



Fordypningsoppgave

VBU723 Psykososialt arbeid med barn og unge

Digital ungdomshelse

Hanna Elisabeth Langnes Moldskred

Totalt antall sider inkludert forsiden: 37

Molde, 25.05.22



Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.

Du/dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none">• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen §§16 og 36.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert, jf. høgskolens regler og konsekvenser for fusk og plagiat	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens retningslinjer for behandling av saker om fusk	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider	<input checked="" type="checkbox"/>

Personvern

Personopplysningsloven

Forskningsprosjekt som innebærer behandling av personopplysninger iht.

Personopplysningsloven skal meldes til Norsk senter for forskningsdata, NSD, for vurdering.

Har oppgaven vært vurdert av NSD?

ja nei

- Hvis ja:

Referansenummer:

- Hvis nei:

Jeg/vi erklærer at oppgaven ikke omfattes av Personopplysningsloven:

Helseforskningsloven

Dersom prosjektet faller inn under Helseforskningsloven, skal det også søkes om forhåndsgodkjenning fra Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, REK, i din region.

Har oppgaven vært til behandling hos REK?

ja nei

- Hvis ja:

Referansenummer:

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Tore Andestad

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven. §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Dato: 24.05.22

Antal ord: 8508

”Uansett hvor mange måter kommunikasjonen mellom oss kan arte seg på, så består den alltid i å driste seg frampå for å bli imøtekommet”

(Løgstrup, 1991:39)

Samandrag

Digital kommunikasjon har blitt ein integrert del av kvardagen til både ungdom og vaksne. Siste åra har krava til digitalisering auka på alle samfunnsområde, inkludert helsestasjons- og skulehelsetenesta.

På mange skular er tilgjenge og nærvær av helsesjukepleiar langt mindre enn etterspørselen. Mange ungdommar opplever at det er vanskelig å få tak i helsesjukepleiar når dei treng det. Som helsesjukepleiar i vidaregåande skule ser eg at ungdom i større grad enn før brukar digitale kanalar for å ta kontakt.

Denne oppgåva belyser og drøftar kva muligheiter og utfordringar som ligg i å ta i bruk meir digitale verktøy i kommunikasjon med og veiledning av ungdom. Kan vi hjelpe fleire på kortare tid? Vil den digitale kontakta og veiledninga vere like bra som den fysiske?

Problemstillinga eg drøfter i oppgåva er:

Korleis kan helsesjukepleiar bruke digitale verktøy for å hjelpe ungdom?

I teoridelen presenterer eg nokre element som eg meiner må ligge til grunn for å kunne hjelpe ungdom: relasjon og allianse, kommunikasjon, empowerment og salutogenese. Oppgåva brukar metoden litteraturstudie for å belyse problemstillinga. Eg har gjort systematisk søk i kjende databaser for å finne nyare relevante artiklar og studier om temaet.

Forskning viser at veileda digital behandling av depresjon hos ungdom og vaksne har god effekt og varer over tid. Studier viser at både ungdom og helsesjukepleiarar som brukar digital kommunikasjon, stort sett er fornøgde. Nokre meiner digitale verktøy opnar for ein nærare relasjon mellom ungdom og helsesjukepleiar, og at det gjer det lettare for enkelte grupper å ta kontakt for å få hjelp. Andre er bekymra for at menneske skal bli erstatta med maskiner, og er redde vi misser noko verdifullt og viktig i kommunikasjonen når vi manglar det non-verbale og den fysiske kontakta. Eit anna spørsmål er om effektivitet og økonomisk gevinst etterkvart vil trumfe kvaliteten på hjelpa vi tilbyr.

Svaret på problemstillinga er ikkje entydig. Digitale verktøy kan vere rett og viktig å bruke i oppfølging av nokre ungdommar, og uheldig for andre. Det aller viktigaste er at helsesjukepleiar ser på seg sjølv som eit verktøy, brukar sin kompetanse til å møte ungdom på ein god måte og vurderer fleksibelt kva den enkelte har behov for.

Innhald

1.0	Innleiing	1
1.1	Bakgrunn for val av tema	1
1.1.1	Personleg relevans for oppgåva	1
1.2	Problemstilling	2
1.3	Avgrensningar og definisjon av sentrale begrep	2
1.3.1	Digitale verktøy.....	2
1.3.2	Skulehelsetenesta	3
1.4	Disposisjon av oppgåva.....	4
2.0	Teoretisk referanseramme	5
2.1	Relasjon og allianse.....	5
2.2	Kommunikasjon	6
2.3	Empowerment	7
2.4	Salutogenese	7
3.0	Metode.....	9
3.1	Litteratursøk og datainnsamling.....	9
3.1.1	Inklusjons- og eksklusjonskriterier	9
3.1.2	Databasesøk.....	9
3.2	Metodekritikk	10
3.3	Kildekritikk	11
4.0	Presentasjon av litteratur og forskning.....	12
4.1	Ungdomshelse i en digital verden	12
4.2	Ungdomshøringen 2018 – ungdom om digitalisering	14
4.3	Chat- and internet-based cognitive-behavioural therapy in treatment of adolescent depression.....	14
4.4	Are text messaging services the new platform for communication with children and young people?.....	15
4.5	Du ser det er et eller annet.....	16
5.0	Korleis kan helsesjukepleiar bruke digitale verktøy for å hjelpe ungdom?	17
6.0	Avslutning	25

Referanseliste

1.0 Innleiing

1.1 Bakgrunn for val av tema

I løpet av tre tiår har den digitale revolusjonen gjort internett, smarttelefonar og digital kommunikasjon til ein fullstendig integrert del av ungdomane sin kvardag og livsverden. For ungdom i dag smeltar det digitale og det fysiske saman, og det digitale livet vil for dei fleste ikkje representere noko «anna». Relasjonar som finst fysisk, utspelar seg også i dei digitale roma, samtidig som det som skjer digitalt, inspirerer livet utanfor, og motsett (Bakken m.fl, 2021).

Det har siste åra vore auka krav til digitalisering i alle deler av samfunnet, inkludert helsestasjons-og skulehelsetenesta. Koronapandemien i 2020 aktualiserte temaet ytterlegare, då ein på kort tid måtte finne nye måtar å hjelpe unge på utan å møtes fysisk.

1.1.1 Personleg relevans for oppgåva

Som helsesjukepleiar for ungdom i vidaregåande skule i over 10 år, har eg vore med på utviklinga mot ein meir digital arbeidskvardag. Helsestasjonen der eg arbeider, vart i 2019 med i eit interkommunalt prosjekt der målet var å gjere helsestasjons- og skulehelsetenesta meir tilgjengelig digitalt. Ein del av prosjektet var å teste bruk av Snapchat for å vere lettare tilgjengelige for ungdom. Truleg var den delen av prosjektet inspirert av arbeidet til «Helsesista», som på den tida gjorde stor suksess på Snapchat der ho profilerte seg som «hele norges helsesøster», og hadde mange tusen følgjarar. Resultatet etter prosjektet vårt viste imidlertid at ungdomane såg middels nytteverdi av innhaldet på Snapchat, sjølv om dei var positive til tilbodet. Bruken av Snapchat hadde tilsynelatande ingen innverknad på besøkstala til skulehelsetenesta. Fysisk tilgjenge og opningstid var framleis den viktigaste drivaren for besøkstala (Pettersen, 2020). «Helsesista» har fått kritiske spørsmål rundt kvalitetssikring og personvern i sitt arbeid (Andresen og Stene, 2019). Vårt lokale prosjekt viste at det er viktig at vi ikkje kaster oss på nye trender ut frå tanken om at «vi må vere der ungdomane er», utan å vite om det er ein forskningsbasert nyttig måte å jobbe på og noko som ungdomane har behov for.

Ungdom forventar i dag at helsesjukepleiar er tilgjengeleg digitalt, og eg ser nytten av det i mitt arbeid, der vi brukar sms og chat via Teams aktivt for timeavtalar og korte samtalar. I arbeidet med denne oppgåva ynskte eg å vite meir om muligheiter og utfordringar med å bruke digitale verktøy for å hjelpe ungdom. Kva er effekten av digital helsehjelp i forhold til fysiske møter? Kva kan vi miste? Kan digital kontakt vere med å styrke relasjonen mellom elev og helsesjukepleiar? Kan bruk av digitale verktøy bidra til at fleire ungdomar får hjelp?

1.2 Problemstilling

Problemstillinga eg kom fram til:

Korleis kan helsesjukepleiar bruke digitale verktøy for å hjelpe ungdom?

1.3 Avgrensningar og definisjon av sentrale begrep

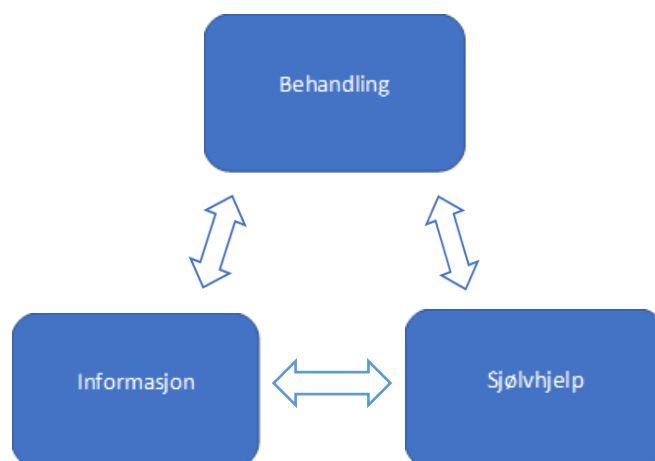
Oppgåva handlar om helsesjukepleiar sitt arbeid med ungdom i vidaregåande skule.

Oppgåva er avgrensa til bruk av digitale verktøy i møte med ungdom som tek kontakt via chat eller oppmøte og har eit opplevd individuelt problem/behov. Dette kan vere ungdom helsesjukepleiar har kontakt med og følger opp over kortare eller lenger tid. Oppgåva er begrensa til dei digitale verktøy som kan brukast innanfor personvernramma i stillinga til helsesjukepleiar og er forskningsbaserte.

Oppgåva handlar ikkje om digital helsehjelp/informasjon via sosiale medium, reine digitale sjølvhjelpssider eller hjelpetelefonar. Det er heller ikkje plass i oppgåva til å drøfte utfordringane knytta til digitale verktøy og personvern, taushetsplikt og dokumentasjon, sjølv om dette er sentrale problemstillingar.

1.3.1 Digitale verktøy

Nordgreen og Repål (2021) presenterer ein modell som viser korleis ulike digitale verktøy kan fremje psykisk folkehelse:



Informasjon: Fritt tilgjengeleg via websider/appar. Kan vere tekst, lyd eller film. Døme til ungdom kan vere helsenorge.no, ung.no eller sexogsamfunn.no.

Sjølvhjelp: Fritt tilgjengeleg via websider/appar. Informasjon og øvingar som skal gjere det enklare å endre livsstil og mestre eigne problem/symptom. Døme er kognitiv.no, depresjonsappen.no eller selvhjelp.no.

Behandling: Har same mål som sjølvhjelp, men behandling inneber kontakt med helsepersonell. Heile eller delar av behandlinga kan foregå digitalt og ein kan ha ulik grad av kontakt med fagperson via telefon, chat, videokonsultasjon eller korte fysiske møter. Behandling kan bli kalla *veileda sjølvhjelp* eller *veileda internettbehandling*.

Informasjon, sjølvhjelp og behandling kan sjåast på som ein trappetrinnsmodell, som tre trinn i ei kjede av intervensjonar, der personen går frå informasjon, via sjølvhjelp til behandling eller motsett veg. Tanken bak modellen er at personar startar på ein intervensjon på lavast mogleg nivå, og får tilbod om meir omfattande hjelp etter behov. Ved bruk av trappetrinnsmodellen, kan ein finne balanse mellom å gi eit avgrensa tilbod til mange og eit omfattande tilbod til få.

1.3.2 Skulehelsetenesta

Skulehelsetenesta arbeider ut i frå Nasjonal faglig retningslinje for helsestasjons- og skulehelsetenesta (Helsedirektoratet, 2017). Alle skular skal ha tilbod om skulehelseteneste, som eit gratis lavterkel helsetilbod til alle elevar. Tilnærminga skal vere både universell og individuell. Tenesta har ofte fast trefftid på skulane der elevane kan droppe inn utan avtale. Formålet er å fremje psykisk og fysisk helse, gode sosiale og miljømessige forhold og forebygge sjukdom og skader. Skulehelsetenesta har fokus på å

oppdage psykiske plager tidleg og vere merksam på mulige bakanforliggende årsaker ved alle henvendelsar frå ungdom. Skulehelsetenesta samarbeider med heim, skule og øvrig hjelpeapparat.

Helsesjukepleiar kan følge opp elevar over lang tid og ha muligheit til å bygge gode relasjonar, men det er også mange korte møter med elevar der ein møtes fysisk kanskje berre ein gong, eller kun har digital kontakt.

Helsesjukepleiar skal ikkje drive *behandling*, men ha støttesamtalar med fokus på helsefremjing og forebygging. Denne oppgåva handlar likevel litt om bruk av den type digitale verktøy som Nordgreen og Repål (2021) kallar *behandling*, fordi eg meiner skiljet mellom behandling og støttesamtalar er flytande, og at verktøya ofte kan brukast fleksibelt.

1.4 Disposisjon av oppgåva

Oppgåva har fem delar. Del 1 er innleiing med bakgrunn for problemstilling. I del 2 blir relevant teori presentert. Del 3 handlar om metode. I del 4 blir resultat av litteratursøk presentert. Del 5 er drøfting av problemstilling i lys av teori, litteratur og forskning, medan del 6 er ei oppsummering av oppgåva.

2.0 Teoretisk referanseramme

2.1 Relasjon og allianse

Relasjon blir betegna som ein forbindelse eller eit forhold mellom to eller fleire. Når samtalen er ein viktig del av arbeidet med menneske, er evna til å bygge allianse med klienten heilt avgjerande for å lykkast (Jensen og Ulleberg, 2011).

«Møtet med den andre», mellom eit *eg* og eit *du*, står sentralt hos filosofen Martin Buber. Buber beskriv dette møtet som eit vågestykke. Ein investerer seg sjølv samtidig som ein taper noko av styringa og kontrollen over det som skjer. Møtet mellom *eg* og *du* er basert på at begge partar er aktive og deltakande, og i samtalen blir noko nytt til som ingen hadde planlagt på førehand. Møtet med den andre kan bringe fram endringar (Eide m.fl, 2011).

Sentralt i Emmanuel Levinas etikk står begrepet «møtet med den andres ansikt». Når den andre henvender seg til meg med sitt opne ansikt, er det noko eg aldri kan forstå, men som ved kvart møte grip forstyrrende inn, utanfrå, i mi eiga forestillingsverd. Eg kan også møte den andre indirekte, for eksempel gjennom ei bok, brev eller melding (e-post, sms, facebook) I dèt eg blir stilt overfor eit ansikt, vert det uvilkårleg skapt ei spenning i meg. Ulikevekta, den umiddelbare trangen til å gjenopprette balansen i møtet med den andre, er ein måte å beskrive ansvar på. Det er ein etisk situasjon. Forståing og kunnskap er resultat av forsøka på å gjenopprette likevekta (Eide m.fl, 2011).

Filosofen Knud E.Løgstrup meiner at vi våger å møte den andre fordi vi har tillit til at vi blir tatt imot på ein god måte. Når gjensvaret er positivt og den andre viser tillit tilbake, kan møtet utvikle seg og relasjonen utdjupast. I alle samtalar utleverer vi noko om oss sjølv. Det gjeld både innhaldet i det vi seier, men også korleis det blir sagt. I relasjonen har vi makt til å fremme eller hemme den andre si livsutfolding. Korleis kan eg vite kva som fremmar den andre sitt liv? Hos Løgstrup spelar nestekjærleiksbodet ei sentral rolle. Det forutset at menneske har felles erfaringar som er så pass like at vi har mulighet til å tenke oss inn i den andre sin stad, ane den andre sin situasjon og dermed kome på sporet av den andre sitt beste. Den andre sitt beste er alltid noko meir og annleis enn eg kan slutte ut frå mine erfaringar og mi forståing (Eide m.fl, 2011).

I følge Kvello (2021) definerer Elvins og Green (2008) arbeidsallianse som ein følelseslada og samarbeidande relasjon. Den inneber at barn opplever seg forstått og akseptert. Det inneber ei rolleavklaring i form av kven som bidreg med kva og når i samtalanene. Det handlar også om samtaleform - korleis barnet syns det er greit å snakke om det som er vanskelig og om kva metoder som skal nyttast.

Studier av voksne viser at alliansen har stor betydning for kor godt samtalar hjelper for å lindre psykisk smerte og skape livsendringar. Kor viktig alliansen er, varierer med kva type vanskar ungdom har, kor sterkt motivert dei er for endringssamtalar samt metoden som blir benytta (Kvello, 2021). I undervisning på Høgskolen i Molde 09.03.22, utdjupa Kvello dette: Når ein ungdom har eit avgrensa problem og er ressurssterk, er kompetanse viktigare enn allianse. Viss livet derimot er strevsomt og ungdommen har dårlege relasjonserfaringar, vil alliansen vere viktigare.

2.2 Kommunikasjon

Nyare kommunikasjonsteori har som utgangspunkt at kommunikasjon er eit relasjonelt fenomen, der alle partar er aktive i meiningsdanning og fortolkning. Kommunikasjon er ein prosess som er dynamisk og kompleks. Rammene rundt vil bidra til tolkninga av det som blir kommunisert. All kommunikasjon foregår i relasjonar og ein kan ikkje ha ein relasjon utan at det foregår kommunikasjon. I følge Gregory Bateson kommuniserer vi alltid på fleire nivå samtidig. Parallellt med innhaldet i samtalen, om den er fysisk eller digital, kommuniserer vi også indirekte om korleis vi ser forholdet vårt. Orda finst aldri åleine. Bateson var interessert i det som ligg mellom orda og det som blir kommunisert utanfor språket (Jensen og Ulleberg, 2011).

Røkenes og Hansen (2012) i Kvello (2021) har laga ein kommunikasjonsmodell som vektlegg konteksten si betydning for kommunikasjon. Det inneber sjølvinnsikt og å kunne ta perspektivet til den andre. Når ein deler sine perspektiv med kvarandre, kan det skapast eit intersubjektivt opplevingsfellesskap. Ut av dette kan det etablerast eit felles perspektiv (Kvello, 2021).

Rundt 60-65% av meininga i kommunikasjon blir formidla nonverbalt. Samtalar handlar mykje om signalisering via og fortolkning av det nonverbale (Kvelling, 2021).

I følge Peter Lang i Hertz (2017), har språket ei enorm kraft og er kanskje det viktigaste verktøyet vi har i forhold til våre medmenneske. Det er måten vi snakkar om ei handling på som er med på å gjere ein forskjell. Språket berører oss emosjonelt og bevegar oss kroppslig. Uante utviklingsmuligheiter handlar om dei muligheitene vi kan begynne å ane når vi er på utkik etter dei, og kikar ved sidan av det mønsteret vi umiddelbart ser.

Nysgjerrigheita til dei uante muligheitene blir fremma ved at vi gir språket ein positiv kontekst. Det handlar om å kreativt og nysgjerrig leite ved sidan av det vi umiddelbart får auge på. Essensen i dei uante muligheitene er at vi ikkje veit kva som lèt seg gjere, før vi har prøvd det (Hertz, 2017).

2.3 Empowerment

Begrepet «Empowerment» vart lansert i Ottawa-charteret i 1986, og definert som ein prosess som gjer folk i stand til å auke sin kontroll over eigen helsetilstand og til å forbetre eiga helse. Empowerment som strategi i folkehelsearbeidet betyr at folk ut i frå sin eigen situasjon blir i stand til å definere sine egne problem og finne sine egne løysingar i fellesskap med andre. Det fins ingen norske ord som dekker dette betydningsinnhaldet (Forskning.no, 2010).

2.4 Salutogenese

Aaron Antonovsky utvikla teorien om salutogenese, eller «oppleving av samanheng» (OAS). OAS består av tre element: meningsfylde, begripelegheit og handterbarheit (Børjesson, 2017). Salutogent perspektiv i veiledningssamtalar, inneber eit helsefremjande fokus på ressursar og ferdigheiter.

Meningsfylde blir skapt i trygge samanhengar, og for at mening skal oppstå, er det viktig å avklare rammer som: Kvifor er vi her, kva skal vi gjere og kva er meininga med samtalanene? Relasjonar kjenneteikna av tilhøyrse, fellesskap og tillit har stor betydning. *Begripelegheit* heng saman med forståing og innsikt. Her er det av betydning at ein brukar språk og begrep som er lette å forstå.

Handterbarheit handlar om det vi gjer, dei handlingane som fører fram til at vi klarer dei utfordringane vi møter. Det handlar om dei strategiar, modellar og metoder vi brukar for å jobbe oss framover. Målsettinga med OAS er å leite etter ressursar, styrkar og verdifulle ferdigheiter, slik at ein pakkar mstringsstrategiar og friskfaktorar i livsbagasjen sin.

Viss eg i møte med unge har eit salutogent perspektiv, påverkar det kva spørsmål eg stiller og kva øvingar eller kreative verktøy eg vel å arbeide med. Antonovsky viser til at når menneske opplever meaning og forstår nytten ved eit valg, aukar også sjansen for utvikling. Å gi eller vise til kvar kunnskap om helsefremjande faktorar finst, er del av den salutogene tilnærminga. Å presentere den som kjem til samtale for fleire alternativ og vere open for å prøve noko nytt er avhengig av at ein har tilgang til ny kunnskap. Det som passar for eitt individ, passar ikkje for eit anna. Ein sterk friskfaktor er å ha tilgang til fleire problemløysingsmodellar.

Kontakt via e-post og sms er kommunikasjon utan kroppsspråk og utan muligheit til å bruke toneleie, stemmevolum og anna ytre kommunikasjon. Det er difor av stor betydning kva ord vi vèl å bruke og korleis vi formulerer oss (Børjesson, 2017).

Tillit til seg sjølv og andre er grunnlaget for relasjonar og kommunikasjon. Hvis forslag, tips og presentasjon av problemløysingsmodellar kjem før vi har oppnådd tillit, vil dei unge takke nei, vere likegyldige eller tenke at det ikkje er vits i å prøve. Ved heimeoppgåver er ein viktig faktor korleis det blir presentert for ungdomen og at det er tydeleg og klart kva som skal gjerast. Det er viktig å forklare oppgåva si rolle og meaning og å motivere den unge. Ungdomar gjer det som opplevast meningsfylt (Børjesson, 2017).

3.0 Metode

Metode kan beskrivast som å følge ein viss veg mot eit mål (Dalland, 2017).

Eg vil no beskrive vegen og gjere greie for dei vala eg har tatt undervegs mot målet.

I oppgåva brukar eg metoden litteraturstudie for å samle data om tema, belyse og drøfte problemstillinga. I fylgje Magnus og Bakketeig (2000) handlar litteraturstudie om å kritisk samle inn og systematisere skriftleg litteratur og forskning. Ei klar formeining om kva ein ynskjer å undersøke, er vesentleg for å vere mest mogleg spesifikk i litteratursøket.

Samtidig skal ein vere medviten om kva som er gode kjelder og kva forskning som er av god kvalitet. Målet med eit litteraturstudium er ikkje å kome med nye funn, men samanfatta litteratur og forskning og drøfte dette.

3.1 Litteratursøk og datainnsamling

Eg valgte først temaet relasjon og ungdom, og starta med å få ei oversikt over fagfeltet ved å lese pensumlitteratur og søke i databaser. Søka var prega av lite system i starten. Dette førte til mange og varierte treff, og eg fann etterkvart artiklar som vekte interessa mi for eit anna tema, digital ungdomshelse, og eg bytta difor tema. Deretter formulerte eg ei problemstilling og laga søkeord for å kunne gjennomføre meir målretta søk. I denne prosessen brukte eg eit PICO-skjema, som er til hjelp for å strukturere søkeorda til bruk i ulike databaser.

3.1.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

For å spesifisere søket ytterlegare, gjorde eg desse avgrensningane i databasene:

- aldersgruppe ungdom (oftast 13-18 år)
- Artiklar nyare enn 2015
- Europeisk

3.1.2 Databasesøk

Eg starta med å søke i databasen Oria avansert 23.01.22. Eg brukte søkeorda relasjon+ungdom+helses*. Eg fekk 61 treff, mellom anna masteroppgåva til Nyhus (2010).

Nytt søk i Oria 27.02.22 med søkeorda digital+helse+ungdom+effekt ga 37 treff. Det meste var ikkje relevant for oppgåva, men ved hjelp av «snøballmetoden», det vil seie at eg studerte referanselista til ein annan artikkel, fann eg den svenske studien frå 2018 som er inkludert i oppgåva.

I avansert søk i Medline 08.03.22 brukte eg desse søkeorda:

- Public Health Nursing or community health nursing or school nursing or school health services.
- digital*.mp. or internet*.mp.
- Kombinasjonen av 1 og 2.

Her fekk eg 83 treff og gjekk gjennom alle for å vurdere relevans. Ingen var direkte relevante til problemstillinga, men eg fann ei planlagt tysk studie som viser til at det er få studier om bruk av digital helsehjelp til barn/ungdom i skulen og at det er behov for å studere dette meir.

Søk i Cinahl advanced 10.03.22 hadde desse søkeorda:

- public health nurs* or community health nurs* or School nurs*
- and digital or internet or electric

Her fekk eg 45 treff, mellom anna artikkelen frå Storbritannia som er inkludert i oppgåva. Dei resterande artiklane og studiene som er inkludert i oppgåva er funne ved hjelp av «snøballmetoden», der eg har studert referanselister til bøker og andre artiklar innan fagfeltet.

3.2 Metodekritikk

Eg har brukt lang tid på søkeprosessen og det har vore ei utfordring å finne gode artiklar og forskning som omhandlar ungdom og som var relevante for problemstillinga. Ei viktig årsak til det, er at digital ungdomshelse er eit relativt nytt fagfelt der det har foregått nærmast ein revolusjon siste tiåra. Mykje av litteraturen på feltet er difor gamal og utdatert. Nyare litteratur og forskning av god kvalitet, handlar hovudsakleg om vaksne. Litteraturstudie har difor begrensingar i forhold til å belyse problemstillinga, men ved å ta med ei norsk ungdomshøyring samt studier av ungdom frå England og Sverige, trur eg likevel at eg har klart å belyse temaet frå fleire sider og på ein god måte.

3.3 Kildekritikk

I vurdering av artiklar har eg delvis brukt Malteruds sjekklister for kvalitative studier. «Ungdomshøringen 2018» frå Oslo kommune er ei høyring og ikkje ei forskningsbasert studie. Det er usikkerheit knytta til kvaliteten på utvalg og metode og kor påliteleg resultatene er, men eg vèl likevel å ta med innspela ungdomane har om digital kontakt med skulehelsetenesta, fordi eg vurderer utvalet av informantar som variert og stort nok til å vere representativt for fleire, innspela er av nyare dato og er relevante for oppgåva ved å vise ungdomane si stemme og perspektiv om temaet.

Forforståing betyr at vi allereie har ei meining om eit fenomen før vi undersøker det (Dalland, 2017). I utvalg av artiklar, trur eg at mi mangeårige rolle som helsesjukepleiar der eg hovudsakleg har hatt fysiske møter og samtalar med ungdom, kan ha påverka kva eg ser på som relevant. Mi forforståing er kanskje at dei fleste ungdommar ynskjer fysiske møter og ein nær relasjon til hjelpar dersom det er mogleg. Eg har difor vore bevisst på å ta med nokre perspektiv som seier noko anna.

4.0 Presentasjon av litteratur og forskning

4.1 Ungdomshelse i en digital verden

Helsedirektoratet (2018, A+B) står bak «DIGI-UNG»-prosjektet, som skal samordne og videreutvikle digitale tenester til ungdom i alderen 13-20 år. Prosjektet tek utgangspunkt i nettstaden ung.no, men vektlegg også digital utvikling i skulehelsetenesta.

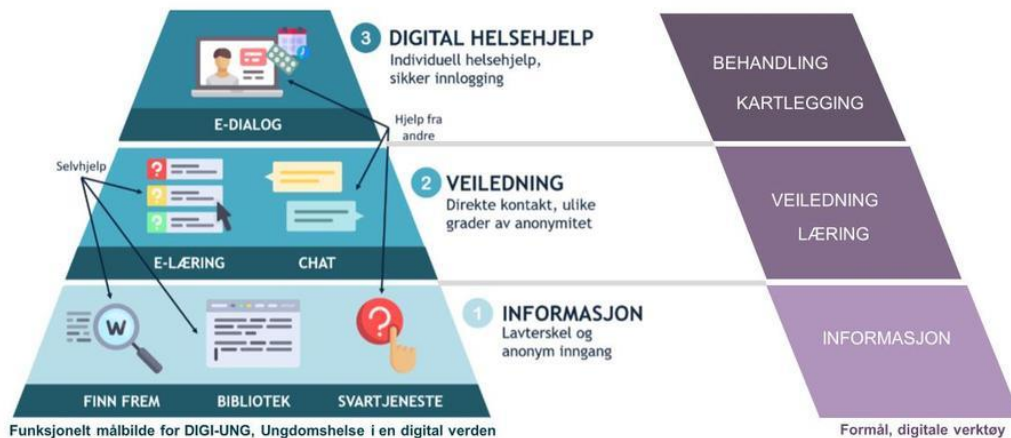
«DIGI-UNG» har samla innspel frå ungdom ved hjelp av intervju, workshop og spørjeundersøking. Det er gjennomført brukarintervju med 22 ungdomar frå 3 norske store kommuner. Utvalet hadde variasjon mtp kjønn, geografi og grad av vanskar og behov for oppfølging. På workshop deltok 64 ungdomar frå 22 ulike brukarorganisasjonar, samt ein del uorganiserte ungdomar. 14 av 18 fylker var representert. Alle aldersgrupper frå 13 til 25 år var representert. Digital brukarundersøking testa funna frå intervju og workshop. Den hadde bra svarprosent, men kan ikkje sjåast på som representativ. 1060 ungdomar i alderen 13-20 år svarte, med god variasjon av alder, geografi og helseutfordringar. 76% var jenter.

Innspela frå ungdomane viser kvar dei går når dei treng informasjon, råd eller helsehjelp. Resultata viser at dei føretrekk å bestille time til helsesjukepleiar gjennom sms eller app. Dette gjeld særleg dei ungdomane som er misfornøgdde med eiga helse. 62% føretrekk å ha samtale med helsesjukepleiar kun ansikt til ansikt. 23% ynskjer muligheit for video/chat-samtale av og til. Skepsisen til chat/video-samtalar avtek med alderen, for i alderen 19-20 år, ynskjer 40% dette. Gutar ynskjer chat/video i litt større grad enn jenter. 40 % meiner muligheita for chat/video-samtale hadde bidrege til at dei tok kontakt med helsesjukepleiar oftare. Dette talet er høgare blant gutar.

Det vart sendt ut spørjeundersøking til alle landets helsesjukepleiarar som arbeider med ungdom. Prosjektet anser ikkje undersøkinga som representativ, men den har bra svarprosent. 627 helsesjukepleiarar svarte. Alle fylker var representert, store og små kommuner. Helsesjukepleiarar meinte at bruk av digitale tenester for å nå ut til ungdom er eit viktig tema der det er behov for meir kunnskap og klare retningslinjer frå helsemyndighetene. Undersøkinga viser av 1 av 2 har tatt i bruk digitale kanalar, og fleire vurderer det. Dei som brukar det er positive. Helsesjukepleiarar meiner den viktigaste

fordelen er å kunne dele informasjon raskare og lettare, samt senke terskelen for at ungdom tar kontakt. Dei som brukar digitale kommunikasjon med ungdomar, opplever auka besøk i tenesta. Utfordringa som blir mest nemnt, er usikkerheit rundt korleis bruke det på ein fagleg forsvarleg måte, til dømes med tanke på sensitiv informasjon. Èin konklusjon i rapporten er at ungdomar slit med å få hjelp frå tenesta grunna manglande tilgjenge eller tillit. Mange får ikkje tak i helsesjukepleiar når dei treng det.

DIGI-UNG-prosjektet anbefalar ein samordningsmodell som tilbyr ungdom eit heilskapleg digitalt forløp frå helsefremjande informasjonstenester med lav terskel til fullverdig individuell digital helsehjelp:



Ung.no er hovudinngang på nivå 1. Nivå 3 er tenkt knytta til helsenorge.no og at kommuner kan innføre løysinga i sitt eksisterande helsetilbod. Ungdom skal enkelt kunne finne helsetilbod og kontaktperson i si kommune via ung.no og bestille time der. Sjølvhjelp skal vere primær mestringsstrategi, men gjerne med veiledning frå andre. Det er tenkt at dei fleste ungdomar vil kunne løyse utfordringane sine berre ved å ha tilgang til god informasjon, nokre vil treng litt veiledning og nokre vil ha behov for helsehjelp.

Studiene i «DIGI-UNG» har til saman stort og variert utval av informantar, noko som gjer at eg vurderer dei til å ha god ekstern validitet, det vil seie at funna er overførbare og representative for mange ungdomar i Norge. Ei svakheit er at det manglar intervju frå mindre kommuner.

4.2 Ungdomshøringen 2018 – ungdom om digitalisering

Dette er ein høyringsrapport og ikkje ein forskningsbasert studie (sjå 3.3 kildekritikk).

Ung Medbestemmelse (UngMed) står bak høyringa, på oppdrag frå Oslo kommune (2018). 56 ungdomar i ulike aldrar og frå ulike sosiale lag og deler av Oslo deltok i høyringa som handla om «ungdom og digitalisering».

Innspele ungdomane har om digital kontakt med skulehelsetenesta, viser at dei er skeptiske til at det menneskelege skal forsvinne og meiner at ein ikkje kan erstatte menneske med maskiner. Dei meiner ansikt-til-ansikt er best der det er mogleg, men at digitalisering er viktig for å auke tilgjenge av tenester. Dei meiner det er praktisk å bruke digitale løysingar for å bestille time og stille spørsmål til skulehelsetenesta, til dømes via sikker chatteteneste, gjerne på same plattform som skulen. Ungdomane vil helst halde dette atskilt frå sosiale media som Snapchat, der dei har privatlivet sitt. Ungdomane trur chat kan senke terskelen og gjere det mindre skummelt å stille spørsmål. Nokre føler dei kan opne seg betre bak ein skjerm. Dei syns det er viktig å få valet mellom å chatte eller ha eit fysisk møte.

4.3 Chat- and internet-based cognitive-behavioural therapy in treatment of adolescent depression

Svensk studie frå Linkøping universitet ved Topooco m.fl (2018). Kombinasjon av kvalitativ og kvantitativ metode - spørjeskjema og intervju.

Bakgrunn for studien er at depresjon er ein viktig bidragsytar til sjukdom hos ungdom og at internetbaserte intervensjonar kan auke tilgangen til behandling. Målet er å evaluere effekten av internetbasert kognitiv atferdsterapi, inkludert chat-kommunikasjon, i behandling av ungdomsdepresjon.

70 ungdomar mellom 15 og 19 år med depressive symptom var med i studien. Dei vart randomisert til nettbasert kognitiv terapi – ICBT, og samanlikna med ei kontrollgruppe. Resultata viste signifikante reduksjonar i depressive symptom, som favoriserte ICBT framfor kontrollgruppa. Ein signifikant høgare andel av ICBT-deltakarane enn kontrollgruppa viste ein 50 % reduksjon av symptom etter behandling. Forbedringa varte etter 6 månader. Konklusjonen er at intervensjonen ser ut til å redusere symptom på depresjon hos ungdom effektivt, og at støtta ungdomen får gjennom relasjon til terapeuten spelar ei viktig rolle for resultatet.

Ei ny studie ved same universitet i 2019 målte effektiviteten av ICBT til same kategori ungdomar, men blanda med vekentlege terapeutsejsonar via chat. Resultata var i tråd med første studien, og styrker dermed validiteten av den.

Eit etisk spørsmål og mulig svakheit ved denne studien er at det ikkje kjem klart fram kva oppfølging kontrollgruppa fekk. To svenske forskarar utforma programmet og behandlingmaterialet, og det er ukjent om dei har hatt eigeninteresse i studien. Ingen av forfattarane får inntekter frå programmet.

4.4 Are text messaging services the new platform for communication with children and young people?

Britisk fagartikkel av Dodd (2017) om bruk av ChatHealth, ei tekstmeldingsteneste for skulehelsesjukepleiarar retta mot ungdom 11-19 år. Bakgrunn for innføring av tenesta var at mange ikkje visste korleis dei kunne få tak i helsesjukepleiar på skulen. Drop-in, avtale via telefon eller avtale om samtale via lærar, kunne vere ein vanskeleg barriere for mange elevar, spesielt viss ein var sjenert eller hadde store problem. Det var synleg kven som gjekk til helsesjukepleiar. Elevane ynskte å velge korleis og når dei kunne kontakte helsesjukepleiar.

Pilotstudier av ChatHealth frå 2014 viser at det er viktig med synleg helsesjukepleiar på skulen som kan tilby tidlig hjelp og støtte, på ein måte elevane sjølve kan velge. Dei beste resultata av å bruke ChatHealth har ein sett i etniske minoritetsgrupper, hos unge menn (her var det dobbelt så mange som tok kontakt med helsesjukepleiar via sms som ansikt-til-ansikt) og hos dei som har heimeundervisning. Studiene viser at ungdom syns det er mindre flaut og lettare å snakke om problem når dei kan gjere det bak skjermen.

Helsesjukepleiarar er positive til bruk av ChatHealth – dei opplever det som ei sikker teneste tilpassa behova til elevane, men som ikkje har innverknad på tidsbruk.

Konklusjon frå studien er at behovet for digitale arbeidsmåtar er nødvendig, slik framtidens helsevesen er forma. Digital kommunikasjon er spesielt viktig for ungdomar som er vanskelige å nå eller som treng tid før dei er komfortable med å kommunisere i ein ansikt-til-ansikt-interaksjon. Sjølv om ChatHealth har positiv effekt på ungdom i Storbritannia, bør ikkje betydninga av ansikt-til-ansikt-konsultasjonar undervurderast. Heller enn å sjå på dei to som separate enheiter, kan den eine påverke den andre positivt.

Forfatternen håper at tekstmeldingstenester blir tatt i bruk av altruistiske grunnar og ikkje mest grunna økonomi. Den økonomiske gevinsten kan bli betydelig når ein samanliknar kor mange som tek kontakt på nett kontra ansikt-til-ansikt.

Sjølv om skulehelsetenesta i Storbritannia er ulik den norske, vurderer eg funna i denne artikkelen som relevante for norske forhold, sidan det truleg er liten forskjell på bruken og behovet for digital kommunikasjon blant ungdom i ulike land.

4.5 Du ser det er et eller annet

Kvalitativ masterstudie av Nyhus (2010) med dybdeintervju av 4 helsesjuepleiarar om korleis dei erfarer og handterer psykiske plager hos unge. Nokre var bevisste i bruk av sms og e-post i kontakta med dei unge, for å fremje medverknad og nærleik til dei. Studien viser at ikkje alle er like positive til bruk av digital verktøy, men dei som bruker det har stort sett gode erfaringar. Dei opplever det som tidsbesparande og at ungdom er godt kjent med denne måten å kommunisere på. Studien antyder at det kan vere lettare for unge å ta kontakt med helsesjuepleiar på sine premiss digitalt, og at sms/internett kan bidra til å forskyve maktbalansen i relasjonen mellom fagperson og brukar i retning av at dei kjem nærare kvarandre og kommuniserer bedre. Bruk av sms og internett kan også gjere det mogleg for helsesjuepleiar å utøve omsorg sjølv om avstanden er stor.

Svakheiter ved studien er få informantar, alle frå same kommune. Det er eit strategisk utvalg der forskar har spurt kven som vil delta. Dei som er med i studien både kan og vil uttale seg om det forskaren er interessert i. Vi får ikkje ungdomane sitt perspektiv. Studien er frå 2010 og gamal i forhold til problemstillinga i oppgåva.

Trass svakheitene, vèl eg å ta den med, fordi den har helsesjuepleiar sitt perspektiv og funna utfyller dei andre studiene.

5.0 Korleis kan helsesjukepleiar bruke digitale verktøy for å hjelpe ungdom?

Den digitale utviklinga siste tiåra har gjort det heilt nødvendig med omstillingar på alle samfunnsområde, inkludert skulehelsetenesta. Innspela ungdomane kjem med i «DIGI-UNG»-prosjektet (Helsedirektoratet, 2018) og «Ungdomshøringen 2018» (Oslo kommune, 2018) er mykje i tråd med resultata frå den britiske pilotstudien av «ChatHealth» (Dodd, 2017), og tyder på at skulehelsetenesta ikkje har klart å omstille seg digitalt i takt med det ungdomane ynskjer og forventar i dag. Den kvalitetssikra kunnskapen helsestasjonane representerer, er lite tilstades på den digitale arenaen, trass i at brukargruppa er meget digitalt aktive. I følge spørjeundersøkinga i «DIGI-UNG»-prosjektet er det mange helsesjukepleiarar som ynskjer å vere meir digitale og ser behovet, men er avventande til å ta det i bruk fordi dei er usikre på korleis bruke digitale verktøy på ein sikker og god måte. Det er gode grunnar til å vere avventande. Kritikken «Helsesista» har fått, handlar mykje om kvalitetssikring av tenesta og det etiske aspektet ved å tilby ei teneste der ein ikkje har moglegheit til å hjelpe alle som tek kontakt og har behov. Samtidig veit vi at mange ungdomar strever, og mange opplever det vanskeleg å kome i kontakt med og få hjelp av helsesjukepleiar. Dette bekrefter innspela frå ungdom i studiene som er presentert. Ein kan difor forstå at helsesjukepleiar er etterspurt på den digitale arenaen. Men korleis kan helsesjukepleiar bruke digitale verktøy for å hjelpe ungdom på ein god og kvalitetssikra måte?

Utgangspunktet for å kunne hjelpe, må først og fremst vere at ungdom opplever det mogleg og enkelt å kome i kontakt med helsesjukepleiar når han/ho har behov for det. Innspela frå ungdom viser at det først og fremst er dette dei etterspør digitale løysingar for. Både den britiske pilotstudien (Dodd, 2017) og den norske masterstudien (Nyhus, 2010), peikar på at det for enkelte grupper, som minoritetsspråklege, sårbare ungdomar og for gutar, kan vere spesielt viktig at dei har moglegheit til å ta kontakt digitalt først, før dei føler seg trygge på å møte helsesjukepleiar ansikt til ansikt. Desse funna understrekar alvoret i at helsesjukepleiar gjer seg tilgjengelig på den arenaen ungdomen føler seg mest komfortabel, slik at ein kan ha eit reelt tilbod til alle, og spesielt til dei som er sårbare og kanskje treng helsesjukepleiar mest. Dette heng saman med det Kvello (2021) skriv om

arbeidsallianse og samtaleform – at det er viktig for kvaliteten på relasjonen at vi er opptatt av korleis ungdommen syns det er greit å snakke om det som er vanskeleg. Gjennom digitale tenester kan ungdom bli kjent med skulehelsetenesta i eige tempo og på eigne premiss. Dette kan bidra til å ufarleggjere tenesta, samt senke terskelen for å ta kontakt.

Den første kontakta, eller «møtet med den andre» som Buber kallar det (Eide m.fl, 2011), er svært viktig for korleis relasjonen blir vidare. Buber beskriv dette møtet som eit vågestykke, der ein taper noko av kontrollen over det som skjer. Levinas meiner dette «møtet med den andres ansikt» også kan foregå indirekte, til dømes digitalt, og opnar dermed for at ein god relasjon ikkje må vere ein fysisk relasjon (Eide m.fl, 2011).

Mi erfaring med ungdom tilseier at det er viktig å få til ein raskast mogleg allianse med ei felles forståing av kva ungdommen ønsker og har behov for. Det er ikkje alltid god tid til relasjonsbygging. Når ungdom tek kontakt, ynskjer dei ofte hjelp her og no. Då er det essensielt at helsesjukepleiar er lett tilgjengelig, også digitalt. I følge Kvello (2021) vil viktigheita av allianse avhenge av kor avgrensa problemet er. I tilfelle der ungdom har eit konkret spørsmål eller problemstilling, og livet ellers er bra, er ikkje allianse og relasjon like viktig. Då er rask kontakt med helsesjukepleiar viktigast, og at kompetansen er god og nyttig. I slike tilfelle tenker eg at digitale verktøy som til dømes chat, kan erstatte det fysiske møtet. Både helsesjukepleiar og ungdommen sparer tid, og ungdommen får den hjelpa han/ho treng. Relasjon må ikkje vere eit mål i seg sjølv, men eit verkemiddel når det er behov for endring.

I all kontakt med ungdom, om den er fysisk eller digital, er det viktig at ein skaper ein allianse der begge partar er aktive og likeverdige, og der empowerment-tanken er sentral.

Dette inneber å ha mål om at ungdommen skal bli i stand til å ta gode val for eiga helse.

Dette ser eg i samanheng med Buber sin teori om gjensidigheit i relasjonen.

For å jobbe mot målet om empowerment, trur eg det er avgjerande at helsesjukepleiar inntek eit salutogent perspektiv i veiledninga, med fokus på ressursar og ferdigheiter til akkurat denne ungdommen, og tilpassar hjelpa deretter. Tillit til seg sjølv og andre er også sentralt. Dersom tips til metode kjem før vi har oppnådd tillit, vil ungdommen truleg takke nei. Når ungdommen opplever veiledninga som meningsfull og forståeleg i forhold til det han/ho treng hjelp til, vil han/ho lettare kunne klare å gjennomføre (handtere) ei endring. Når ungdommen forstår nytten av eit val, aukar sjansen for endring og utvikling. Eit salutogent perspektiv vil påverke måten helsesjukepleiar møter ungdommen på og kva

verktøy ein vèl å bruke. Helsesjukepleiar må fleksibelt kunne tilpasse hjelpa etter behovet til ungdommen, og det fordrar at helsesjukepleiar har oppdatert kunnskap og fleire verktøy i verktøykassa. Nokre av desse bør vere digitale. I følge Trygve Bøvre i undervisning på Høgskolen i Molde 08.03.21, er det viktig at metoder og verktøy vi brukar ikkje blir «trusretningar», men ei verktøykassa vi kan velge frå, tilpassa den vi hjelper. Vi må gjere ting på nye måtar for at ungdommen skal bli den beste versjonen av seg sjølv.

Levinas er opptatt av at alle møter er ein etisk situasjon, der vi har ansvar for å prøve å forstå den andre. Å vite kva den andre treng er ikkje enkelt, men Løgstrup meiner at vi ved bruk av empati og felles erfaringar kan kome på sporet av den andre sitt beste. Før ein tek i bruk eller anbefalar digitale verktøy i veiledninga, er det difor viktig at ein gjer ei kartlegging av personen sine ressursar og utfordringar for å avklare kva tilnæringsmåte som passar best. Endring kan skje på mange nivå. Kva er beste forma for støtte eg kan gi denne ungdommen? Kva ønsker eller klarer ungdommen å gjennomføre sjølv? Kun fysiske eller digitale møter, eller kombinasjon? Heimeoppgåver? Oppfølging på chat?

Eit av måla til «DIGI-UNG»-prosjektet er at kvalitetssikra informasjon og sjølvhjelp skal bli lettare tilgjengeleg, slik at ungdom i større grad kan få kunnskap og ta gode val for eiga helse. I følge Nordgreen og Repål (2021) er det antatt at kun 2 % av sjølvhjelps litteraturen i dag er kvalitetssikra av fagpersonar. Det er difor meir aktuelt enn nokon gong at helsepersonell bidreg til å vise veg til kvalitetssikra hjelp. Det er av stor betydning at helsesjukepleiar er oppdatert på dei digitale plattformer som tilbyr god og forskningsbasert helseinformasjon og sjølvhjelp til ungdom, og har eit kritisk blick på alt nytt som stadig kjem. Dei råd og anbefalingar helsesjukepleiar gir ungdom, skal vere forskningsbaserte og kvalitetssikra.

Nokre tilstandar eignar seg betre for reine sjølvhjelpsprogram enn andre. I følge Repål (2021) har til dømes studier av reine sjølvhjelpsprogram for søvnevanskar vist god effekt. Dette er kunnskap som er viktig for helsesjukepleiar å ha og formidle vidare til ungdom. Mi personlege erfaring er at søvnevanskar er eit aukande tema på trefftid hos helsesjukepleiar, og det er behov for meir konkret og målretta veiledning. For å kunne anbefale eit sjølvhjelpsprogram, er det viktig at helsesjukepleiar kjenner programmet/appen godt og kan kartlegge om ungdommen har energi og endringsvilje til å

gjennomføre det. Nokre har motivasjon og ressursar til å klare det åleine, andre har behov for litt hjelp til motivasjon undervegs.

I følge Eide og Eide (2017) viser internasjonal og norsk forskning at der digitale verktøy blir brukt i behandling og veiledning av vaksne, gir det både gode resultat og opplevast positivt for pasientane. Mykje tyder på at helsetilstanden blir bedre også på lengre sikt. Nordgreen og Repål (2021) viser til ein gjennomgang av 23 studier som har gjort direkte samanlikning av ansikt-til-ansikt-behandling og veileda internettbehandling for vaksne. Resultata viser at dei to behandlingsformene er like effektive for angst og depresjon og at behandlingseffekten held seg over tid. Den svenske studien (Topooco m.fl, 2018) viser gode resultat av veileda internettbehandling også av ungdomsdepresjon. Studiene bekreftar det same: Terapeutar sparer tid og kan behandle fleire, pasientane har god effekt av behandlinga og er fornøgde. Er desse resultata overførbare til helsesjukepleiar sitt arbeid?

Helsesjukepleiar skal ikkje drive behandling, men i praksis kan støttesamtalar hos helsesjukepleiar og time hos terapeut sjå ganske like ut. Skulehelsetenesta følger opp ungdomar med store psykiske vanskar over lang tid og har god kunnskap om kva som hjelper. Koronapandemien har aktualisert behovet for digitale alternativ til veiledning også innan skulehelsetenesta. Helsesjukepleiarar er avventande, truleg fordi det er lite fokus på og opplæring i bruk av digital helsehjelp i tenesta, og mange føler seg usikre og lite kompetente til å ta det i bruk. I tillegg trur eg mange har ein innebygd skepsis til å bli meir digitale, som bygger på ei forforståing av at det fysiske møtet ansikt-til-ansikt alltid vil vere den beste måten å møte ein menneske som treng hjelp på.

Eg trur skulehelsetenesta i langt større grad enn i dag kan yte bedre hjelp til fleire, ved å ta i bruk digitale verktøy. For ein del ungdomar som oppsøker helsesjukepleiar og treng oppfølging over tid, kan tilbod om digitale verktøy i kombinasjon med fysiske samtalar vere eit godt alternativ. Ungdomen kan chatte med helsesjukepleiar mellom møta om korleis det går eller stille spørsmål. Ein fordel med digital kommunikasjon er at ungdomen får tid til å tenke seg om og har stor grad av kontroll i situasjonen. Han/ho kan ta kontakt eller svare når det passar, uavhengig av tid og stad. Som Nyhus (2010) antyder i sin studie, kan dette også opne for ein nærare og meir likeverdig relasjon og bedre kommunikasjon mellom helsesjukepleiar og ungdom. Det gir også muligheit for helsesjukepleiar å følge opp og gi omsorg til ungdomen uavhengig av tid og stad.

Eindel helsesjukepleiarar brukar digitale verktøy i møte med ungdom, til dømes ved å dele linkar, anbefale oppgåver, filmar eller appar som ungdomen kan sjå og arbeide med mellom møta, men eg har inntrykk av at det er lite systematikk i bruken av det. Eg har tru på at meir systematisk bruk av digitale heimeoppgåver i skulehelsetenesta vil kunne gi litt av same effekten som vi ser i studiene frå veileda internettbehandling. For å få til dette, trengs forenkla behandlingsopplegg som er tilpassa tenesta, med fleksibel bruk og tilpassa kortare og lengre intervensjonar. Auka bruk av digitale heimeoppgåver vil også kunne gjere dei fysiske samtalane meir effektive og målretta. Både helsesjukepleiar og ungdomen vil spare tid. Samtidig vil det for ungdomen kreve større grad av ansvar for gjennomføring og endring – større grad av empowerment. Børjesson (2017) understrekar at ein viktig suksessfaktor ved heimeoppgåver er at dei blir presentert på ein måte som motiverer og at det blir godt forklart kva som skal gjerast. Opplever ungdomane det meiningsfylt og forståeleg, vil dei vere motivert for å gjere det.

Sjølv om studier av digital behandling av angst, depresjon og søvnevanskar viser gode resultat og har stor betydning for at fleire får hjelp raskare, er det viktig å reflektere over kva vi misser ved denne måten å hjelpe på.

Nordgreen og Repål (2021) understrekar at bruk av digital teknologi ikkje passar for alle. For nokre vil det opplevast kjølig og negativt. Det er heller ikkje alle tilstander som skal behandlast ved hjelp av digital teknologi, til dømes akutte livskriser, traumer eller suicidalitet.

I følge retningslinjer for helsestasjons- og skulehelsetenesta (2017) skal helsesjukepleiar i alle møter med ungdom ha fokus på det bakanforliggande, det som ikkje umiddelbart er synleg. Dette tenker eg handlar om det Hertz (2011) beskriv om å få auge på dei uante muligheitene, ved å leite ved sidan av det umiddelbare. Kva type relasjon og kommunikasjon treng ein for å oppdage dette bakanforliggande?

Eg trur ikkje vi skal utelukke den digital kontakta i å kunne oppdage det bakanforliggande. For nokre ungdomar vil kanskje nettopp muligheita til å kommunisere digitalt vere det som gjer at dei klarer fortelle om noko som er vanskeleg – for vanskeleg til å fortelle ansikt-til-ansikt. Pilotstudien frå Storbritannia beskriv eit konkret eksempel på det. Slik eg forstår Peter Lang i Hertz (2011) handlar det kanskje mest om å skape ein kontekst, anten det er fysisk eller digitalt, der ungdomen føler seg sett, høyrte og betydningsfull, der han/ho

opplever at helsesjukepleiar er nysgjerrig og interessert. Dette heng saman med tilliten og kvaliteten på relasjonen ein evnar å skape.

Likevel er der sider ved ansikt-til-ansikt-møtet vi aldri kan erstatte digitalt. Informasjonen ein kan fange opp gjennom pasienten sitt kroppsspråk, blick og tonefall, vil vere sterkt redusert ved digital kontakt. Den non-verbale kommunikasjonen betyr mykje for korleis budskapar blir oppfatta, og er særleg viktig for å sense det som kan vere bakanforliggende, dei små signala som kan fortelje noko anna enn det vi umiddelbart ser eller høyrer. I «DIGI-UNG» og i «Ungdomshøringen 2018» uttrykker ungdom bekymring for at det digitale skal erstatte det fysiske møtet. Dei ynskjer auka digitalisering av skulehelsetenesta, men mest for å ta kontakt. Samtalar om det som er vanskelig vil dei fleste framleis ha fysisk.

I følge Nordgreen og Repål (2021) er det i litteraturen stor semje om at dei emosjonelle banda mellom terapeut og pasient er viktig, og mange er bekymra for at det ikkje blir utvikla slike band i digital behandling. Det er imidlertid stor usemje om kor mykje av behandlingseffekta som kan forklarast ut frå dei emosjonelle banda åleine. Nokre kan føle seg meir sett og få trøst gjennom tekster. Barn kan knyte band til digitale kjæledyr. Å samtale ansikt til ansikt kan vere viktig og nyttig, samtidig som det ikkje alltid treng å vere løysinga for den som søker hjelp.

Det er heller ikkje gitt at dei emosjonelle banda i ansikt-til-ansikt-behandling er av høg kvalitet. Mange gonger kan fysiske møter vere prega av stress og tidspress. Kanskje er det slik at vi blir enda meir bevisste på ordvalg og korleis vi framstår og kva vi signaliserer når vi kommuniserer digitalt og manglar det non-verbale?

Psykolog Svein Øverland brukar veileda internettbehandling aktivt. I følge Øverland (Fleiner, 2019) vil ein i digital terapi få mindre av det impulsive og spontane, det nonverbale, ansiksmimikken, dei små signala, den spesielle augekontakta, det genuine og nydelig sårbare som ingen ord kan beskrive og som ein skjerm alltid vil redusere. På ei anna side meiner han at ein vann mykje. Øverland meiner digital terapi ikkje kjem i staden for, men som eit supplement til dei direkte møta. Brukt saman på ein god måte gir det gode resultat, ein klarer hjelpe fleire og på deira premiss. Dette er i tråd med Nordgreen og Repål sine tankar om temaet, og eg forstår dette som ei oppfordring til etisk-kritisk

refleksjon rundt korleis vi vèl å bruke dei digitale verktøya i møte med ungdomar. Vi må vere bevisste på når det er rett å bruke dei og i kor stor grad vi skal ha kontakt digitalt eller fysisk. Ikkje minst er det viktig å vere merksam på dette når vi kjem i kontakt med ungdomar i akutt krise, som har opplevd traumer eller har suicidale tankar. Då skal ikkje digitale verktøy brukast. Då er helsesjukepleiar sitt nærvær, og nestekjærleiken, slik Løgstrup beskriv den (Eide m.fl, 2011), kanskje det viktigaste verktøyet ein har.

«Digi-ung»-modellen foreslår eit heilskapleg digitalt forløp som går frå ein lavterskel-inngang med helsefremjande informasjonstenester på nivå 1, til forebyggande veiledningstenester på Nivå 2 og individuell helsehjelp på Nivå 3. Dette samsvarar i stor grad med trappetrinnsmodellen Nordgreen og Repål (2021) presenterer.

Hensikta med begge modellane er gode, der eg forstår hovudmålet som empowerment, med samanhengande tenester og sjølvhjelp som primær mestringsstrategi. Om dette nokon gong vil fungere i praksis er eg meir usikker på. I dag er det relativt store skilnader mellom tilbodet ungdom får i skulehelsetenesta i dei enkelte kommunene, og det er mange ulike private organisasjonar og aktørar som tilbyr digitale informasjonstenester og sjølvhjelpsprogram - og appar. Å samordne og kvalitetssikre desse er eit stort arbeid som vil kreve mykje ressurar. Endå vanskelegare trur eg det vil bli å samordne og gjere meir likt tilbodet om individuell helsehjelp til ungdom i kommunene. Så lenge det er opp til kommunene sjølve om dei vil tilby individuell helsehjelp til ungdom via helsenorge.no, vil tilbodet variere etter kvar ungdomen bor.

Den digitale utviklinga er ikkje reversibel, og skulehelsetenesta må tilpasse og utvikle seg. I følge Nordgreen og Repål (2021) er det fem forhold som gjer at dei ser på digital teknologi som ein del av vektøykassa for å fremje psykisk folkehelse: mestring av eiga helse ved å stimulere til bruk av eigne ressursar, auka tilgang til behandling og forebygging, redusert tidsbruk, psykologisk kunnskap ut til alle og fleksibilitet med hensyn til tid og stad. Det meste av dette er det lett å vere einig i er forhold som tener både skulehelsetenesta og ungdomen.

Eit av forholda vil eg likevel stille spørsmål ved: redusert tidsbruk. Er det alltid eit gode? Skulehelsetenesta er, i likskap med alle offentlege helsetenester, pressa på ressursar. Det er stadig fleire ungdomar som oppsøker tenesta, og ein ynskjer å hjelpe flest mogleg med dei ressursane ein har. Digitale verktøy kan gjere det mogleg å hjelpe fleire på mindre tid.

Som tidlegare nemnt kan rein digital kontakt mellom helsesjukepleiar og ungdom i nokre tilfelle vere tilstrekkeleg for å gi ungdomen den hjelpa han/ho treng. Andre gongar kan ein kombinasjon av fysiske møter og digitale verktøy vere den beste hjelpa for ungdomen. Andre gongar har ungdom behov for langvarig oppfølging og støtte, der fysiske møter er nødvendige for at helsesjukepleiar og ungdom kan ha augekontakt og lese kvarandre sitt kroppsspråk slik at ein klarer å bygge ein trygg nok relasjon, ein allianse som kan opne for at helsesjukepleiar ser det bakanforliggande, og at ungdomen klarer å snakke om det vanskelegaste i livet.

Dette er etiske dilemma. På eine sida kan vi sjå på dei lovande resultatane frå studier av digital behandling av depresjon og andre tilstandar, og tenke at her kan ein gi god hjelp til mange og spare tid og ressursar. Det logiske kan vere å redusere fysisk tilgjenge av helsesjukepleiar på skulen, og tilby meir digital hjelp. På den andre sida har vi ungdomen, enkeltmennesket, som ikkje er i stand til å nyttiggjere seg digitale verktøy, og som meir enn noko anna treng å møte eit fysisk menneske som har empati og evne til å sjå bak det umiddelbare og oppdage dei uante mulighetene som ligg der. Då må helsesjukepleiar vere tilgjengeleg og ha god tid.

Nokre gonger ligg dei uante mulighetene i å bruke digitale verktøy, andre gongar ikkje. Nokre gonger kan det vere rett å erstatte det fysiske møtet med digitale verktøy, andre gonger kan dei utfylle kvarandre. Uansett kva måte helsesjukepleiar møter ungdom på, vil alle «møter med den andres ansikt», på eit likestilt nivå av felles menneskelegheit, vekke vår etiske bevisstheit, og relasjonen mellom oss vil vere avgjerande for om vi lykkast med å gi ungdomen den hjelpa han/ho treng.

6.0 Avslutning

Det er mange ungdomar som strever og som søker hjelp i skulehelsetenesta. Altfor mange opplever at helsesjukepleiar ikkje er tilgjengeleg når dei treng det. Digitale verktøy kan bidra til at fleire får hjelpe raskare. Helsesjukepleiar må vere aktivt med i den digitale utviklinga, og det er meir eit spørsmål om *korleis*, *i kva situasjonar* og *i kva grad* vi har nytte av å bruke digitale verktøy i skulehelsetenesta, enn *om* vi skal bruke det. Det aller viktigaste ungdom etterspør, er digitale kanalar for enkelt å kome i kontakt med helsesjukepleiar. Det bør vere ei prioritering å få på plass, saman med nok ressursar.

Det er viktig at helsesjukepleiar er oppdatert på kvalitetssikra digital informasjon og sjølvhjelp, for å kunne veilede ungdom som klarer å nyttiggjere seg det.

I følge Nordgreen og Repål (2021) vil skiljet mellom tradisjonell ansikt-til-ansikt-terapi og internettbehandling bli mindre. I mange tilfelle vil behandlingsformene eksistere godt side om side, i andre tilfelle kan dei supplere kvarandre. Kvar vippepunktet mellom automatisering og veiledning går, er per i dag uklart. Nokre grupper vil kunne arbeide med behandlingsprogram med lite terapeutkontakt, medan andre grupper vil trenge hyppig veiledning for å få behandlingseffekt. Kven som treng kva veit ein per i dag veit ein ikkje svaret på, og det er behov for meir forskning.

Sjølv om Nordgreen og Repål sine refleksjonar handlar om terapi for vaksne, trur eg dei har overføringsverdi til skulehelsetenesta. Det er viktig at helsesjukepleiar er open for å ta i bruk nye digitale verktøy for kommunikasjon og målretta veiledning. Samtidig er det svært viktig å ha eit kritisk-etisk blikk på det som er nytt – å vurdere kvaliteten og nytten. Det er behov for meir tilpassa digitale verktøy til bruk i skulehelsetenesta, som er kvalitetssikra, gratis og lett tilgjengelig for ungdomane. Helsenorge.no og ung.no jobbar med å utvikle dette. Det er få studier om bruk av digital helsehjelp til barn/ungdom i skulen, og ein planlagt tysk studie vil studere dette meir.

Helsedirektoratet (2018,B) antar at «DIGI-UNG»-modellen vil føre til betydelege samfunnsøkonomiske gevinstar, ved at ein kan bidra til at fleire ungdomar held seg psykisk

friske og ikkje treng behandling, samt at livskvaliteten i kvardagen blir bedre. Målet er å gi tidlegare hjelp og bedre oppfølging, samt auke tilgjenge og kapasitet i tenestene.

Skulehelsetenesta bør vere ein viktig aktør i å bidra til dette! I det ligg også eit ansvar for seie frå viss fokuset blir meir på effektivitet og kor mykje vi kan spare, enn på kvaliteten på hjelpa vi gir til enkeltmennesket. «Møtet med den andres ansikt» og alt dette møtet kan romme av uante muligheiter, kan ikkje målast i kroner og øre.

Det er viktig at helsesjukepleiar er oppdatert og innovativ og er med på å utvikle tenesta til beste for dei ungdomane ein skal hjelpe. Samtidig er det lett å bli «riven med» av trendar og strøymingar og det kan vere vanskeleg å navigere i ein jungel av nye metoder og verktøy. Uansett kva metoder helsesjukepleiar vèl å bruke, om det er fysiske eller digitale verktøy, kjem ein ikkje utanom at kanskje det aller viktigaste er å sjå på seg sjølv som eit verktøy: Å vere bevisst kva kunnskap ein tileignar seg og formidlar vidare. Å vere bevisst eigne styrkar og svakheiter. Å vere bevisst eigne verdiar og haldningar. Å vise empati. Dette er er tråd med Røknes og Hansen sin kommunikasjonsmodell, som seier at kommunikasjon inneber sjølvinnsett og å kunne ta perspektivet til den andre.

«Digitale verktøy er ikke helende i seg selv, men et hjelpemiddel for å styrke relasjonen mellom terapeut og pasient» (Nordgreen m.fl, 2020:5)

REFERANSELISTE

Andresen, Wenche og Marit Stene. 2019. «Helsesista, helsepersonelloven gjelder også for deg!». Lasta ned 29.04.22: <https://www.aftenposten.no/meninger/i/8mLVdE/helsesista-helsepersonelloven-gjelder-ogsaa-for-deg-andresen-og-stene>

Bakken, Anders, Kristinn Hegna og Mira Aaboen Sletten. 2021. «Offline, online. Digitale ungdomsliv gjennom tre tiår», i Guro Ødegård og Willy Pedersen (red). *Ungdommen* (kap.2, s.29-61). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

Börjesson, Mia. 2017. *Å bygge psykisk helse: helsefremmende samtaler med ungdom*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Dalland, Olav. 2017. *Metode og oppgaveskriving*. 6.utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Dodd, Cheryl Ann. 2017. «Are text messaging services the new platform for communication with children and young people?» *British Journal of School Nursing* Vol.12 (1): 24-29. Lasta ned 10.03.22: <https://chathealth.nhs.uk/wp-content/uploads/2018/11/Are-text-messaging-services-the-new-platform-for-communication-with-children-and-young-people.pdf>

Eide, Hilde og Tom Eide. 2017. *Kommunikasjon i relasjoner*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Eide, Solveig Botnen, Hans Herlof Grelland, Aslaug Kristiansen, Hans Inge Sævareid og Dag G. Aasland. 2011. *Fordi vi er mennesker: en bok om samarbeidets etikk*. 2.utgåve. Bergen: Fagbokforlaget.

Fleiner, Roald Lund. 2019. «Vi må tilpasse oss folks behov for digitale psykiske helsetjenester». Nasjonalt komptansesenter for psykisk helsearbeid, NAPHA. Lasta ned 15.05.22: <https://napha.no/content/23369/-vi-ma-tilpasse-oss-folks-behov-for-digitale-psykiske-helsetjenester>

Forebygging.no, 2010. «Empowerment». Lasta ned 18.04.22:

<https://www.forebygging.no/ordbok/a-e/empowerment>

Helsedirektoratet. 2017. *Nasjonal faglig retningslinje for helsestasjons- og skolehelsetjenesten*. Lasta ned 10.03.22:

<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten>

Helsedirektoratet. 2018 (A) *Ungdomshelse i en digital verden, DIGI-UNG Innsiktsarbeid* (del 1). IS-2718. Lasta ned 20.05.22:

<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/ungdomshelse-i-en-digital-verden>

Helsedirektoratet, 2018 (B) *Ungdomshelse i en digital verden, DIGI-UNG Anbefalinger* (del 2). IS-2719. Lasta ned 20.05.22:

<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/ungdomshelse-i-en-digital-verden>

Hertz, Søren. 2011. *Barne- og ungdomspsykiatri: nye perspektiver og uante muligheter*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Jensen, Per og Inger Ulleberg. 2011. *Mellom ordene. Kommunikasjon i profesjonell praksis*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Kvello, Øyvind. 2021. *Samtaler med barn og ungdom. Medvirkning, kommunikasjon og metoder*. Bergen: Fagbokforlaget.

Løgstrup, Knud Eilert. 1991. *Den etiske fordring*. Oslo: Cappelen.

Magnus, Per og Leiv Bakketeig. 2000. *Prosjektarbeid i helsefagene*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Nordgreen, Tine og Arne Repål. 2021. *Veiledet internettbehandling – digitale verktøy for psykisk helsehjelp*. Oslo: Gyldendal.

Nordgreen, Tine, Gunn Elise Sætre, Stine Hope Spjeld, Hanne Lund Gulbransen og Kristin Hogstad Bruvik. 2020. «Bak skjermen». *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 57 (4): 286-291. Lasta ned 20.05.22: <https://psykologtidsskriftet.no/fra-praksis/2020/04/bak-skjermen>

Nyhus, Hanne Charlotte Fronth. 2010. «Du ser det er et eller annet». Masteroppgåve i helsefag, Universitetet i Tromsø. Lasta ned 20.05.22: <https://munin.uit.no/bitstream/handle/10037/2923/thesis.pdf?sequence=2>

Oslo kommune. 2018. «Ungdomshøringen 2018 – ungdom om digitalisering». Lasta ned 18.03.22: <http://ungmed.no/wp-content/uploads/2018/09/Rapport-Ungdom-om-digitalisering-Ungdomsh%C3%B8ringen-2018.pdf>

Pettersen, Inge. «Bruk av Snapchat i skulehelsetenesta og helsestasjon for ungdom. Evaluering av utprøving i kommunane Hareid, Volda og Ørsta». Upublisert manuskript, sist endra 02.06.2020. PDF-fil.

Topooco, Naira, Matilda Berg, Sofie Johansson, Lina Liljethörn, Ella Radvogin, George Vlaescu, Lise Bergman Nordgren, Maria Zetterqvist og Gerhard Andersson. 2018. «Chat- and internet-based cognitive-behavioural therapy in treatment of adolescent depression: randomised controlled trial». *BJPsych open*, Vol.4 (4):199-207. Lasta ned 15.05.22: <https://www.cambridge.org/core/journals/bjpsych-open/article/chat-and-internetbased-cognitivebehavioural-therapy-in-treatment-of-adolescent-depression-randomised-controlled-trial/AF5186174FF70C51CA5D4150A6800E20>