ikke svarer med ord, opplever helsesøstrene at ungdommenes kroppsspråk forteller de at det stemmer det som de spør om at de blir utsatt for vold eller går med selvmordstanker. Helsesøster trekker også her inn i samtaler ungdommenes kroppsspråk slik at det gir mulighet til å undre seg sammen med dem. Det gir en åpning til at ungdommen selv får sette ord på det som skjer med dem som for eksempel at de går med selvmordstanker. Skjønt veldig ofte er det helsesøster selv som setter ord på og ungdommen bare bekrefter.

Et annet utfall kan være at helsesøster leser ungdommenes kroppsspråk og ser at det ikke er etisk forsvarlig å fortsette samtalen. De regulerer kontakten med ungdommen og tilpasser samtalen. Helsesøstrene gir rikholdige beskrivelser av ungdommer som gir kroppslige uttrykk for at de er forpinte i situasjonen. Solfrid beskriver hvordan dette kan oppleves:

*«Da tenker jeg på jenter hvor de gjemmer håret sitt ned i ansiktet og skjuler seg og tårene renner og du kan nesten se at de lukker seg».*

### 5.3.3 Helsesøster leser ungdommens kroppsspråk og tilpasser samtalen

Helsesøstrene er samstemte om at ingen kan tvinge ungdommene til å snakke med dem. De beskriver at de fanger opp signalene som ungdommene gir og regulerer kontakten. Igjen setter de ord på ubehaget som ungdommen gir uttrykk for og gir de tilbud om å gå tilbake til klassen og heller komme tilbake senere. Helsesøstrene forstår at det fort kan bli voldsomt for ungdommene hvis en ikke har snakket med noen før og så er det rett på i samtalen med helsesøster. Det er derfor viktig å gi dem en mulighet til å komme ut av situasjonen. Lene refererer til en samtale hun har hatt:

*«Det ser ut som at du synes det er innmari, innmari ubehagelig å være her? ... sier jeg. «Ja» svarer hun «Så da foreslår jeg at du går tilbake til timen, for dette er ikke noe OK, at du må sitte her å prate. «Så kan vi heller se om vi kan prate en annen gang.» Det ble jo ikke noen annen gang».*

Videre referer Marianne til en samtale hun har hatt:

*«... du så at han var utilpass, i og med at han kastet den pennen opp i luften hele tiden og var nesten sånn på farten til å gå, hvis du skjønner? Han satt ikke godt tilbakelent i sofaen som mange kan gjøre. Det er jo noen som du nesten ikke får av gårde og sier at nå må vi avslutte, liksom. Men han her var på en måte slik at hadde jeg sagt han kunne gått, så hadde han løpt på flekken, ikke sant? (...) «Vet du hva, jeg ser at ikke du har lyst til å snakke, men du kan komme tilbake når du vil, er jeg opptatt så jeg sa liksom at mobilnummeret mitt står på døra, så du kan sende meg en melding så vi kan lage en avtale eller du kan snakke med læreren din. Men det ble ikke en sånn god opplevelsessamtale fordi han var så avvisende egentlig».*

Det er et felles inntrykk blant helsesøstrene at ungdommene som har et veldig avvisende kroppsspråk, ofte ikke ønsker å være der. Så i tillegg til å tilpasse lengden på samtalen, legger

de vekt på å snakke om enkle ting og kjenne etter underveis om en kan introdusere vanskeligere ting.

## 5.4 Helsesøster beskriver egne tanker og følelser

### 5.4.1 Helsesøster beskriver hvordan utfordringer i samtalen virker inn på egne følelser

Under intervjuene ble helsesøstrene spurt om hvordan de opplevde ungdommenes avvisende måte å være på? Helsesøstrene ga forskjellig uttrykk for hvordan de opplevde det. Noen beskrev møte med disse ungdommene som en del av hverdagen. Marie sier dette:

*«Ja, det har jeg følt på det. Det synes jeg er helt greit, jeg. Noen vil snakke og andre vil ikke. Det må vi bare godta».*

Andre beskriver opplevelsen av ikke få innpass som frustrerende. Marianne beskriver det slik:

*«Nei, jeg blir nok litt sånn frustrert, jeg får ikke, jeg klarer ikke å hjelpe, jeg blir frustrert og litt sånn hjelpeløs i forhold til hvordan jeg skal få innpass, da».*

Felles for alle var at de beskrev flere følelsen av avmakt som mer dekkende for deres opplevelse enn avvisning. Lene beskriver dette slik:

*«Men jeg kan føle på en veldig sånn følelse av å ikke strekke til ... Å ikke kunne tilby det de etterspør. Altså ikke kunne ta bort smerten deres for eksempel. De kommer egentlig for å ... bli ... få det bedre. Og så får jeg et ikke til ... i den grad jeg skal få det til ... den kan jeg føle på. At jeg går rundt med en følelse av å ha en sånn klump i magen, ikke sant og ... Her må jeg bare tåle at det går en ungdom rundt meg og har det helt forferdelig. Og ingenting jeg gjør ... hjelper. Det er like følt».*

5.4.2 Helsesøster blir berørt i samtalen med ungdommene og gir uttrykk for det  
Flere av helsesøstrene kommer inn på temaet om å la seg berøre av historien som ungdommen forteller. De er ærlige på at enkelte historier berører dem og at det hender at ens egne følelser kommer til uttrykk. Helsesøstrene legger vekt på at de skal gjenspeile den smerten som ungdommen uttrykker. To av helsesøstrene deler opplevelser der de har latt seg berøre av ungdommenes historie og grått sammen med dem. Lene benytter dette eksemplet:



*«... for eksempel hvis noen kommer og snakker om et eller annet som er fryktelig trist. Og så begynner man å kjenne at: «Oi, her blir jeg rørt jeg også» også begynner tårene å renne. Og så kan man jo da tenke «Oi, nå er jeg uproff», ikke sant for jeg skulle jo sitte her og ... høre på og høre på og høre på og tåle og tåle og tåle. Men min erfaring er at de ser jo at du blir lei deg og rørt og at de opplever det som omsorg, egentlig. Mye mer enn ... for det at du, vi skal ikke være Stone face, da».*

Helsesøstrene snakker om den balansegangen mellom å være Stone face som Lene uttrykker det i sitatet ovenfor og det å speile det følelsesuttrykket som ungdommene formidler.

Helsesøstrene er veldig tydelig på at det ikke handler om å miste kontrollen på egne følelser. Solfrid sier dette:

*«Og da husker jeg at vi satt og gråt begge to. Ikke det at jeg kastet meg rundt henne og storgråt, men jeg ble veldig, veldig berørt og husket at tårene mine trillet ...»*

Solfrid og Lene er begge opptatt av at man må balansere sine egne uttrykk slik at fokuset forblir på ungdommen og ikke på dem selv. Lene er opptatt av at en heller ikke reagere så sterkt at en skremmer ungdommene med reaksjonene sine. Det handler om livet til ungdommene og hverdagen deres. Lene sier dette:

*«... den ungdommen har jo den virkeligheten. ... du kan ikke reagere altfor sterkt heller sant, når de kommer og forteller deg noe som er ganske hårreisende ... så er det jo lurt å være ... i hvert fall så tenker jeg at det ... Jeg må jo ikke være mer sjokkert på den historien de kommer med enn det de opplever selv».*

#### 5.4.3 Helsesøster beskriver eget kroppsspråk

Helsesøstrene gir sparsomme beskrivelser av eget kroppsspråk. De av helsesøstrene som blir direkte spurt om det i intervjuene kan ikke umiddelbart hente fram opplevelser der bevissthet rundt eget kroppsspråk har vært sentralt. Helsesøstrene refererer til tilbakemeldinger som ungdommene har kommet med under samtalene. Lillian husker tilbake til en ungdom hun snakket med og ler litt samtidig:

*«Ja, nå sitter du akkurat sånn som psykologer sitter egentlig, som den forrige som ikke var noe særlig OK». Solfrid sier videre: «Uten å klare å huske helt konkret hva ungdom har sagt, så vet jeg at ungdom har sett på meg at jeg har blitt bekymret for det de har sagt».*

På den andre siden forteller helsesøstrene indirekte om bruk av kroppsspråk i eksemplene de forteller fra sin praksis. Helsesøstrene beskriver hvordan de blir berørt i enkelte situasjoner. Videre gjør de indirekte rede for eget kroppsspråk når de under samtale med ungdommene sier at de lener seg tilbake og hører ut ungdommenes historie som Lillian beskriver her:

*«Av og til kan jeg bli litt sånn forover lent, når jeg blir engasjert og prøver å finne ut av ting».*

## 5.5 Å skape en trygg relasjon

### 5.5.1 Taushetsplikt

Helsesøstrene ser på taushetsplikten som sentral for å bygge opp tillit og skape en relasjon til ungdommene. Ved å være nøye med å overholde taushetsplikten bygger de opp troverdighet rundt egen rolle. Helsesøstrene har inntrykk av at ungdommene stoler på at de har den taushetsplikten de utgir seg for å ha. De skjønner at ungdommene snakker sammen og spør hverandre om helsesøster er til å stole på. Marianne beskriver dette slik:

*«Og så tror jeg at de snakker sammen. Altså sånn at er hun å stole på eller er hun ikke å stole på og? Og jeg synes ungdommer veldig ofte er opptatt av taushetsplikt»*

Helsesøster har taushetsplikt overfor foreldrene, lærerne og de andre elevene. Det skaper en trygg ramme rundt rollen som helsesøster. Helsesøstrene tror at taushetsplikten er medvirkende til at de oppfatter helsesøster som en nøytral voksen som de kan snakke med når det vanskelig hjemme, på skolen eller blant venner. Helene sier:

*«Men at helsesøster blir en litt sånn nøytral part som har taushetsplikt overfor både foreldre og andre elever og at det blir en liksom trygg ramme i forhold til den rollen»*

Helsesøstrene tror ikke at det er lett å bygge opp igjen tilliten med ungdommene dersom de har ringt til foreldrene eller andre instanser uten å ha informert dem. Lene beskriver dette slik:

*«Da har du kjørt det ... Det er ikke så lett å bygge opp igjen tilliten, hvis du har ringt mor uten å ha informert dem.»*

### 5.5.2 Forutsigbarhet

Helsesøstrene legger vekt på forutsigbarhet i samarbeidet med ungdommene. Solfrid sier dette om forutsigbarhet i samarbeidet med ungdommen:

*«Ungdommene vet alltid hva jeg gjør. Om jeg ringer anonym veiledning, så vet de hvem jeg ringer til. Når jeg ringer foreldre er det alltid avklart på forhånd hva jeg skal si. Det er ikke sikkert at mor og far skal få vite alt. Jeg sender SMS slik at ungdommene vet når jeg har fått kontakt med mor og far. Så jeg prøver å lage samarbeidet med ungdommen veldig forutsigbart».*

En av utfordringen som helsesøster opplever i samtalene med ungdommene er at det de sier er av en slik karakter at det kreves at foreldre eller andre instanser blir informert. Helsesøstrene sier at de i takt med økende erfaring kan ha mer is i magen til å gå noen flere runder før de går videre med informasjonen. Ungdommene har ofte levd i vanskelige livssituasjoner lenge før de oppsøker helsesøster. Helsesøstrene velger derfor å drive motivasjonsarbeid noen dager til for å få ungdommen med på å kontakte far eller mor. Ungdommen får samtidig være med å avgjøre hvem de helst ønsker helsesøster skal kontakte. Lene beskriver dette slik:

*«Jeg har fått litt mer is i magen etter hvert også som helsesøster til å la det gå noen runder. For de har jo stort sett levd med det de kommer til meg med lenge. Det er ikke ny oppståtte ting. Så liksom tillate at det går litt flere dager før jeg snakker med mor eller far, hvem det nå er, for å få med meg eleven på det».*

Det hender at helsesøster kaller inn ungdommer fordi en medelev, lærer eller foreldre har meldt bekymring for eleven. Også i slike tilfeller legger helsesøstrene vekt på forutsigbarhet i samarbeidet med ungdommene. Det er åpenhet både om hvem som har meldt bekymringen og hva de er bekymret for. Deretter er de nysgjerrige på hva ungdommene selv tenker om bekymringen som er meldt. I de tilfellene det er foreldre som har tatt kontakt med helsesøster, ber hun foreldrene først om å snakke med ungdommene sine og fortelle selv at de har tatt kontakt med helsesøster. Noen av helsesøstrene sier at hun gjerne har lærer med på første samtale slik at lærer forklarer hva bekymringen dreier seg om mens både helsesøster og ungdom er tilstede.

### 5.5.3 Betrakte møtet med ungdommene som en prosess

Helsesøster forteller at ungdommene oppsøker dem ofte på grunn av psykososiale vansker. Historiene bak disse vondtene kan være vanskelig å få tak i og det kan ta lang tid fra de kommer første gang til de begynner å fortelle. Helsesøstre har det inntrykket at det kan være utrolig vanskelig for ungdommene å sette ord på ubehaget som de kjenner. Lillian deler denne erfaringen:

*«... det er veldig vanskelig å sette ord på følelsene, fordi de ikke greier å gjenkjenne følelsene. (...) Hva kjenner du inni deg hvis det er den og den situasjon, så greier de ikke å si noe om det. Kjenner liksom ingenting».*

De opplever at det kan være veldig vanskelig for ungdommene å finne ordene som beskriver hvordan de har det. Et annet perspektiv som ble holdt fra fram det er at det er ikke alltid de ønsker å snakke om følelsene sine. Solfrid sier dette:

*«... det er ikke alltid at de ikke klarer å snakke om det de ønsker, men at det er ikke sikkert at de ønsker å snakke om den smerten inni der».*

Når helsesøstre får reflektere over samtaler sine med ungdommene trekker de fram tre perspektiv på dilemmaet at ungdommene ikke vil snakke. De mangler ord til å beskrive følelsene de har inni seg og er heller ikke vant til å sitte i slike samtaler å snakke om seg selv. Andre har kan ha en følelse inni seg som sier at det er tryggest å ikke snakke om det som de opplever fordi de frykter for at det medfører større belastninger for dem. En grunn til det kan være at ungdommen vet at helsesøster må gå videre med det de kommer med, de mister kontroll over historien sin. Ifølge helsesøstre er ungdommene redd for hvordan foreldrene vil reagere når de får ta del i historiene deres og hvilke belastninger det kan påføre ungdommene selv. Det er derfor det er viktig å la møtene med disse ungdommene være en slags prosess, mener helsesøstre. For å bygge opp en relasjon med ungdommene, må begynne et sted og bli kjent. Det rådet en felles forståelse blant deltakerne at tid og prosess var viktige faktorer for å bygge gode relasjoner mellom seg selv og ungdommene. Lene sier:

*«Det er prosess, ikke sant? Noen ganger. Det er jo en relasjon. Du må jo bygge opp en relasjon. Ingen av oss har jo heller lyst til å sitte å snakke med han i kassa om noe som plager deg, hvis ikke du ikke kjenner han i kassa.»*

Når relasjonen først er bygget viser det seg at den er sterk. De beskriver flere tilfeller der de har kunnet være tydelig og konkret i spørsmålene og samtalene sine uten at ungdommene har trukket seg ut av den grunn. De forklarer det med at de har kjent denne ungdommen lenge og har en god relasjon til ungdommen fra før. Solfrid sier dette:

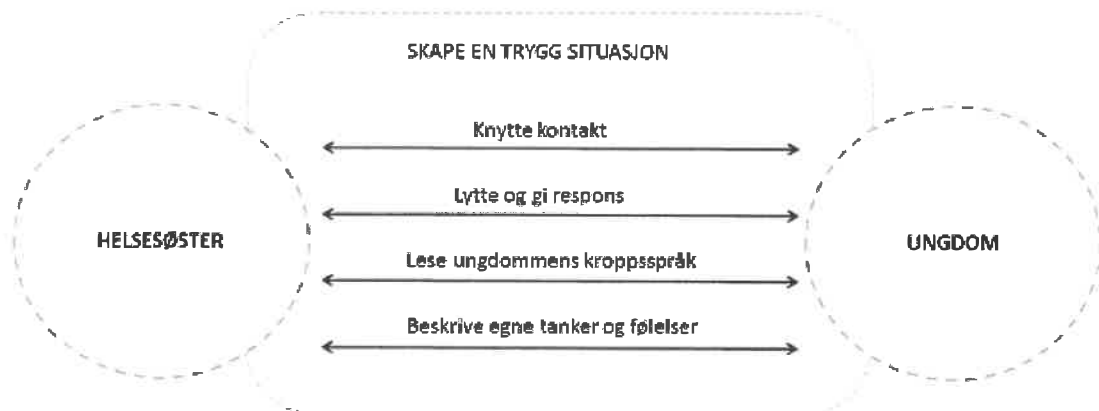
*«Men det gode i dette er jo det at jeg har en god relasjon til gutten fra før, fordi jeg har snakket med han noen ganger. For han har kommet sammen med noen venninner som jeg snakker med. Han vil heller snakke med meg har han sagt enn en psykolog som han har gått hos, så han har hatt noen samtaler med meg. Så jeg har en god relasjon til han i utgangspunktet».*

Som helsesøster har du mulighet til å bety mye i ungdommenes liv. To av helsesøstrene forteller at de har fortsatt kontakt med ungdommer flere år etter at de har gått ut av skolen.

## 6 Diskusjon

I dette kapitlet vil jeg besvare studiens målsettinger ved å sammenlikne funnene opp imot tidligere forskning og teori. Jeg vil trekke frem aspekter ved samtale som hemmer og fremmer god kommunikasjon. I lys av valgt teori, vil jeg komme med innspill på hvordan helsesøster kan bidra til å skape gode dialoger og reflekterende prosesser i sin samtalepraksis med ungdommer. Kapitlet inneholder diskusjon av metodens styrker og svakheter.

Funnene i denne studien viser hvordan helsesøstrene opplever sentrale aspekter knyttet til å skape en trygg relasjon og gi rom for dialog i sin samtalepraksis med ungdommer. I diskusjonen vil jeg trekke inn teori som kan gi utdypet mening til funnene. Jeg har forsøkt å se funnene som en helhet, der det overordnede funnet er helsesøstrenes forsøk på å skape en trygg relasjon utdypes av i alt fire underområder. Dette er illustrert i figuren nedenfor.



**Figur 1: Hovedfunnene illustrert som et overordnet funn og fire underområder – i relasjonen mellom helsesøster og ungdommen.**

Jeg har valgt å kalle figur 1 for en refleksjonsmodell, fordi den kan tjene som et utgangspunkt for andre helsesøstre som ønsker å reflektere over sin praksis, for eksempel i en veiledningssituasjon. Dette kommer jeg tilbake til. Refleksjonsmodellen bygger altså på

funnene fra studien, samtidig som funnene drøftes i lys av tidligere forskning på feltet og teori. For å skape en god relasjon legges det vekt på å ha en varm og aksepterende holdning til klienten som må formidles tydelig tilbake til klienten. Relasjonen til terapeuten har størst betydning for at terapien oppleves vellykket av klientene (Norcross, 2010). I denne studien forutsettes det at kunnskap om relasjonsbygging i behandlingsforskningen er overførbart til helsesøstrenes samtalepraksis. Slik jeg ser det, er det teoretiske grunnlaget for relasjonsbygging overførbart til helsesøstrenes samtalepraksis med ungdommene

Det hersker liten tvil om at helsesøstrene i denne studien legger stor vekt på å investere tid og energi inn i det første møtet med ungdommen, der etableringen av tillit oppstår (Duncan, 2012). Refleksjonsmodellen bygger på behandlingsforskning og teori, der det legges vekt på å skape en trygg relasjon ved hjelp av en varm og aksepterende holdning. Det regnes som et godt utgangspunkt for en god dialog. En trygg relasjon er en forutsetning for at ungdommen føler seg sett, møtt og forstått og at god dialog kan skapes. Hvordan dette skapes, blir drøftet i følgende punkter.

## 6.1 Å skape en trygg situasjon

Helsesøstrene er opptatt av å skape en trygg situasjon i samtalene med ungdommene. De har beskrevet taushetsplikt, forutsigbarhet og prosess som viktige faktorer for å skape en trygg situasjon rundt samtalene. Helsesøstrene sier at de er nøye med å holde taushetsplikten. De har inntrykk av at ungdommene snakker sammen og spør hverandre: *Er helsesøster til å stole på og har hun den taushetsplikten hun sier hun har?* Slik helsesøstrene ser det, er ungdommenes erfaring med at helsesøster avholder taushetsplikten, avgjørende for at de kommer og ber om samtale.

I følge flere forskere (Langaard, 2011; Nordal, 2009; Nyhus, 2010; Johansson og Ehnfors 2006) bekreftes betydningen av dette gjennom deres egne forskningsprosjekter. De ser helsesøstres taushetsplikt i sammenheng med ungdommens behov for *konfidensialitet* og knytter dette opp imot ungdommenes behov å ha *medbestemmelse* eller kontroll over egen historie.

Flere av helsesøstrene beskriver utfordringene mellom å ivareta ungdommens *medbestemmelse* på den ene siden og håndtere eget behov og plikt til å gi informasjon videre til foresatte eller andre instanser på den andre siden (Helsepersonelloven, 1999, Kap.5, § 21). Ingen av helsesøstrene i denne studien kan huske at de har ringt til foreldre eller andre

instanser, uten at ungdommene har gitt tillatelse til det. Det er bred enighet blant helsesøstrene om at dersom det skulle ha skjedd, ville det være vanskelig, for ikke å si umulig å bygge tilliten opp på nytt. I sine beskrivelser av slike situasjoner, legger de vekt på å reflektere rundt grad av hast og behov for øyeblikkelig hjelp. Etter nærmere refleksjon har de sett at de i mange tilfeller kan senke skuldrene, og heller gå flere runder med ungdommene for å få deres samtykke til å dele historien. Helsesøstrene trekker inn begrepet forutsigbarhet, og hvilken betydning det har for ungdommene at de hele tiden er kjent med hvem som blir kontaktet og når, både når det gjelder anonym veiledning, foreldre og andre helseinstanser.

To forfattere (Hvesser og Haugland-Johansen, 2012, s.60) støtter opp under at motivasjonsarbeidet for å få samtykke hos ungdommen til å gå videre med informasjon, er krevende. Deres erfaring er at ungdommene ønsker å skjerme foreldrene fra å vite om vanskene deres, eller at de har lite tiltro til at foreldrene kan bidra med noe i deres situasjon. Hvesser og Haugland- Johansen (2012) beskriver videre hvordan de stiller spørsmål og reflekterer sammen med ungdommene, for at ungdommene skal bli trygge nok til at et samarbeid med foreldre og andre voksne kan innledes.

Forfattere som har skrevet mye om relasjonsbygging i terapi (Duncan, 2012; Norcross, 2010), legger vekt på å lytte til hele klientens historie, for å bygge en sterk allianse. Ved å trekke paralleller til helsesøsters samtalepraksis, kan vi tenke oss at helsesøster i slike situasjoner må være villig til å ta ungdommens bekymring for å gå videre med historien på alvor. Helsesøster må høre ut hvilke tanker og tidligere erfaringer ungdommene har, rundt å dele sine opplevelser til foreldre eller andre instanser som kan tilby mer hjelp (ibid). I slike situasjoner utfordres den dialogiske holdningen. Dersom helsesøster blir preget av usikkerhet og uro, kan det være lett å forlate dialogen som samtaleform og gå over i en mer strategisk samtaleform (Seikkula og Arnkil, 2013).

Helsesøstrene benytter gjentatte ganger begrepet prosess, når de beskriver hvordan de skaper en trygg situasjon i sin samtalepraksis. Helsesøstrene legger stor vekt på, at tilliten de opplever å få hos ungdommene, har sammenheng med at de kjenner ungdommen godt. De har gjerne møttes gjentatte ganger i forskjellige sammenhenger som for eksempel når helsesøster har hatt undervisning i klassen. Andre eksempler kan være at en ungdom har fulgt en venn til samtale hos helsesøster, eller at vedkommende har vært innom helsesøster og fått ett plaster. Helsesøstrene sier at for å skape en trygg situasjon, må en starte et sted og bli kjent. For mange ungdommer er det en nødvendig prosess for at de skal bygge nok tillit til å utdype



opplevelsene sine. Dette støttes av Johansson og Ehnfors (2006) i en svensk studie, der ungdom uttaler seg både om betydningen av regelmessig kontakt over tid og taushetsplikten.

At å skape trygge samtalesituasjoner har sammenheng med gjentatte møter og prosess, støttes også av Langaard (2011). Hun sier det er viktig at ungdommene får anledning til «*betrakte helsesøster på avstand*». Skolehelsetjenestens oppbygging av et allsidig tjenestetilbud, gir ungdommene anledning til å bli kjent med helsesøster og sjekke ut hennes imøtekommenhet, før de bringer på bane temaer som er mer konfidensielle.

Langaard (2011) er inne på ungdommens behov for selv å regulere kontakten. Johansson og Ehnfors (2006) nevner i sin undersøkelse at ungdommene kan ha et ønske om å fortelle deler av historien, for så å komme tilbake og forteller mer. Relasjoner som er bygget opp over tid i ungdommenes eget tempo, blir ifølge helsesøstrene, trygge relasjoner. Helsesøstrene viser til flere eksempler i intervjuene, der de begrunner relasjoner som er bygget opp på denne måten, til å være en plattform, der helsesøstrene kan ta initiativ og stille konkrete spørsmål, uten at relasjonen blir brutt.

## 6.2 Knytte kontakt

En av helsesøstrene sier at det er viktig at helsesøster må tørre å stå fram som en person og vise hvem hun er bak rollen som helsesøster for å bygge en relasjon til ungdommene. Jeg tolker helsesøster som at hun tenker mer på et bokstavelig plan, at helsesøster i møte med ungdommene må jobbe for å bli trygg nok til å åpne opp og fortelle hvem hun er som person. Anderson (2003, s.141) betrakter åpenhet som en viktig kvalitet i samtalepraksisen. Det gjelder både profesjonelt og personlig. Skjønt det handler ikke om å avsløre dype hemmeligheter. Hun sier det er forståelig at klientene blir nysgjerrig på hvem vi er som personer og avslutter gjerne en samtale med å spørre åpent om de har lyst til å spørre henne om noe.

Johansson og Ehnfors (2006) begrunner åpenhet om hvem helsesøster er som person, ut i fra det ungdommene sier, at det skapes en balanse i oppbyggingen av relasjonen, og at det ikke bare er den ene parten som skal dele om seg selv. Norcross (2010, s. 123) sier at to viktige moment når det gjelder ekthet og samsvar, er terapeutens evne til å la egen personlighet integrere i relasjonen til klienten og formidle sin personlighet til klienten som egnet. Slik jeg tolker det, kan forskningen som Norcross viser til, bygge opp under det helsesøster uttrykker her. Det hjelper relasjonsbyggingen å tørre å vise hvem du er bak profesjonen og på den

måten integrere personligheten i relasjonen, samtidig som du formidler at du er egnet til å være en voksen samtalepartner eller profesjonsutøver.

Schibbye (2012) er opptatt av å få tak i intensjonen bak spørsmålet som klienten stiller i terapisaamtaler. Ved å gå bakenfor utsagnene og undre seg, gir terapeuten uttrykk for en begynnende interesse, samtidig som terapeuten prøver å få fram følelsesaspektet ved å starte spørsmålet med: «*du føler ...*» (Schibbye, 2012, s. 373). For eksempel kan klienten spørre en ung terapeut om ikke vedkommende er for ung til å arbeide som terapeut. Terapeuten kan velge å svare direkte på spørsmålet, ved å forsøke å overbevise om sine kvalifikasjoner, eller terapeuten kan gå bakenfor spørsmålet og stille et undrende spørsmål: «*Er du kanskje i tvil om jeg kan hjelpe deg ... eller?*» (Schibbye, 2012). Helsesøster beskriver litt av det samme, når hun reflekterer over tidligere erfaringer og sier: «*Det de egentlig vil spørre om er: «Kan du i det hele tatt relatere deg til hvordan det er å være meg?»*» Helsesøster gir eksempel på hvordan helsesøster kan komme ungdommen i møte, og gi ungdommen en opplevelse av å bli ivaretatt og møtt med åpenhet og konkrete svar. Schibbye (2012) foreslår å gå et skritt lenger og la det konkrete spørsmålet være, og heller gi rom for refleksjon rundt følelsen som bidrog til at spørsmålet ble stilt. Inspirert av Schibbye (2012) kunne det være at helsesøster spurte ungdommen: «*Lurer du på om jeg kan forestille meg hvordan det er å være deg ... eller?*» Hensikten vil være å gi ungdommene nødvendig rom for å kjenne etter hva de føler. Samtidig som det gis aksept for ungdommenes bekymring for om en voksen kvinne og som er i helt forskjellig livssituasjon, vil være i stand til å ta imot det de ønsker å formidle.

To av helsesøstre tar opp spørsmålet om å dele erfaringer fra eget liv, for å bygge en personlig relasjon til ungdommen. Forfatterne Schibbye (2012) og Seikkula og Arnkil (2013) legger vekt å ha tilgang på tidligere erfaringer i fra eget levd liv og bidra med emosjonell tilgjengelighet i samtalen, heller enn å fortelle om det som faktisk har skjedd. Å reflektere over egne erfaringer i samtale med klientene, må gjøres med oppriktighet og ikke bære preg av skjulte forsøk på å holde seg selv opp som eksempel på hvordan ting bør gjøres. Slike ting blir fort avslørt gjennom ansiktsmimikk og kroppsholdninger og tilliten som er i ferd med å bygges opp blir brutt. Dyregrov (2004) støtter opp under en ekthet og tilstedeværelse som også innbefatter å avsløre fortellinger fra eget liv for å knytte kontakt. Han advarer på lik linje med helsesøstre om, at behandler kan bli for distansert og avstengt overfor ungdommen, til at det kan skapes en god dialog.

Norcross (2010) skriver i sin oppsummering av siste forskning rundt relasjonsbygging, at en bør benytte fortellinger fra eget liv sjelden. Når det likevel benyttes må hensikten være å

skape en trygg kontakt, gi verdi til ungdommenes opplevelser eller normalisere en situasjon. En av helsesøstrene gir et eksempel på en slik situasjon der hun normaliserte det å føle seg sint når noen velger å dø, og slik gi åpning for at ungdommene fikk gi uttrykk for sinnet de kjente på. Helsesøstrene er oppmerksom på at de er inne i et vanskelig felt mellom å være profesjonell og privat, og når de benytter eksempler fra eget liv, er de bevisst på at de ikke flytter fokuset fra ungdommene og over på seg selv.

### 6.3 Lytte og gi respons

#### 6.3.1 Gi rom for refleksjon

Helsesøstrene opplever at det er viktig å være følelsesmessig tilgjengelig for ungdommene og vise interesse for det de forteller. De har gode erfaringer med å lene seg tilbake og la ungdommene få snakke ferdig uten å bli avbrutt. Det hjelper ungdommene til å se ting på en ny måte og få ideer til hva de kan gjøre. En av helsesøstrene sier at hun innimellom gjentar det ungdommene sier, for å vise at hun er interessert og følger med. Dette støttes av Seikkula og Arnkil (2013) som hevder at å gjenta ordrett det som blir sagt og avslutte med et spørrende tonefall «var det det du mente», er en fin måte å vise at du ønsker å forstå det som blir sagt. Når helsesøster gjentar ordrett, gir det samtidig ungdommen mulighet til å høre sine egne ord med en annens stemmeleie og intonasjon. Helsesøster oppfordres her til å tåle at det blir stille og avvente med å komme med forslag til svar eller fylle opp med småprat. Ungdommene gis mulighet til å la de annerledes uttalte ordene gå inn i deres indre dialog og slik få tak egne skjulte ressurser. Holmgren (2010) oppfordrer til å gi ungdommene tilbake så mange av deres egne ord som det er mulig. Det bidrar til å senke tempoet i samtalen og gir rom for refleksjon. Å gjenta ordrett må gjøres med innlevelse og et oppriktig ønske om å forstå mer av det som ungdommen formidler. Å benytte gjentakelser som ren teknikk, ved å sende ordene tomme tilbake uten ekte innlevelse, vil oppleves som etteraping og virke krenkende på ungdommene (Seikkula og Arnkil, 2013; Schibbye, 2012; Norcross, 2010).

#### 6.3.2 Inntoning

Helsesøstrene ønsker å tone seg inn på ungdommens stemningsleie og tilpasse seg deres tempo og rytme. De ser likevel at de har lett for å bli for aktiv i samtalen og for ivrig til å hjelpe. De opplever at ungdommene responderer med å trekke seg tilbake. Anderson (2003, s.

201) beskriver terapisaamtaler der terapeuten ikke lytter oppmerksom og responderer aktivt. I samtaler med manglende innlevelse, vil terapeuten ofte gå for hurtig fram i samtalen. Terapeuten har lett for å stille spørsmål, kommentere og komme med forslag til løsninger uten at det har sitt utspring i det som klienten har uttrykt (ibid).

Ungdommene må bli møtt på det som ungdommene oppfatter er viktig, og helsesøsters egen agenda må legges bort, selv om de ofte har gode intensjoner om å hjelpe (Norcross, 2010). Det er nødvendig å være tilstede i øyeblikket og følge med på hvordan ungdommene beveges av det de selv sier (Andersen, 2005). I tillegg til å være oppmerksom å lytte, må helsesøster legge vekt på å formidle dette tilbake til klienten på en empatisk måte slik at det oppfattes av ungdommene (Norcross, 2010). Å lytte og høre forutsetter respons i form av spørsmål, kommentarer, nikk og andre gester. Å lytte uten å forsøke å forstå, kan bety å lytte til den som snakker, men føre en stille meningsutveksling i sin indre dialog på jakt etter hva som stemmer med kunnskapen som en hadde på forhånd (Anderson, 2012).

Helsesøstrene blir under intervjuene spesielt utfordret til å reflektere rundt samtaler som oppleves utfordrende for dem. De fleste eksemplene handler om manglende verbal respons fra ungdommene. Helsesøstrene gir forskjellige eksempler på hvordan de responderer i situasjonen der ungdommene ikke vil prate. De har en intensjon om å møte dem på en respektfull måte og sier at det er opp til ungdommene om de vil prate.

Helsesøstrene ser betydningen av at de øver på å tåle stillhet mens de venter på svar, uten å komme med forslag til svar eller fylle opp med småprat. Samtidig forsøker de å passe på at ikke stillheten varer så lenge at det blir *kleint*, og at ungdommene kjenner forventningspress til å si noe. Flere forfattere (Langaard, 2011; Olaisen, 2012; Holmgren, 2010; Johansson og Ehnfors, 2006; Dyregrov, 2004) gir uttrykk for å ta mer initiativ for å skape en god dialog med ungdommer. Helsepersonell bør ikke bare sitte stille og la ungdommen ta alt ansvar for å holde samtalen i gang (ibid).

### 6.3.3 Romme ungdommenes følelsesuttrykk

Helsesøstrene gir flere beskrivelser av hvordan de rommer ungdommens forskjellige følelsesuttrykk. De forteller om møte med ungdommer som ikke føler noen ting, ungdommer som gir uttrykk for innestengte følelser, sinne, fortvilelse og tristhet. Helsesøstrene opplever det å fange opp og romme ungdommenes sinnsstemning som en viktig side av det å lytte og gi respons. Helsesøstrene gir konkrete eksempler på hvordan de rommer ungdommenes

følelsesutbrudd med å skape ytre rammer for å ivareta ungdommene ved å hindre forstyrrelser og innblanding fra andre samtidig som de tilbyr delaktighet. De beskriver at de blir berørt i situasjonen.

Flere forfattere (Seikkula og Arnkil, 2007, 2013; Schibbye, 2012; Andersen, 2005; Anderson, 2003; Stern, 2007) støtter opp om en slik måte å håndtere følelsesutbrudd. Følelsesmessige utbrudd kan være nyttige fordi de forbinder erfaringer som sitter i kroppen. Vonde følelser lagres i kroppen. Dette er erfaringer som er usagte og må gjennomleves og bli uttrykket i ord for å bli leget (Vygotskij gjengitt etter Seikkula og Arnkil, 2007, s. 107). Gjennom menneskelige relasjoner oppstår sterke følelser og helsesøster oppfordres til å gå i seg selv og kjenne på dype og smertefulle følelser som kan være knyttet til sorg, ensomhet, utilstrekkelighet. Her kan det trekkes en parallell til dialogisme og forstå en slik prosess ut i fra at det er to sinn som responderer på hverandre. Kroppslige reaksjoner kommer ofte i tilknytning at det snakkes om vanskelige tema (Andersen 2005, Seikkula og Arnkil, 2007, 2013).

Helsesøster beskriver at hun skaper en atmosfære av tid og rom for å legge til rette for at ungdommene finner de rette uttrykkene til det de opplever. For å finne de riktige ordene, må følelsene oppleves på nytt. Atmosfæren imellom de som er i rommet, følelsene som oppleves og ordene som blir uttalt, må følges ad (Seikkula og Arnkil, 2007). For å gjøre dette mulig må en sørge for tid og rom som helsesøster beskriver i sine eksempler fra praksis.

Helsesøstrene gir flere eksempler på at de blir følelsesmessig berørt og gråter med ungdommene. De regner det som et uttrykk for innlevelse og respons og at de er følelsesmessig tilgjengelig. En av helsesøstrene benytter uttrykket *stoneface* for å beskrive det motsatte eller gi uttrykk for manglende innlevelse. Imidlertid er de bevisste på å balansere følelsesuttrykket slik at deres følelsesuttrykk trekke oppmerksomheten bort fra ungdommens opplevelser. I slike situasjoner kan Carl Rogers (1957) beskrivelse av empati gi økt innsikt der helsesøster kjenner på ungdommens følelse er, *som om* de skulle være sine egne, men uten å bli overveldet av egne følelser knyttet til det som kommer opp av følelsesinntrykk. Seikkula og Arnkil (2013) oppfordrer helsesøster til å bli oppmerksom på følelser i egen kropp, fordi ungdommen da ofte sitter med tilsvarende følelser uten at de har kommet til uttrykk enda. Ved å rette oppmerksomheten sin på egne følelser og samtidig slakke ned tempo, rommes ungdommen slik at de gis mulighet til å komme i kontakt med deres følelsesuttrykk (Seikkula og Arnkil, 2013).

## 6.4 Helsesøster leser ungdommens kroppsspråk

### 6.4.1 Fra kroppslig fornemmelse til konkrete spørsmål

Helsesøstrene beskrev at ungdommenes kroppslige uttrykk ofte ga en pekepinn på hvordan ungdommen reagerer på det som helsesøstrene bringer inn i samtalen som for eksempel når de stiller konkrete spørsmål. Det kunne være at kroppsspråket ga uttrykk for at noe av det helsesøster sa vekket interesse hos ungdommene eller ga respons på konkrete spørsmål som ble for vanskelig å uttrykke i ord. Betydningen av å lese ungdommenes kroppsspråk ble ofte nevnt i sammenheng med samtaler der ungdommene ga få verbale uttrykk. En av helsesøstrene beskrev en gutt som ga tydelig uttrykk for at han ikke var komfortabel i situasjonen. Hun tilpasset samtalen til tema som vekket hans interesse. Et stykke inn samtalen møtte han blikket hennes og hun kunne se at han slappet av. Å lese ungdommenes kroppsspråk og tilpasse samtalen beskrives av Hansen slik: «*Vi har snakket en stund, og hun nipper til teen og ser roligere ut, gir et lite smil innimellom. Nå kan jeg driste meg til å spørre om bandasjene, tenker jeg.*» (Hansen, 2012, s. 118).

Helsesøstrene beskriver følelsen av å ha noe i bakhode eller ha en fornemmelse av. De har en fornemmelse av noe og gjør forsøk på å omsette dette til ord. Hensikten er å tilby ungdommene et felles språk og ord som de kan kjenne seg igjen i (Sundet, 2000). Hvordan ungdommene responderer på det helsesøstrene sier, om de viser interesse, bekrefter eller blir urolig, blir avgjørende for den videre prosessen i samtalen. Flere forfattere (Andersen, 2005; Seikkula og Arnkil, 2013; Stern, 2007) sier det er viktig å følge med på både talespråk og kroppsspråk. Det oppfordres til å følge godt med på tegn til at klienten beveges av ord som blir sagt. I praksisbeskrivelsene til helsesøstrene blir det gjort på en annen måte. Helsesøstrene formidler egne fornemmelser til konkrete spørsmål. Deretter følger de nøye med på ungdommens kroppsspråk hvilken respons spørsmålene de stiller gir.

Kroppslige fornemmelser, stemningen mellom de som snakker sammen og ord og uttrykk følges ad. Andersen (2005) beskriver hvordan opplevelsene først fanges opp som kroppslige uttrykk, og før en forstår kognitivt hva som skjer. I etterkant vil en ved hjelp av de ord og uttrykk som en kjenner til, forsøke å beskrive det kroppslige uttrykket. Helsesøster kan se og høre at ungdommene får kontakt med tidligere opplevelser som de har vonde følelser rundt. Det gir støtte til å forklare helsesøstrenes beskrivelser om at de i praksis stiller som et helt menneske og tar i bruk både kroppslige fornemmelser og har kontakt med egne følelser. Ved flere anledninger beskriver de at de trekker tidligere erfaringer fra praksis inn i tolkningen av

situasjonen med ungdommene. Helsesøstre fanger først opp med kroppen i form av fornemmelser og uro, før de kroppslige uttrykkene sendes til hjernen og ungdommens reaksjon omsettes til kognitiv forståelse. Helsesøster blir med hjelp fra blant annet å koble seg til tidligere erfaring, i stand til å omsette kroppslige fornemmelser og uro til konkrete ord og uttrykk som de presenterer for ungdommene. De setter egen trygghet som helsesøster i sammenheng med å tørre å stille konkrete spørsmål til ungdommen og bidra til et felles språk som ungdommene kan kjenne seg igjen i. Innenfor en dialogisk holdning, må helsesøster her være oppmerksom på at det gis nok rom for ungdommen å kjenne etter hvordan det føles og komme med andre beskrivelser enn det helsesøster foreslår. Lytte til det som blir sagt uten å forklare eller vurdere, men tilby alternative måter å se situasjonen på (samtidig som ...)

(Seikkula, 2007, s.113).

Vedeler (2016) sier det handler om en gjennomgående atmosfære av vennlighet og åpenhet for flere betydninger og måten i en stiller spørsmål og kommenterer.

*At some point during our talk, you came up with a word that was too strong for me» (...)* «*I felt absolutely, OK to correct your suggestion, and my reaction towards the word made it clearer to me what I meant.* » (Vedeler, 2016, s. 58).

Dette sitater er hentet fra en beskrivelse av en veiledningssituasjon og er ikke overførbart uten videre til samtalen mellom helsesøster og ungdom. Likevel illustrerer sitatet beskrivelsen av hvordan helsesøster kan foreslå uttrykk på bakgrunn av fornemmelser som ungdommen kan kjenne seg igjen i. Dersom ungdommene ikke kjenner seg igjen, kan ordet som helsesøster har foreslått lyde forskjellig og det blir lettere for ungdommene å oppdage hvilket ord som bedre uttrykker den opplevde følelsen. Slik gis ungdommene mulighet til å selv å benevne egne følelsesuttrykk. Dette kan belyses gjennom teori fra Bateson (Ølgaard, 2004) som Andersen (2005) også benyttet i sin samtalepraksis. For å kunne beskrive et fenomen må en se det opp imot en bakgrunn, og oppleve at fenomenet skiller seg ut fra bakgrunnen.

Helsesøster beskriver en situasjon der helsesøster oppfatter at ungdommen virker berørt av temaet som helsesøster bringer inn. Helsesøster spør: «*Ble du urolig nå?*» Helsesøster gir ungdommen en åpning til å bekrefte eller avkrefte om det helsesøster bringer inn i samtalen kjennes riktig ut for dem. Det gis samtidig rom for å komme med en alternativ forklaring. For at det skal skje, er det nødvendig at det først har blitt skapt en trygg og aksepterende atmosfære.

Schibbye (2012) er inne på det samme i sin beskrivelse av undringen. Hun sier at det handler om å omforme det dagligdagse språket til et språk som beskriver heller enn forklarer. Ved å fjerne ord som forklarer og hevder, og endre setningsoppbyggingen til å avslutte med tre prikker og spørsmålstegn, blir det mer egnet til å åpne opp for å være i det som skjer i her og nå. Det gis rom til å reflektere over innspillene som helsesøster bringer inn. Schibbye (2012) tar utgangspunkt i at en klient ser bort og spør: «*Kanskje du ikke har så lyst til å snakke med meg nå, eller?*» (Schibbye, 2012, s. 388). Vedeler (2016) gir en god beskrivelse av en lignende måte å anvende språket under en paraply av en aksepterende atmosfære:

*«Was it like you were left alone, or ...» Where the word or is pronounced not as a question that needs answer; it serves more as an invitation to consider possible alternatives». (Vedeler, 2016, s. 58).*

Hvordan setningen bygges opp ved å legge til små ord gir en andre signal om hvordan ordene skal tolkes (Jensen og Ulleland, 2011, s.129).

Helsesøstrene er opptatt av å vise respekt overfor ungdommene og innforstått med at det er opp til ungdommene selv å bestemme om de ønsker å snakke med dem. Helsesøstrene gir flere eksempler fra praksis der de tilpasser eller avslutter samtalen fordi ungdommen viser kroppslige tegn til at det blir vanskelig å snakke eller bare være tilstede.

Helsesøstrene har nevnt flere grunner til at ungdommene ikke ønsker å snakke. Det kan ofte være vanskelig for ungdom å få tak i følelsene sine eller det kan være at de ikke opplever å bli møtt av helsesøster. En av helsesøstrene sier at det er ikke alltid at ungdommene ønsker å fortelle om sine følelser. Hun begrunner det med at å gi uttrykk for sine opplevelser og følelser kan være risikabelt, fordi de vet at helsesøster må foreta seg noe når de har fortalt, og at det kan få konsekvenser for deres hverdag. Ungdommene trenger trygghet for at deres historie blir ivaretatt, både med konfidensialitet og fortsatt medbestemmelse (Langaard, 2011; Johansen og Ehnfors, 2006).

Det går en hårfint skille mellom det å benytte kroppsspråket til å stille åpne spørsmål og undre seg sammen med ungdommen, og til å utøve makt ved å påpeke det som ungdommen ikke ønsker skal være uttalt. Å opptre med varsomhet og holde fast ved mangfoldet i de alternative forklaringene er viktig (Jensen og Ulleland, 2011, s. 135). Å be om tillatelse til å stille et spørsmål (Hansen, 2012) er en framgangsmåte som viser at helsesøster støtter opp under ungdommenes autonomi. Det var ikke tema under intervjuene, men bidrar til å gi ungdommene en anledning til å takke nei og minsker risikoen for å overkjøre ungdommene.



## 6.5 Helsesøster beskriver egne tanker og følelser

### 6.5.1 Refleksjoner rundt hvordan helsesøsters kroppsspråk virker inn på samtalepraksisen.

Når helsesøstrene under intervjuene blir oppfordret til å reflektere om hvilken betydning eget kroppsspråk har for samtalen, har de ikke umiddelbare eksempler på det. Eksempelene de kommer på, er bemerkninger som har kommet fra ungdommene som de hatt samtaler med. Helsesøstrenes bruk av kroppsspråk kommer likevel indirekte fram når de omtaler seg selv i praksissituasjoner. De beskriver egne handlinger der de blant annet lener seg tilbake og lytter, lene seg forover og bli ivrig eller viser følelser og gråter sammen med ungdommen. Dette er handlinger som er å betrakte som metakommunikasjon og som overstyrer budskapet som blir uttrykt i ord (Schibbye, 2012).

Ved nærmere gjennomgang av materialet, finner jeg likevel at helsesøsters bevissthet rundt eget kroppsspråk kommer til uttrykk. En av helsesøstrene reflekterer rundt en praksisbeskrivelse. Hun viser til samspillet som skjer mellom helsesøster og ungdom når en ungdom forteller om vanskelige hjemmeforhold som helsesøster blir forskrekket over. Helsesøster er oppmerksom på å dempe uttrykket hun speiler tilbake til ungdommen og gir flere begrunnelser på det. Hun ønsker ikke å reagere så sterkt at fokuset flyttes over fra ungdommen til henne. I tillegg ønsker hun å tone seg inn på deres egne opplevelse av situasjonen og samtidig uttrykke at det de har sagt er greit å si. En slik tankegang støttes i en studie av Johanssen og Ehnfors. De refererer til i sin undersøkelse slik (2006, s.11): *«Det er ikke greit at helsesøster blir sjokkert eller forskrekket av det de forteller. Det får dem til å føle seg unormal.»*

Kroppsspråket begynner å gi signaler lenge før vi begynner å respondere med ord (Seikkula og Arnkil, 2007:113; Schibbye, 2012). Måten vi sitter på, hvor vi fester blikket, ansiktsuttrykket er signaler som viser om vi er følelsesmessig tilgjengelig for den vi snakker med. I en samtalesituasjon foregår den nonverbale kommunikasjonen mellom helsesøster og ungdom så raskt at det kreves at den anerkjennende holdningen er så integrert i personligheten vår, at det gjenspeiles i ansiktsuttrykket vi viser i samtalen. Vi oppfordres derfor til å være bevisst på hvor stor rolle den nonverbale kommunikasjonen virker inn på hvordan vi oppfattes av den vi snakker med. Å være godt kjent med eget følelsesliv gir økt trygghet for en kongruent væremåte ovenfor dem du er i samtale med, slik at signalene du sender ut

samsvarer med det du uttrykker i ord (Schibbye, 2012). Det er gjennom kontakt med oss selv at vi kan kjenne andre (Kierkegaard gjengitt i Schibbye, 2012, s. 259).

Anne Hedvig Vedeler (2016, s. 60) sier at det er viktig å utforske på hvilken måte folk opplever hendelser. Ved å plukke opp uttrykk som følges ad med følelser eller intonasjon og utforske hva dette begrepet betyr for den som snakker. Lytt så til egen kropp og på hvilken måte det som har blitt sagt har berørt deg, før du formidler det tilbake.

### 6.5.2 Hvordan skille egen uro fra ungdommenes

Under intervjuene ble helsesøstrene spurt om hvordan situasjonene fra praksis virket inn på dem personlig. I sine refleksjoner rundt praksis, beskriver helsesøstrene flere følelsesmessige inntrykk. De trekker fram situasjoner der de uttrykker følelser i form av å gråte sammen med ungdommene. Helsesøstrene betrakter det som en form for ekthet som viser at de er levende mennesker som berøres av ungdommens fortellinger.

Flere av helsesøstrene beskriver en følelse av *å ikke strekke til*. Det nevnes blant annet i forbindelse med at de ikke kommer i posisjon til å hjelpe. En opplevelse av å ikke strekke til beskrives også av helsesøstrene i Berit Misund Dahl (2015) sitt doktorgradsstudium.

Helsesøstrene hadde en sterk lojalitetsopplevelse til barna de skulle hjelpe. I likhet med helsesøstrene i denne undersøkelsen, kjente de på en følelse av at de ikke kunne hjelpe de barna de hadde kontakt med (ibid).

En av helsesøstrene reflekterer rundt en ubehagelig opplevelse av å se at en ungdom har det vondt uten å kunne hjelpe. Hun identifiserer ubehaget som *en klump i magen* og beskriver opplevelsen som *fæl*. Samtidig som helsesøster lytter til ungdommen, må hun lytte til sitt eget indre og samtidig bli oppmerksom på hvordan ungdommens opplevelser virker inn på hennes egne følelser (Schibbye, 2012).

Å kjenne på en ubehagelig følelse i møte med en ungdom, kan forstås på flere måter. Ved å være ærlig mot seg selv og tørre å identifisere ubehag, gis det samtidig muligheter til å skille om ubehaget knyttes til egne følelsesmessige utfordringer eller om det er ungdommenes følelser en overveldes av.

Helsesøster Anita Hansen (2012) beskriver en situasjon fra praksis der hun som helsesøster må ta stilling til, og differensiere egen uro i møte med ungdommen. Hansen (2012) sier dette:

*«Hun steiler når jeg nevner foreldrene, og sier «du får ikke snakke med dem». Jeg kan kjenne at uroen i meg har et snev av irritasjon også. Er det fordi jeg synes det er en vanskelig sak, eller fordi jeg synes hun fremstår som litt barnslig et øyeblikk? Er det ambivalensen og jentas egen fortvilelse jeg føler på? Eller irritasjon over at hun gjør en allerede vanskelig situasjon enda vanskeligere? Det er viktig å være oppmerksom på egne reaksjoner i kontakten med fortvilede personer.» (Hansen, 2012, s. 119).*

Helsesøstre gir eksempler fra møter med fortvilte ungdommer, der deres egne følelser og reaksjoner, spiller en rolle. De opplever å sitte i et skjæringspunkt, fordi de på den ene siden er så bekymret for ungdommene at de må kontakte foreldrene og andre hjelpeinstanser, med en gang. På den andre siden må helsesøster ta stilling til når tiden for refleksjon sammen med ungdommene kan utvides. Helsesøstre sier at de går noen flere runder for å vurdere hvor akutt situasjonen er for å holde på tilliten til ungdommen å gi dem et sted å komme tilbake til. I slike situasjoner vil helsesøster kjenne på et indre press i form av uro som beskrevet ovenfor, samtidig som ytre press fra forsvarlighet i tjenesten satt opp imot tillit for å fortsatt være tilgjengelig for å yte helsehjelp, slik jeg tolker det.

Uro hos den profesjonelle kan føre til at dialogen som samtaleform forlates og en går over til å vurdere og stadfeste. Ofte er dette på grunn av at en søker kontroll i situasjonen. Dette fører imidlertid til at en blir oppsatt på å nå et forhåndsbestemt mål, og mister dialogen og muligheten til å være i prosessen og det umiddelbare. Når helsesøster hører seg selv endre måte å snakke på eller gjenkjenner følelsesmessig ubehag, kan det være nyttig å gi seg tid til å gi den urolige magefølelsen rom til å uttrykke seg og reflektere over hva den gir uttrykk for (Seikkula og Arnkil, 2013; Schibbye, 2012; Jensen og Ulleland, 2011).

Helsesøster må lytte innover i seg selv (Schibbye, 2012). Hva gjør ungdommens opplevelser med egne indre prosesser. Dersom helsesøster først har sortert ut at uroen ikke kan knyttes til eget følelsesliv, kan det være et følelsesuttrykk som ungdommen opplever og som helsesøster ved en slik gjenkjennelse kan bidra til at ungdommens opplevelse blir sett, møtt og forstått. Her kan det trekkes en parallell til Seikkula og Arnkil (2013) som sier at dersom den profesjonelle er oppmerksom på følelser i seg selv, er det ofte en pekepinn på at ungdommen opplever det samme.

Schibbye (2012) gir eksempler på hvordan det kan løses både under samtale og i et veiledningsmøte på et senere tidspunkt. Dersom helsesøster i løpet av samtalen blir oppmerksom på at hun har blandet sammen egne og ungdommenes følelser, vil det være

muligheter til å stoppe opp og reflektere åpent: «Jeg undrer på om jeg var for rask til å gå videre i sted når du nevnte ...» I et veiledningsmøte i etterkant av samtalen, kan helsesøster reflektere over egen selvavgrensning ved å stille spørsmål som: «Var det noe jeg reagerte på?» «Kan det ha sammenheng med ...?» Jeg er av den oppfatning at ved å gi rom til å reflektere rundt ubehagelige følelser i veiledningsmøter, vil dette styrke evnen til å gjenkjenne slike følelser allerede mens samtalen pågår. Refleksjonsmodellen som ble presentert tidlig i kapitlet er ment å gi inspirasjon til refleksjon rundt helsesøstrenes samtalepraksis. Slik jeg ser det kan refleksjon rundt egen praksis foregå i flere runder. Under samtalen, etter samtalen gjerne i samtale med en kollega og i formelle veiledningsmøter.

## 6.6 Oppsummering

Helsesøstrene vektlegger trygge rammer rundt samtalene som konfidensialitet, forutsigbarhet og ungdommenes medbestemmelse. Dette samsvarer godt med tidligere forskning (Norcross, 2010 og Langaard, 2011). Helsesøstrene bidrar med å være følelsesmessig tilgjengelig og strever med å tilpasse sin iver etter å hjelpe og til å være avventende med sitt handlingsrepertoar. Her kan vi trekke en parallell til Langaard (2011) og undring rundt behovet for å holde passe avstand og behovet for å ta initiativ. Bidrag fra teorien i denne sammenhengen, kan være oppfordringen om å møte som en hel person, ta i bruk alle stemmer og inkludere kroppslige fornemmelser. Dette vil bidra til at helsesøster blir satt bedre i stand til å møte ungdommen på følelsene deres og bygge felles plattform for intersubjektiv deling. Her trekkes det inn teori både fra, Seikkula og Arnkil (2013), Schibbye (2012) og behandlingforskning (Norcross, 2010). Fordi å møte andre åpent i vanskelige livssituasjoner kan by på utfordringer. Seikkula og Arnkil (2013) nevner hvordan uro kan skape behov for kontroll og bevege en hjelper fra dialog til strategisk samtaleform. Schibbye (2012) viser til betydningen av å gjenvinne grensene når de blir utsatt for emosjonelt press. I tillegg til å gi assosiasjoner til hvordan bidra til å bedre dialog og refleksjon hos ungdommene, gir det assosiasjoner til et at det finnes et behov for selvivaretagelse for helsesøster og forankring i faglig nettverk.

## 6.7 Metodediskusjon og studiens kvalitet

I kvalitative studier benyttes begreper som *reliabilitet* (pålitelighet), *validitet* (gyldighet) og generaliserbarhet eller relevans for forskningsfeltet, for å gjøre rede for kvalitet av studien.

### 6.7.1 Logisk sammenheng gjennom alle deler av prosjektet

Validitet i prosjektet har å gjøre med at det er en logisk sammenheng mellom spørsmålene som er stilt, studiens design og funnene som har kommet fram av analysen. Selve valideringsprosessen pågår gjennom hele prosjektet. Det forutsettes at forskeren er redelig i alle valg og bearbeidingstrinn gjennom hele forskningsprosessen (Tjora, 2012; Malterud, 2013; Kvale og Brinkmann, 2015).

Jeg har valgt å benytte Malteruds analysemetode som analyseres over flere trinn, og mener at en slik trinnvis analysemetode bidrar til å tydeliggjøre sammenhengen mellom råmateriale og funn. Avslutningsvis i analysemetoden sammenlignes funnene mot rå data. Funnene blir rekontekstualisert, og det sjekkes at viktige funn kan spores tilbake i transkripsjonen. Slik forsikres det om at funnene presenteres tettest mulig opp til meningen som deltakerne hadde intensjon om å dele (Malterud, 2013). For å sørge for sammenheng mellom alle faser av prosjektet, har jeg ført forskningslogg der tanker og ideer gjennom hele forskningsprosessen er skrevet ned. Jeg tatt utgangspunkt i forskerloggen når viktige valg skulle begrunnes. Jeg har beskrevet forskningstrinnene i metodekapitlet og lagt ved autentiske vedlegg som beskriver sentrale trinn i forskningsprosessen. Gjennomsiktighet i form av autensitet i sluttrapporten, må sees i sammenheng med etisk forsvarlighet og fare for at deltakeren kan kjenne seg igjen (Thagaard, 2013).

### 6.7.2 Deltakersjekk

Deltakersjekk er en form for validering som kan gjøres flere steder i forskningsprosessen. Under intervjuet, ved at intervjueren stiller kontrapørsmål for å forhindre at intervjuer og deltaker snakker om hverandre: «Forstår jeg det riktig nå?» I noen tilfeller blir deltakerne tilbudt å få tilsendt utskrift av transkripsjoner til gjennomlesning, mulighet til å kommentere på forslag til analyseresultat og endelig drøfte sluttproduktet med deltakerne. I etterkant av hvert intervju ble det gjennomført en *debriefing* med hver deltaker (Kvale og Brinkmann, 2015). De ble invitert til å stille spørsmål og uttale seg om det de hadde på hjertet uten at det ble uttrykt noe ønske om å delta videre i undersøkelsen med tanke på deltakersjekk. Deltakeren hadde anledning til å spørre om det, men ble ikke forespeilet seg en slik mulighet direkte.

Malterud (2013) hevder at å sende utskrift av intervjuet eller utkast til resultatavsnittet til deltakeren for korrektiv og språklige detaljer, kan være nyttig når en jobber med

diskursanalyse. Hvilke valideringsmetoder som er aktuelle har sammenheng med målsetting for studie og metode. Teksten blir imidlertid ikke nødvendigvis mer sannferdig om den er korrigert av deltakeren. Når analysen er gjennomført og resultatene gjennomføres, må forskeren selv ta ansvar for sammenfatninger og funn. I studier med tverrgående analyse fremskaffes i funnene på vegne av deltakerne som en gruppe. Funnene og tolkningen som forskeren kommer fram til kan bli annerledes enn det den enkelte deltaker hadde sett for seg. Imidlertid er det viktig at vi i analysen sørger for at funnene blir sammenlignet opp imot råmaterialet for å sjekke om meningen hos deltakerne kunne kjennes igjen (ibid).

Forsker og intervjuperson kan ha mer eller mindre felles erfaringsbakgrunn for tema for intervjuet. Et slikt felles utgangspunkt, samt kroppsspråk vil forme meningen under intervjuet, men kan likevel ikke spores på lydopptaket. Det er derfor av betydning at den som selv foretok intervjuet også transkriberer materialet. Forsker som foretok intervjuet husker gjerne detaljer som kan bidra til å oppklare hva som er av betydning for teksten. På denne bakgrunn mener jeg at eget valg om selv å transkribere materialet, bidrar til å styrke validiteten i studien (Malterud, 2013).

#### 6.7.3 Kunnskapen kan finnes på flere steder

Malterud (2013) foreslår at vi utfordrer funnene våre ved å gjennomføre materialet for å finne data som sier det motsatte av det vi har valgt å presentere. Dette gjøres for å peke på at det finnes flere forklaringer og at kunnskapen kan finnes på flere steder. Som eksempel på en slik måte å anvende refleksivitetsbegrepet i praksis, kan jeg nevne at jeg først beskrev et funn der helsesøstrene var lite opptatt av eget kroppsspråk, men etter nærmere gjennomføring av materialet fant jeg at helsesøstrene ga mange indirekte eksempler på at de benyttet kroppen som instrument for å fange opp fornemmelser. De uttrykte seg igjennom kroppsspråk ved å lene seg framover og bli ivrig, lene seg tilbake og roe ned, bli berørt og gråte som er alle utsagn som indirekte impliserer at kroppsspråk er en del av kommunikasjonen. Dette førte til at fokuset i drøftingen ble endret til å se på hvordan helsesøster benyttet kroppen som instrument i samtalen med ungdommene (ibid).

#### 6.7.4 Alternative metodevalg

Eksemplene som er hentet fra empirien og benyttet til å belyse teori for å drøfte praksis, er som følge av metodevalget, retrospektivt materiale. Mitt utgangspunkt for å velge

forskningsintervju som metode var at jeg ønsket å få tak i helsesøstrenes opplevelser sett gjennom deres øyne. I etterkant ser jeg at det under intervjuprosessen ble produsert mye materiale som beskrev nonverbal kommunikasjon mellom helsesøster og ungdom med særlig vekt på beskrivelser av hvordan helsesøster leser ungdommens kroppsspråk. Dette skjedde på tross av at min klare intensjon var å skaffe kunnskap om helsesøsters opplevelser av eget kroppsspråk, som det også kommer fram av intervjuguiden se vedlegg? *«På hvilken måte bruker du kroppsspråket i samtalen med ungdommen?»* Slik sett er det mulig at en observasjons studie ville være bedre egnet til å fremskaffe kunnskap på feltet som omhandler nonverbal kommunikasjon (Kvale og Brinkmann, 2015).

#### 6.7.5 Studiens relevans for praksisfeltet

Masteroppgaven bygger på seks intervjuer av helsesøstre med arbeidsplass i skolehelsetjenesten i en stor kommune i Norge. Det var innebygd i inklusjonskriteriene at helsesøster skulle ha god tilgang til ungdom som søker samtaler for at de skulle ha erfaringer å formidle i intervjuene, og flere av helsesøstrene i studien hadde tilleggsutdanninger. Studien er avgrenset, i tillegg til at det ble benyttet et strategisk utvalg framfor et representativt utvalg og er ikke uten videre overførbar på generell basis. Imidlertid er det andre evalueringskriterier for kvalitativ forskning enn for kvantitativ. Jeg av den oppfatning, at de erfaringene og opplevelsene som helsesøstrene har beskrevet, kan være gjenkjennbare for andre helsesøstre som har samtalepraksis med ungdommer i andre kommuner i tilsvarende arbeidsforhold. Den gjenkjennbarheten kan i neste omgang gi refleksjonsmuligheter, og åpne opp for utvikling av egen praksis.

## 7 Avsluttende kommentarer og implikasjoner

I denne masteroppgaven har jeg drøftet hva som hemmer og fremmer god dialog mellom helsesøster og ungdom. I tråd med problemstillingen har jeg pekt på aspekter ved helsesøsters samtalepraksis som kan bidra til god dialog og reflekterende prosesser. Dette er sammenfattet i refleksjonsmodellen som vist i figur 1.

En rød tråd i gjennom masterprosjektet har vært intersubjektivitet og samskaping gjennom å være i dialog. Det har dreiet seg om at intervjuprosessen er en samskaping mellom meg som forsker og helsesøstrene som deltakere. Jeg som forsker er i dialog med det innsamlede materialet, teoretiske perspektiver og forforståelsen. Å være i dialog innebærer å være åpen for å forandre seg. Fra jeg i begynnelsen av prosjektet rettet jeg fokuset ensidig mot helsesøster som aktiv hjelper, har prosessen gjennom prosjektet hjulpet meg til å utvide rammene for å belyse målsettingen. Jeg har funnet at det pågår en større grad av samskaping i dialogen mellom helsesøster og ungdom, enn jeg hadde forutsett. Tolkning og analyse av innsamlet materiale har gitt holdepunkter for at ungdommene leser helsesøstrenes kroppsspråk, på samme måte som helsesøstrene leser ungdommenes kroppsspråk. Hvordan ungdommene leser helsesøsters kroppsspråk, virker inn på om de trekker seg tilbake eller åpner opp for samtale. Ved å betrakte prosessen som foregår mellom helsesøster og ungdom som sirkulær og gjensidig, belyses flere sider av samspillet mellom helsesøster og ungdom som har betydning for å hemme og fremme dialog.

Helsesøstrene utfordres til å ta i bruk flere sider av seg selv, for å bidra til samskaping av gode dialoger og reflekterende prosesser. Arbeidet med intervju, analyse og teoretiske perspektiver, har utvidet konteksten til å se på hvordan helsesøster kan bidra til å skape dialog, ved stille som en hel person og ta i bruk alle stemmene i seg selv. Det dreier seg om emosjonell tilgjengelighet, ved å være tilstede med sitt kroppslige nærvær og ta i bruk flere stemmer fra eget følelsesregister, for at samtalen skal foregå på et intersubjektivt plan og ungdommene skal føle seg møtt, sett og forstått.

### 7.1 Implikasjoner for ny praksis

Helsesøster presenteres som et helsetilbud på ungdommens arena, en nøytral voksen å snakke med som ikke er forankret i skolens administrasjon. Det innebærer en uforutsigbarhet i å betjene en åpen-dør tilbud der ungdommene gis mulighet til å ta direkte kontakt med helsesøster som samtalepraksisen må sees i sammenheng med. Praksiseksempelene som



helsesøstre reflekterer rundt, tegner et bilde av at det er stor spennvidde mellom ungdommens ønske om å prate med en nøytral voksen, og alvorlighetsgraden av opplevelsene som kommer til overflaten i løpet av samtalene.

I masteroppgaven rettes oppmerksomheten mot helsesøsters emosjonelle tilgjengelighet, og betydningen det har for at ungdommene skal bli sett, møtt og forstått når de oppsøker skolehelsetjenesten. Når helsesøster møter ungdommen med åpenhet, utfordres helsesøsters egne følelsesmessige reaksjoner. I slike samtaler kan det skje, at ungdommens vanskelige følelser blandes sammen med følelsesmessige reaksjoner som oppstår i helsesøsters eget indre slik at dialog og reflekterende prosesser hemmes. Som for eksempel kan motstridende krav om, blant annet å oppfylle lovverk til å ivareta ungdommens medbestemmelse, skape reaksjoner av uro som hemmer en dialogisk samtaleform.

Slik jeg ser det, er det et stort behov for at også helsesøstre, gis rom til refleksjon. Dette kan ivaretas ved at det legges til rette for det i arbeidshverdagen, med både formelle og uformelle veiledningsmøter. Jeg ser for meg at allerede etablerte veiledningsmøter, der helsesøster er veisøker i arbeidet med en ungdom, kan suppleres med veiledning rundt egne følelser og reaksjoner i tilknytning til samtalepraksis. I veiledningsmøtene må det være aksept for at uro og følelsesmessig ubehag er en naturlig del av profesjonell samtalepraksis, slik at det oppleves trygt å åpne opp for å identifisere følelsesmessige reaksjoner. Følelsesmessige reaksjoner i tilknytning til samtalepraksis, kan ha sammenheng med egen trygghet som fagperson. Jeg er av den oppfatning at å dele utrygghet rundt egen profesjonsutøvelse, er sårbart, og at det stilles strenge krav til rammene veiledningen foregår innenfor. Jeg ser for meg en parallell fra behandlingsforskning, der helsesøster blir møtt med samme type varme og aksepterende holdning i veiledningsmøtene, som det anbefales at klientene blir møtt med i profesjonelle samtaler. Jeg er av den oppfatning at slike typer veiledningsrom vil styrke helsesøsters evne til å gjenkjenne uro og grensesvekkelse under samtalene med ungdommene. Slik at grensene kan gjenopprettes og hindrer at samtaleprosessen hemmes.

## 7.2 Implikasjoner for videre forskning

I min masteroppgave har jeg valgt å sette søkelyset på helsesøster og helsesøsters opplevelser av å samtale med ungdom, med vekt på relasjonsbygging tidlig i samtalene.

En forskningsprosess gir noen nye beskrivelser, samtidig som det vekker ny nysgjerrighet. I tråd med studiens utvikling, kjenner jeg en gryende nysgjerrighet på å få vite enda mer om

helsesøsters følelser og opplevelser i samtale med ungdommene. En spennende forskningside ville være å følge opp en ny veiledningsstruktur som beskrevet tidligere i kapitlet, ved for eksempel å benytte aksjonsforskning som metode.

Helsesøsters samtalepraksis innebærer samarbeid på flere arenaer som kommer i tillegg til samtalene med ungdommene. Oppfølgingssamtaler som disse er en naturlig del av helsesøstrenes samtalepraksis. Samarbeid med foresatte, lærere og andre samarbeidsparter er viktig for at helsesøster skal gi riktig helsehjelp til ungdommene. Helsesøstre gir mange eksempler på samarbeid i sine beskrivelser av praksis, uten at det har blitt tatt i betraktning, ettersom konteksten i min masteroppgave er avgrenset til samtalen mellom helsesøster og ungdom. Imidlertid er helsesøsters forankring og samarbeid med andre et aktuelt tema for videre forskning. Sammenheng i tjenestene etterlyses både av myndighetene og ungdommene selv. Samtidig som nye studier med ungdommene som deltakere eller med forskere, alltid vil være interessant, ettersom det er deres helsetilbud det dreier seg om.

## 8 Litteraturhenvisninger

- Andersen, T. (2005). *Reflekterende prosesser-samtaler og samtaler om samtalerne*. Danmark: Dansk Psykologisk Forlag
- Anderson, H. (2003). *Samtale, sprog og terapi – et postmoderne perspektiv*. København: Hans Reitzels Forlag
- Anderson, H. (2012). *Collaborative relationships and dialogic conversations: ideas for a relationally responsive practice*. *Family Process*, 51(1): 8-14
- Bratlie, E. (2012). Veien blir til mens vi går. Utvikling av helsestasjon for ungdom i et helhetlig og tverrfaglig perspektiv. I: Olaisen, K. (Red.), *Utviklingsfremmende samtaler med ungdom. Samhandling på tvers*. (s. 214-235). Oslo: Kommuneforlaget AS
- Caprona, Y.D. (2013) *Norsk Etymologisk Ordbok*. Oslo: Kagge Forlag AS
- Dahl, B.M. (2016). Helsesøster i et innovasjonsperspektiv I: Kvangarsnes, M, Håvold, J.I. & Helgesen, Ø. *Innovasjon og entreprenørskap mellom fjord og fjell* (s. 250-263)  
DOI: [10.18261/9788215027685-2016-02](https://doi.org/10.18261/9788215027685-2016-02)
- Dahl, B.M. (2015). *The meaning of professional identity in public health nursing*. (doktorgradsavhandling). Universitet i Bergen Hentet fra <http://bora.uib.no/handle/1956/10605>
- Duncan, B. (2012). *Bli en bedre terapeut*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Dyregrov, A. (2004). «De tause behandlerne. Hvordan få bedre kontakt med ungdommer». *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 41, s. 723-724.
- Folkehelseinstituttet (2011) *Bedre føre var*  
<https://www.fhi.no/globalassets/migrering/dokumenter/pdf/rapport-20111-bede-fore-var---psykisk-helse-helsefremmende-og-forebyggende-tiltak-og-anbefalinger-pdf.pdf>
- Folkehelseinstituttet (2014). *Folkehelse rapporten 2014*  
<https://www.fhi.no/nettpub/hin/helse-og-sykdom/psykisk-helse-hos-barn-og-unge/#mange-barn-og-unge-rammes-av-psykiske-plager-og-psykiske-lidelser>  
<https://www.fhi.no/nettpub/hin/helse-og-sykdom/psykisk-helse-hos-barn-og-unge/>
- Gergen, J. (1985): *The social constructionist movement in modern psychology*. *American Psychologist*, 40, 255-275. doi:10.1037/0003-066X.40.3.266

Gergen, K. J. (2015) *An Invitation to Social Construction*. 3. utg. London: SAGE Publications Ltd

Hansen, A. (2012) Skal alle som snakker om å dø, sendes videre til spesialisthelsetjenesten? I: Olaisen, K. (Red.), *Utviklingsfremmende samtaler med ungdom. Samhandling på tvers* (s. 112-131). Oslo: Kommuneforlaget AS

Helsedirektoratet (2010). *Utviklingsstrategi for helsestasjons- og skolehelsetjenesten*. Rapport IS – 1798. Hentet fra

<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/650/Utviklingsstrategi-for-helsestasjons-og-skolehelsetjenesten-IS-1798.pdf>

Helse- og omsorgsdepartementet (2016) *135 flere årsverk i helsestasjons- og skolehelsetjenesten*. Nyhet: 12.08.2016. Regjeringen.no

<http://www.regjeringen.no/no/dep/hod/id421>

<https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/135-flere-arsverk-i-helsestasjons--og-skolehelsetjenesten/id2508968/>

Helse- og omsorgsdepartementet (2016) *Sterk satsning på helsestasjon- og skolehelsetjeneste*. Pressemelding nr. 30: 6.10.2016. Regjeringen.no

<http://www.regjeringen.no/no/dep/hod/id421/>

<https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/sterk-satsing-pa-helsestasjon--og-skolehelsetjeneste/id2514665/>

Helse- og omsorgsdepartementet (2016) *Lyser ut 50 millioner øremerkede kroner til helsesøstre*. Regjeringen.no <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/lyser-ut-50-millioner-oremerkede-kroner-til-helsesostre/id2509275/>

Helsepersonelloven (1999) *Lov om helsepersonell*

Holmgren, A. (2010). *Terapifortellinger-Narrativ terapi i praksis* Trondheim: Tapir Akademisk Forlag

Hvesser, A. og Haugland-Johansen, A. (2012). En hverdag med utviklingsfremmende samtaler. Et blikk på utviklingen av skolehelsetjenesten i videregående skole. I: Olaisen, K. (Red.), *Utviklingsfremmende samtaler med ungdom. Samhandling på tvers* (s. 44-63). Oslo: Kommuneforlaget AS

Hægland, G. (2012) Utviklingsfremmende samtaler med skolehelsetjenesten som arena I: Olaisen, K. (Red.), *Utviklingsfremmende samtaler med ungdom. Samhandling på tvers* (s. 94-111). Oslo: Kommuneforlaget AS

Høifødt, V. (2015). «Skolehelsetjenesten i et brukerperspektiv.» *En kvalitativ studie av ungdoms erfaringer og behov i møte med skolehelsetjenesten*. (Masteroppgave i pedagogikk og livslang læring, NTNU, fakultet for samfunns- og utdanningsvitenskap) Trondheim: NTNU Hentet fra <https://brage.bibsys.no/xmlui/handle/11250/294384>  
<http://hdl.handle.net/11250/294384>

Jensen, P. (2011). *Ansikt til ansikt. Kommunikasjons- og familieperspektivet i helse- og sosialarbeid*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, 2.utgave

Jensen, P. og Ulleland, I. (2011) *Mellom ordene. Kommunikasjon i profesjonell praksis*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

Johansson, A. Ehnfors, M. (2006). *Mental health-promoting dialogue of school nurses from the perspectives of adolescent pupils*. Health care in the Nordic countries [Vård i Norden] 2006; 26:10-3+19.

Johnsen, W. og Torsteinsson, V.W. (2012) *Lærebok i familierapi*. Oslo: Universitetsforlaget

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju*. 3.utgave Gyldendal Norsk Forlag AS

Lambert, M. J. & Barley, D.E. (2001). *Research summary of the therapeutic relationship and psychotherapy outcome*. Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 38(4), 357-361.  
<http://dx.doi.org/10.1037/0033-3204.38.4.357>

Langaard, K. (2011). «Et utviklingsperspektiv som ramme for samtaler med ungdom i skolehelsetjenesten. Aktivitet, intensjonalitet og tilpasset utviklingsstøtte». (Doktoravhandling) Oslo: Universitetet i Oslo, Det samfunnsvitenskapelige fakultet.

Malterud, K. (2013). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning* 3.utgave Oslo: Universitetsforlaget

Norcross, J. C. (2014). The therapeutic relationship. I: B.L. Duncan, S.D. Miller, B. E. Wampold & M.A. Hubble. (Red.) *The heart&soul of change. Delivering What Works in Therapy*. (s. 113-141) 2.utg. 4.opplag. US: American Psychological Assosiation

Norcross, J.C., & Lambert, M.J. (2005) The therapy relationship. I: J.C. Norcross. L.E. Beutler, & R.F. Lervant (Red.), *Evidendence-based practices in mental health: Debate and dialogue on the fundamental questions*. Washington DC: American Psychological Assosiation

Nordal, L. (2009). *Skolehelsetjenestens betydning for ungdoms helse. En kvalitativ studie for ungdoms ønsker og behov for skolehelsetjenesten*. Master i flerkulturelt forebyggende arbeid med barn og unge. Avdeling for helse og sosialfag, Høgskolen i Telemark. Hentet fra <https://brage.bibsys.no/xmlui/handle/11250/2438626>

Nyhus, H.C.F. (2010) «Du ser et eller annet». *En kvalitativ studie av helsesøstres erfaringer i arbeidet overfor unge med psykiske plager*. Masteroppgave i helsefag, Institutt for helse- og omsorgsfag, Det helsevitenskapelige fakultet, Universitetet i Tromsø URL <https://munin.uit.no/http://hdl.handle.net/10037/2923>

Olaisen, K. (red.) (2012) *Utviklingsfremmende samtaler med ungdom. Samhandling på tvers*. Oslo: Kommuneforlaget

Rogers, C. (1957) *The Necessary and Sufficient Conditions of Therapeutic Personality Change*. Editor's Note. This article is a reprint of an original work published in 1957 in the *Journal of Consulting Psychology*, Vol. 21, pp. 95–103. —LEB Received Date: June 6, 1956 University of Chicago. Hentet 19.05.2017 fra <https://app.shoreline.edu/dchris/psych236/Documents/Rogers.pdf>

Rådet for psykisk helse (2010): *Se meg- Ungdom og psykisk helse*. Oslo: Rådet for psykisk helse

Seikkula, J. Arnkil, T.E (2007). *Nettverksdialoger*. Oslo: Universitetsforlaget.

Seikkula, J. Arnkil, T. E. (2013) *Åpen dialog i relasjonell praksis. Respekt for annerledeshet i øyeblikket*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag A/S

Shapiro, S. L. & Izett, C. D. (2008). Meditation: A universal tool for cultivating empathy. In S.F. Hick & T. Bien (red.), *Mindfulness and the therapeutic relationship* (s. 161–175). NewYork: Guilford.

Stern, D. (2007). *Her og nå. Øyeblikkets betydning i psykoterapi og hverdagsliv*. Oslo: Abstrakt forlag

Store norske leksikon (2016) *Rådet for psykisk helse*. VID/ bibliotek tjenester /databaser- og nettressurser

<https://www.vid.no/bibliotek/databaser-og-nettressurser/> lastet ned

[https://sml.snl.no/R%C3%A5det\\_for\\_psykisk\\_helse](https://sml.snl.no/R%C3%A5det_for_psykisk_helse)

Sundet, R. (2000). *Samspill og selvopplevelse. Nye veier i relasjonsorienterte terapier*. Oslo: Universitetsforlaget

Teigum, E.S. (2010) *Hvilke erfaringer og opplevelser har ungdom med helsesøstertjenesten?* Masteroppgave i helsefag, Universitet i Tromsø. Hentet fra

<https://munin.uit.no/handle/10037/7541> <http://hdl.handle.net/10037/7541>

Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*. 4.utg. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke A/S

Tjora, A. (2012). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. 2.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk

Vedeler, A.H.H. (2011). *Dialogical practices: Diving into the poetic movement: Exploring «supervision» and «therapy»* (doktorgradsavhandling). University of Bedfordshire, UK

Vedeler, A.H.H. (2016). Supervision. Present within movements. I: A.Vetere & P. Stratton (Red.), *Interacting selves. Systemic solutions for personal and professional development in counselling and psychotherapy* (s. 51-63). London and New York: Routledge

VID (u.å.) <https://www.vid.no/studier/familieterapi-og-systemisk-praksis-master/>

Watzlavick, P., Bavelas, J.B., Jackson, D.D. (1967). *Pragmatics of human communication. A study of interactional patterns, pathologies, and paradoxes*. London: W.W. Norton & Company. Ltd.

Ølgaard, B. (2004). *Kommunikasjon og økomentale systemer. En introduksjon til Gregory Batesons forfatterskap*. 3.utg. København: Akademisk Forlag

## Vedlegg 1

### Intervjuguide

#### **Innledende spørsmål:**

I denne samtalen er jeg opptatt av å ta del i dine tanker og opplevelser rundt det å samtale med ungdom i vanskelige livssituasjonen.

Hva kommer ungdom for å snakke med deg om? Dersom du tenker på den siste uken, husker du en samtale som var mer krevende enn andre? Hva skjedde i den samtalen? (Hva ble sagt, ikke sagt, hvordan var stemningen? Kan du beskrive noen inntrykk, kroppslige fornemmelser?)

#### **Hoveddel: Hva hemmer og fremmer en god dialog? Hvordan knytte kontakt?**

Hvordan stille spørsmål Er det måter å spørre på som har betydning for hvordan samtalen blir?

Hvordan starter du en samtale? Er du bevisst på noe du gjør for at ungdommen skal føle seg komfortabel?

Hvordan går du frem for å prøve å forstå hvordan ungdom har det med seg selv?

Hvordan gå videre når ungdommen svarer «vet ikke»?

Hva skjer dersom det blir helt stille? Hvilke erfaringer har du? Hvordan virker det på deg?

På hvilken måte bruker du kroppsspråket i samtalen med ungdommen?

Hva gjør du når du lytter? Er det måter å lytte på som har betydning for hvordan samtalen blir?

Hvilke erfaringer har du rundt innlevelse i samtalen? (Oppfølgingsspørsmål) Har du opplevd å tenke på egne opplevelser eller tidligere erfaringer når du lytter til ungdom? Opplever du at det kan være forskjell på responsen du gir tilbake til ungdommen om du gjenkjenner noe av det han forteller, eller om det virker veldig forskjellig fra dine egne opplevelser?

I sted spurte jeg på hvilken måte ditt kroppsspråk virket inn på responsen til ungdommen.

Opplever du at ulike kroppslige uttrykk hos ungdommen fører til forskjellig respons fra deg?

#### **Avslutning:**

Gi deltakeren rom for å tilføye eller utdype noen av tema. Avrunding og debrifing.



## Vedlegg 2: Forespørsel om deltagelse i masterprosjekt med tema helsesøsters samtaler med ungdom

Jeg jobber til daglig som helsesøster og er i tillegg i gang med et mastergradsstudium i familierapi og systemisk praksis. I den forbindelse ønsker jeg å intervju helsesøstre som har sitt daglige virke i ungdomshelsetjenesten. Temaet i studien er helsesøsters opplevelser av å samtale med ungdom i vanskelige livssituasjoner. Studien er avhengig av intervjupersoner og jeg håper at du ønsker å delta. Opplysningene anonymiseres og blir behandlet konfidensielt. Det er mulig å trekke seg fra studien når som helst uten å oppgi grunn for det.

Bakgrunnen for studien er som følger. I sammenhenger der ungdoms psykososiale vansker og behov for noen å snakke med blir debattert nevnes ofte helsesøster. I tråd med helsesøstertilbudets lave terskel og tilgjengelighet, møter en ofte ungdom som kjenner på ubehag, men som ikke har definert at de har en psykisk vanske eller lidelse. Ifølge en undersøkelse utført av Rådet for psykisk helse ønsker ungdom å bli sett og bekreftet for den de er. De ønsker å bli møtt på behovene sine, men vedkjenner at den enkelte ungdom kan oppleve tilbakemeldinger de får fra hjelperne forskjellig, og at det kan være utfordrende for hjelpeapparatet å lese seg fram til hvordan den enkelte ungdom ønsker å bli møtt. Min erfaring er at ungdom aktivt oppsøker helsesøster der tilbudet finnes. Jeg tenker at helsesøster sitter med mye taus kunnskap og nyttig erfaring etter samtaler med ungdom og ønsker derfor utforske dette ved å foreta intervju av helsesøstre.

Intervjuene utføres individuelt og gjennomføres i løpet av en time. Sted og tidspunkt for intervjuet blir avtalt med hver deltaker. Det blir gjort lydopptak av hvert intervju. Lydopptakene slettes når oppgaven er ferdig, senest innen september 2016. Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS. Prosjektansvarlig er førsteamanuensis Anne Øfsti, Institutt for sosialt arbeid og familierapi, Diakonhjemmet høgskole i Oslo, epost: [ofsti@diakonhjemmet.no](mailto:ofsti@diakonhjemmet.no), telefon: 22 45 19 57. Veileder er professor Atle Ødegård, Avdeling for helse og sosialfag, Høgskolen i Molde, epost: [Atle.Odegard@hiMolde.no](mailto:Atle.Odegard@hiMolde.no), telefon: 71 21 40 14.

For mer utfyllende informasjon om studien eller andre spørsmål er du velkommen til å ta kontakt meg på telefon 482 07 824 eller epost [liv.janne@gmail.com](mailto:liv.janne@gmail.com).

Med vennlig hilsen

Liv Janne Raknes Brekke, mastergradsstudent ved Diakonhjemmet høgskole i Oslo

Vedlegg 3

Samtykkeerklæring

**Jeg har mottatt informasjon om masterprosjektet som handler om å undersøke:**

### **HELSESØSTERS SAMTALER MED UNGDOM**

Jeg samtykker i å delta i prosjektet.

Jeg samtykker i at uttalelser fra intervjuene kan refereres (siteres) i masteroppgaven og i eventuelle artikler og presentasjoner i forbindelse med prosjektet. Jeg gir også tillatelse til at prosjektets veiledere, som også er underlagt taushetsplikt, kan få lese materialet.

Selv om jeg har bekreftet at jeg vil delta i prosjektet nå, kan jeg på ethvert tidspunkt trekke meg uten begrunnelse og også be om at innsamlede data slettes.

Sted ..... dato

Underskrift .....

Anne Øfsti  
Institutt for sosialt arbeid og familierterapi  
Diakonhjemmet Høgskole AS  
Postboks 184 Vinderen  
0319 OSLO

Vår dato: 07.08.2015

Vår ref:44044 / 3 / AH

Deres dato:

Deres ref:

## TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 10.07.2015. Meldingen gjelder prosjektet:

44044	<i>Howdan opplever helsesøster å samtale med ungdommer i vanskelige livssituasjoner?</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Diakonhjemmet Høgskole AS, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Anne Øfsti</i>
Student	<i>Liv Janne Raknes Brække</i>

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

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

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

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

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 30.09.2016, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

  
Hjørn Henriksen

  
Åsne Halskau

Åsne Halskau tlf: 55 58 21 88  
Vedlegg: Prosjektvurdering  
Kopi: Liv Janne Raknes Brække, Ørnetua 2, 6409 MOLDE

## Vedlegg 5:

### Utdrag fra en transkripsjon

L: For noen ganger så er det jo mer en følelse av at det er noe mer.

I: Ja, ikke sant.

L: Ikke sant? At kanskje en lærer kommer og er bekymret. Eller at ungdom har begynt å være mer borte fra skolen. Sitter ukonsentrert i timen. Oppstår ting som gjør at læreren blir bekymret for ... læringsutbyttet til eleven. Og da er jo veldig mange læreren av den oppfatning at med den gang det ikke lenger er noen pedagogiske virkemidler som fungerer så sender elevene til helsesøster.

I: Ja

L: Eh. Og det er for så vidt greit nok. Og så sitter jeg der og så lurte jeg liksom på: «Ja, nei det er ingenting», sier eleven, ikke sant og. Det er liksom ullent og det er liksom ikke noe å ta det på. Også får du den der ... den der følelsen at det er noe annet

I: **Ja, kan ikke du utdype det litt nærmere akkurat den følelsen?**

L: Ja, det går mere på at jeg ikke skjønner, at det ikke henger på greip da. På en måte det som uttrykket du får og det eleven eller ungdommen forklarer det med. Da for eksempel sovner i timene, sant også «Nei, jeg sover godt om natten».

I: Ja, ikke sant.

L: Ikke sant, så begynner du liksom å nøste: «Spiller du da eller er det fristende å være oppe?» Alt det. «Er du oppe om nettene?» «Nei da, jeg legger meg klokka ni og så sover jeg til seks også, er jeg ...» Ikke sant, så det henger liksom ikke på .... Og da spør jeg: «Jeg bare spør jeg. Nå får jeg, kan ikke du hjelpe meg å forklare, sier jeg ofte til ...» For nå sitter vi her og prater og læreren din har sendt deg til meg og det må jo føles rart for deg og sitte her og liksom ... «Er det noe du tenker på, eller?» «Kan ikke du prøve å forklare dette for meg?» også kan de jo ikke alltid det og så spør jeg: «men jeg får noen tanker om, altså det ... jeg tenker, noen ganger bommer jeg jo da. Men veldig ofte så tror jeg, det går jo på ... Jeg tror det går på å være modig nok til å spørre egentlig hvordan og liksom undre meg litt kanskje, kanskje litt ... Tørre å spørre altså sann, tørre å spørre litt sånne vanskelige spørsmål, da.

I: **Kan ikke du si et vanskelig spørsmål?**

## Vedlegg 6

Eksempel fra trinn tre i analyseprosessen. Kode. Subkode. Gullsitat. Tekstkondensat.

### **Kode: Lytte og gi respons**

#### **Subkode 1: Lytte til og respondere til egen fornemmelse**

*Gullsitat: For noen ganger så er det jo mer en følelse av at det er noe mer*

Det er ullent og det er liksom ikke noe å ta det på. Også får du den følelsen av at det er noe annet. Ja det går mer på det at jeg ikke skjønner, at det ikke henger på greip, da, uttrykket som du får og det ungdommen forklarer det med. «Men jeg får noen ganger tanker om ...» Jeg tenker, og noen ganger bommer jeg, også, da. Men veldig ofte så tror jeg det går på å være modig nok til å spørre litt sånne vanskelige spørsmål. Jeg får liksom tanker om at det skjer noe på hjemmebane. Da prøver jeg å normalisere ved å si at «Noen andre ungdommer har kommet til meg og sagt ...» Ikke ut i fra at det trenger å være slik med den jeg er i samtale med, men mer som et forsøk på å få de til slappe av og skjønne at kanskje andre også har det sånn. Og så ser jeg på dem når de reagerer. Ungdom kan ha en selvmotsigende adferd. De viser med kroppsspråk og adferd at de ikke har det bra, men på direkte spørsmål svarer de at «det er ingenting».

#### **Subkode 2: Gi respons ved tørre å sette ord på skambelagte tema og stille konkrete spørsmål**

*Gullsitat: Jeg tenker at vi som helsesøstre må våge å sette ord på fenomener.*

Det var vel måter hun snakket på og at hun selvskadet såpass mye (...) som helsesøster vet jeg hva selvskading kan innebære og hvilke historier en selvskader kan ha, blant annet seksuelle overgrep. (...) Jeg hadde tette samtaler med henne fordi hun strevde mye. (...) Og jeg opplevde vel da at hun hadde et sånt lidelsestrykk som hadde vært inne i henne i flere år. Hun åpnet ikke opp, men bare bekreftet. Jeg tenker at vi som helsesøstre må våge å sette ord på fenomener og stille konkrete spørsmål. Jeg tror nok jeg har blitt flinkere til det etter hvert som jeg har blitt tryggere som helsesøster, det med å være konkret i spørsmålene mine. For eksempel når disse triste jentene kommer: «Har du noen gang kuttet deg?» «Har du tanke om at du ikke orker å leve lenger?» «Jøss, spør du om det, liksom?» Og de er ganske ærlige i svarene sine, for jeg har hatt en del av at ungdommen driver med selvskading.

### **Subkode 3: Romme og ta imot vonde følelser**

*Gullsitat: Bare sitte å høre og høre og høre og tåle at de har det vondt*

Jeg tror det er viktig at vi tåler å høre på dem uten at det blir så mye styr. For det har noen sagt noe om. Hvis jeg sier noe om dette, så blir de redde. Hvis jeg viser fram armene mine så blir de redde. Og da blir det mye styr, de ringer til mamma eller pappa, ikke sant? Tåle at noen går rundt og har det vondt, ikke til forveksling ikke gjøre noe når en skal, men rett og slett tåle og romme ... altså ta imot, da. Bare sitte og høre og høre og høre og tåle at de har det vondt, tåle at de gråter og tåle at en selv har lyst til å gråte. Og gråter, kanskje. Så lenge at du holder det innenfor at det handler om dem og ikke om dem. Når disse historiene kommer så rydder jeg bare plass, jeg lar de få sitte på mitt kontor den tiden de trenger, to timer, tre timer. Jeg stenger dørene for andre for nå trenger denne ungdommen å bli «rommet» på denne måten. Det behøver ikke å være samtaler hele tiden, men at det er tid og rom til å sitte å kjenne på sin egen opplevelse og få fortalt i fred og ro uten at andre skal inn eller bli overlatt til seg selv.