

**Et utviklingsperspektiv som ramme for samtaler
med ungdom i skolehelsetjenesten**

Aktivitet, intensjonalitet og tilpasset utviklingsstøtte

Kari Langaard

Regionsenter for barn og unges psykiske helse

Helseregion Øst og Sør

Psykologisk institutt

Det samfunnsvitenskaplige fakultet

Universitetet i Oslo

2010

© Kari Langaard, 2011

*Doktoravhandlinger forsvart ved
Det samfunnsvitenskapelige fakultet, Universitetet i Oslo.
No. 261*

ISSN 1504-3991

Det må ikke kopieres fra denne boka i strid med åndsverkloven eller med avtaler om kopiering inngått med Kopinor, interesseorgan for rettighetshavere til åndsverk.

Omslag: Inger Sandved Anfinsen.
Trykk og innbinding: AIT Oslo AS.

Produsert i samarbeid med Unipub, Oslo.
Avhandlingen blir kun produsert av Unipub i forbindelse med disputas.
Alle henvendelser vedrørende avhandlingen skal rettes til rettighetshaver eller enheten der doktorgrad er forsvart.

Forord

Denne avhandlingen er et resultat av et stort felles løft fra en rekke enkeltpersoner og institusjoner. Ulike arenaer som skolehelsetjenesten i videregående skole i Oslo, Psykologisk institutt ved Universitetet i Oslo, Regionsenter for barn og unges psykiske helse (R.BUP Øst og Sør), Nic Waals Institutt, Lovisenberg Diakonale Sykehus og ikke minst Extrastiftelsen Helse- og Rehabilitering har vært involvert i prosjektet på ulike måter. Gjennom praktisk og økonomisk støtte, oppmuntring, kritiske kommentarer og forslag til forbedringer har avhandlingen langsomt tatt form.

Når arbeidet nå har kommet til en avslutning, vil jeg først og fremst rette en varm takk til de sytti ungdommene som har deltatt i prosjektet. Tillitsfullt og åpent lot de meg ta del i deres tanker og meninger, slik av vi kunne lytte og lære av deres erfaringer. Jeg vil også rette en stor takk til gruppen av praktikere som har deltatt: helsesøster Grete Salater, helsesøster Thorgunn Ramstad Lindøe, helsesøster Kristine Hartvedt, klinisk pedagog Wenche Winsnes, helsesøster Astri Hvesser og prosjektleder og klinisk pedagog Kristin Olaisen. Takk for deres engasjement, kunnskap, vitalitet og humor. Det har vært en stor glede å arbeide sammen med dere. Jeg vil også takke helsesøster Edel Bratlie, som trofast har fulgt prosjektet. Hennes tro på at vi sammen kan gjøre hverandre til gode praktikere har hatt stor betydning for prosjektet.

Jeg vil rette en spesiell takk til prosjektleder Kristin Olaisen. Med et ustopkelig pågangsmot og med sine kloke og jordnære innspill fra praksisfeltet, har hun opprettholdt en sterk vilje til å synliggjøre det viktige arbeidet som utføres i skolehelsetjenesten.

Dr.psychol. og forsker Ruth Toverud ved R.BUP har vært hovedveileder for prosjektet. Gjennom utallige samtaler har vi lett oss fram og prøvd å gi mening til mange komplekse og uoversiktlige fenomener. Dette prosjektet hadde ikke vært mulig uten Ruths helt spesielle evne til å motstå forenklinger av en kompleks virkelighet og samtidig opprettholde en genuin interesse for å prøve å forstå, sortere og gi mening til slike fenomener. Hennes kunnskap, engasjement og usvikelige oppmuntring har gjort at vi har holdt fast på retningen år etter år. Tusen, tusen takk for følget.

Kolleger på R.BUP har betydd mye for at prosjektet har kommet i havn. Bibliotekjenesten står i en særstilling når et så omfattende prosjekt skal gjennomføres. Tusen takk for at alle henvendelser, små og store, har blitt behandlet raskt og presist. Jeg vil også takke forskningskonsulent Lil Nilsen, som nennsomt og omhyggelig oversatte ungdommenes utsagn til engelsk. En spesiell takk går til seksjonsleder Mette Ystgaard og dr.psychol. og forsker Trine Waaktaar for varm støtte og oppmuntring gjennom alle disse årene. Ved

praktisk støtte i form av gode arbeidsbetingelser og ved grundige gjennomlesninger og mange gode råd til forbedringer har de gitt et uvurderlig bidrag til avhandlingen.

Psykologisk institutt, representert ved biveileder førsteamanuensis Hilde Eileen Nafstad, fortjener en særlig takk. Hennes kunnskap og skarpe kritikk har bidratt til den nødvendige forbindelseslinjen mellom praksisfelt og akademisk felt. Kultur- og samfunnsgruppen ved instituttet har vært et lærerikt forankringspunkt. Her har jeg hentet inspirasjon til å løfte opp praktiske erfaringer og knytte disse an til begreper som gjenspeiler en forståelse av at ungdoms utvikling må ses i lys av det samfunnet vi lever i.

Mine gode kollegaer ved Nic Waals Institutt fortjener også en stor takk. Det var her prosjektet startet ti år tilbake, forankret i instituttets grunnleggende fagpolitiske holdning om at offentlige hjelpetilbud må tilpasses dem som trenger det mest. Fra prosjektet startet, har instituttets ledelse bidratt til at forholdene har blitt lagt til rette slik at arbeidet nå kan sluttføres.

Og endelig, en varm takk til Gus Strømfors, som har stått bi gjennom alle disse årene. Hans utallige råd om hvordan uklare tanker kan bli til ord som gir mening for andre, har drevet prosessen framover til slik arbeidet presenteres i dag.

Felles for alle som har vært involvert i dette omfattende prosjektet, er et ønske om at unge mennesker skal få tilgang til samtaler med tilgjengelige profesjonelle voksne når livet blir for vanskelig å håndtere alene. Nå, som et foreløpig punktum er satt, er mitt inderligste ønske at arbeidet vi i fellesskap har nedlagt, skal bidra til at mange ungdommer får en nødvendig håndsrekning på veien mot et godt voksenliv i årene som kommer.

Oslo, november 2010

Kari Langaard

Summary

Much concern has been given to the mental health condition of young people in Western countries. Priority has been given to making professional counselling easily accessible, and in Norway school health services are pointed to as a public field of development.

To encounter the mental health needs of young people today, the services need to be improved both in terms of quantity and quality. This thesis addresses the qualitative aspects of counselling. The argument pursued is that school health counselling should be practised within a developmentally-oriented framework that prioritises the active involvement of the young person.

This study is conducted within a participative action research (PAR) strategy. Two teams with school nurses and mental health professionals, located at two high schools in Oslo, Norway (2005–2007), participated. The empirical basis of the study comprises focus groups with adolescents and counsellors, qualitative interviews with youth at the two participating high schools, and participant observations during the counselling sessions.

The interaction between the counsellors and the adolescents is the focus of the study. The following overall research question is addressed: *What are the characteristics of school health counselling when a developmentally oriented perspective that enhances the young person's active involvement in change processes is taken as a point of departure?* This main question is amplified by the three specific research questions: 1) *What do youth and counsellors recognize as important dimensions in this kind of counselling?* 2) *How do young people describe and understand adult support in difficult periods during their lives?* 3) *How do practitioners transform a developmentally-oriented perspective into practice?*

Taking the counsellors and adolescents' views as a point of departure, four recurring dimensions of the counselling emerged as being essential: *care, neutrality, confidentiality and autonomy*. These dimensions are discussed in Paper I.

Theories of youth development employed in the field of youth counselling usually emphasise the autonomy issue. In this study the adolescents' access to supporting adults who they experienced as *caring* was highlighted. Based on the narratives of 46 adolescents the concept of *caring involvement* was constructed. A key dimension of *caring involvement* was the supporting person's readiness to be active. At the same time his or her activity should be balanced with promoting and providing space for the young person's activity. Paper II discusses how this concept can inform school health practice.

Paper III introduces the concept of *intentional attentiveness*. This concept comprises dimensions related to how the practitioners transformed a developmentally-oriented perspective into action. Interaction that claims to enhance the adolescent's active involvement in change processes was characterized by the practitioner's intentions of guiding the young person towards a positive direction in life. This approach, however, was carefully balanced with attentiveness to the young person's own views and ideas.

Another argument pursued in this thesis is that school health counselling should be developed "from within", that is by active involvement of the practitioners themselves. Paper IV explores the following research question: *What kind of challenges might practitioners and researchers encounter when they aim to develop practice together?* When using PAR to develop health services, *equality* among the participants (researchers and co-researchers) is essential. Analysis based on group discussions and experiences gained during the research process demonstrated that equality does not mean "sameness" or doing the same things. On the contrary, equality implies acknowledging and welcoming diversity among the participants. The development of school health services as multidisciplinary health services is discussed in light of these findings.

Oversikt over artikler

Artikkel I

Langaard, K. (2006). Ungdom, psykisk helse og profesjonell hjelp. *Tidsskrift for ungdomsforskning*, 6:25–40.

Artikkel II

Langaard, K. & R. Toverud. (2009). "Caring involvement" a core concept in youth counselling in school health services. *International Journal of Qualitative studies on health and well-being*, 4:1–8.

Artikkel III

Langaard, K. & R. Toverud. (Akseptert for publisering 16.07.10). Youth counselling in school health services: The practice of "intentional attentiveness". *Vård i Norden*.

Artikkel IV

Langaard, K., R. Toverud & K. Olaisen. (Submitted). Developing youth counseling in school health services: Promoting multiple voices in a community of practice. *Journal of School Health*.

Innhold

FORORD	I
SUMMARY	III
OVERSIKT OVER ARTIKLER	V
1 INNLEDNING.....	1
BAKGRUNN	1
PROFESJONELL RÅDGIVNING I SKOLEN.....	3
<i>Organisering og omfang.....</i>	3
<i>Skolehelsetjenesten i Norge.....</i>	4
<i>Samarbeid med spesialisthelsetjenesten.....</i>	6
<i>Kunnskap om tilgjengelighet og barrierer.....</i>	6
STUDIENS MÅL OG FORSKNINGSSPØRSMÅL	8
2 TEORETISKE PERSPEKTIVER.....	9
ET KONTEKSTUELT FORANKRET KUNNSKAPSSYN.....	9
<i>Handlingskunnskap.....</i>	9
<i>Skolehelsetjenesten som kontekst for samtaler med ungdom.....</i>	10
SAMTALESITUASJONEN I ET GJENSIDIG FORTOLKENDE PERSPEKTIV	10
ET UTVIKLINGSPERSPEKTIV SOM RAMME FOR SAMTALENE.....	11
<i>En sosiokulturell utviklingsforståelse.....</i>	12
Aktivitet.....	12
Intensjonalitet.....	13
Tilpasset utviklingsstøtte.....	14
3 DEN EMPIRISKE STUDIEN.....	15
FORSKNINGSDESIGN.....	15
<i>Aksjonsforskning som strategi i utvikling av praksis.....</i>	15
Aksjonsforskning kombinert med kvalitative metoder.....	16
<i>Forprosjektet.....</i>	17
<i>Hovedstudien.....</i>	17
Deltagere og utvalgsprosedyrer.....	17
Intervjuene.....	18
Deltagende observasjon under samtaler.....	19
Gruppesamtaler og egne erfaringer.....	20
ANALYSE.....	20
Intervjuene.....	20
Deltagende observasjon.....	21
Deltagelse i aksjonsforskningsprosessen og gruppesamtaler.....	21
ETIKK.....	22
4 RESULTATER	23
SAMMENDRAG AV ARTIKKEL I	23
<i>Ungdom, psykisk helse og profesjonell hjelp.....</i>	23
SAMMENDRAG AV ARTIKKEL II.....	24
<i>"Caring involvement": A core concept in youth counselling in school health services.....</i>	24
SAMMENDRAG AV ARTIKKEL III	25
<i>Youth counselling in school health services: The practice of "intentional attentiveness".....</i>	25
SAMMENDRAG AV ARTIKKEL IV	26
<i>Developing youth counseling in school health services: Promoting multiple voices in a community of practice.....</i>	26
5 DISKUSJON.....	27
UTVIKLINGSFREMMEDE SAMTALER	27
<i>Omsorgsfull involvering.....</i>	27
Primær og sekundær omsorg.....	28
Et refleksivt rom.....	28
Gjensidig involvering.....	29

<i>Intensjonell oppmerksomhet</i>	29
Skape struktur	29
Fra hva som er, til hva som kan bli	30
Sosiale og indre dialoger	31
Aktiv involvering og selvstendighet	32
UTVIKLING AV PRAKSIS I SKOLEHELSETJENESTEN	33
<i>En praksisbasert kunnskapsutvikling</i>	33
"Å gjøre det på sin egen måte"	34
Praktiker og forsker	35
<i>Utvikling av et tverrfaglig praksisfellesskap</i>	36
Mot et tverrfaglig "vi"	36
En trygg atmosfære	37
6 METODOLOGISKE REFLEKSJONER	38
<i>Forskerens subjektivitet i analyseprosessen</i>	39
<i>Strategier for å forhindre en ureflektert subjektivitet</i>	40
Å legge til rette for informantenes stemmer	40
Variasjon i utvalg og mangfold av stemmer	41
Er studien kjennetegnet av en "slapp" intersubjektivitet?	43
<i>Et pragmatisk valideringsbegrep</i>	43
<i>Studiens pålitelighet</i>	44
Økte triangulering studiens pålitelighet?	45
<i>Begrepsvurdering med hensyn til metateoretisk utgangspunkt</i>	46
<i>Utvikling som fortolkningsramme</i>	46
7 IMPLIKASJONER FOR PRAKSIS	47
8 REFERANSER	49
VEDLEGG 1	59
VEDLEGG 2	60
VEDLEGG 3	64
ARTIKLER I-IV	65

1 Innledning

Bakgrunn

Denne avhandlingen dreier seg om ungdom og skolehelsetjenesten. Mitt første møte med denne helsetjenesten skulle bli starten på en lang og innholdsrik samarbeidsprosess. Helsesøstrene ved en videregående skole i Oslo ønsket hjelp i sitt arbeid med ungdom som strevde med psykososiale vansker, og vi hadde avtalt et møte hvor vi skulle drøfte hvordan barne- og ungdomspsykiatrien kunne bistå dem. Det første som møtte meg da jeg kom fram til skolehelsetjenesten, var ungdommenes skriblerier på plakaten som informerte om tjenestens tilbud. *Hvor er dere? Vi trenger dere*, var budskapet.

Dette første, direkte budskapet fortalte meg noe om behovet for voksne samtalepartnere i ungdommenes nære miljø. Da jeg selv begynte å arbeide i skolehelsetjenesten, ble dette inntrykket ytterligere forsterket. Samtidig så jeg at ressursene som tjenesten hadde til rådighet, ikke kunne imøtekomme behovene mange ungdommer har for profesjonell hjelp. Våren 2001 sendte vi derfor i fellesskap en søknad til byrådet i Oslo hvor vi ba om at en fortsatt drift av et tverrfaglig team i skolehelsetjenesten måtte sikres. Byrådet innvilget søknaden og stilte som betingelse at skolehelsetjenesten ved denne skolen skulle bidra til å utvikle lignende tjenester ved andre videregående skoler.

Disse lokale erfaringene fra en videregående skole i Oslo speiler dagens situasjon for mange ungdommer som trenger profesjonell hjelp. Både nasjonale og internasjonale studier viser at en betydelig andel ungdom strever med psykiske vansker av et slikt omfang at de trenger bistand fra profesjonelle (Patel, Flisher, Hetrick & McGorry, 2007; Mykletun, Knudsen & Mathiesen, 2009). Mange av disse ungdommene oppsøker skolehelsetjenesten. De ansatte i skolehelsetjenesten møter ungdom som presenterer søvnevansker, konsentrasjonsproblemer, spiseforstyrrelser, nedstemthet, vansker med å regulere følelser, tilbaketrekning fra det sosiale livet i skole og/eller hjemme. Bratlie, Møllebakken og Økland (2005) påpeker derfor at en av de største utfordringene skolehelsetjenesten står overfor i dag, er å legge til rette for best mulig praksis for ungdom med psykososiale problemer¹.

¹ Begrepene *psykiske vansker* og *psykososiale vansker* anvendes ofte synonymt. Subjektive indre opplevelser interagerer alltid med en ytre sosial verden, og derfor er *psykososiale vansker* etter min mening mest i overensstemmelse med en ontologi som oppfatter mennesker som grunnleggende sosiale vesener. En annen begrepsavklaring kan knyttes til forholdet *psykiske vansker* og *psykiske lidelser*. *Psykiske vansker* beskrives som livsproblemer som alle vil oppleve, mens *psykiske lidelser* anvendes innenfor spesialisthelsetjenesten, hvor et medisinsk begrepsapparat med utredning, diagnostisering og behandling gir retning for praksis. Selv om denne avgrensningen kan problematiseres, er den hensiktsmessig som et skille mellom oppgaver som hører til i henholdsvis kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Utviklingen av psykososiale vansker hos ungdom må forstås i et samfunnsperspektiv så vel som i et individuelt perspektiv. Flere samfunnsforskere, blant andre Ziehe og Giddens, har stilt spørsmål om hva det er ved det moderne samfunnet som medfører særlige utfordringer for unge mennesker. Ziehe (1992) setter fokus på de mange valgmuligheter ungdom stilles overfor. Da kapitalismen etterfulgte føydalsamfunnet fra 1800-tallet, bidro dette til bedring av de sosioøkonomiske forholdene for store befolkningsgrupper i vestlige land. Denne økonomiske "fristillingen" ble etterfulgt av en kulturell "fristilling", og unge mennesker ble stilt overfor valg mellom ulike livsformer på en helt annen måte enn tidligere. Den sosiale tradisjonen "tenkte" ikke lenger i den enkeltes sted, noe som innebar mer spillerom for egne valg og beslutninger. Prisen for de økte valgmulighetene som det moderne samfunnet tilbyr, er, ifølge Ziehe, økte individuelle prestasjonskrav. Å kunne velge mellom ulike livsformer bidrar til individuell frihet, men det kan samtidig øke følelsen av usikkerhet og sårbarhet. Derfor, påpeker Ziehe, har selvfølelsen i dag blitt det sentrale i den psykiske lidelsesproblematikken.

Giddens (1991) framhever også den spesielle individuelle sårbarheten som det moderne samfunnet fører med seg. Krav om "å skape seg selv" ved å foreta riktige valg og gjennom selvrefleksjon bidrar til en grunnleggende utrygghet. En studie basert på unge voksnes egne oppfatninger av hva de opplevde som belastninger i livet, viste at den mest krevende situasjonen de sto overfor, var *å bli til noen i verden* ("to become someone in the world" [Jacobsson, 2005]). Mange av vanskene som de unge beskrev, kunne forstås i lys av denne utviklingsoppgaven.

Ungdom som vokser opp i det moderne samfunnet, må forholde seg til komplekse forandringsprosesser. Ungdomstiden er kjennetegnet av fysiske forandringer så vel som endringer av relasjoner og selvoppfatning. Nye forventninger fra omgivelsene innebærer muligheter for vekst og modning. Samtidig kan dette bety økt indre uro og usikkerhet. Schulenberg, Sameroff og Cicchetti (2004) påpeker at all ungdom bør ha tilgang til støtte fra voksne i denne livsfasen, ikke bare foreldre, men også andre voksne som utgjør en del av deres dagligliv. DuBois og Silverthorn (2005) framhever at mange ungdommer i dagens samfunn har lite støtte i familien. For disse ungdommene vil andre voksne i deres nære omgivelser være av stor betydning.

Giddens (1991) hevder at det økte behovet for profesjonell rådgivning kan forstås som en følge av både den individuelle usikkerheten som det moderne selvskapingsprosjektet bidrar til, og samfunnets utvikling av ekspertise på alle livets områder. Tidligere ble psykologisk støtte i stor grad utøvd av ikke-profesjonelle. I dag er profesjonell rådgivning blitt en del av

det selvskapende prosjektet som kjennetegner individets betingelser i det moderne samfunnet. For ungdom som befinner seg i overgangen fra barn henimot voksenlivet, innebærer dette selvskapingsprosjektet spesielle utfordringer. Profesjonell rådgivning til ungdom kan derfor betraktes som en virksomhet som skal hjelpe ungdom til å reflektere over hvordan de kan håndtere utfordringer som det moderne samfunnet fører med seg. Denne avhandlingens fokus er hvordan slike samtaler kan utøves i skolehelsetjenesten.

Profesjonell rådgivning² i skolen

Både i politisk og i faglig sammenheng har skolebaserte tjenester blitt framhevet som velegnet til å fremme barns og unges psykososiale helse. I april 2000 sluttet 164 medlemsland i FN seg til det såkalte *FRESH initiative* (Focusing resources on effective school health). Her slås det fast at helseproblemer vanskeliggjør læring og dermed truer barns og unges like rett til utdanning. Det påpekes videre at skolene er særlig kvalifisert til å gi slik helsehjelp fordi "schools have unparalleled access to the target group, they are staffed by skilled workforce, and they tend to be places where the community as a whole come together" (Unesco, 2007, s.1). I Norge har styrking av både den enkelte elevs helse og skolens psykososiale miljø blitt gitt oppmerksomhet. I 1993 ble Norge medlem av prosjektet *Europeisk nettverk av helsefremmende skoler*, som er initiert av WHO, EU og Europarådet. Dette er et policyprosjekt hvor skoler i flere land har hatt som mål "å utvikle et støttende miljø som fremmer helse" (Hjälmhult, Wold & Samdal, 2002, s. 42). Et av kriteriene for deltagelse i prosjektet var at skolehelsetjenesten skulle ha en sentral plass i det helsefremmende arbeidet.

I praksis er det stor variasjon mellom ulike land når det gjelder omfanget av skolebaserte rådgivningstjenester. Omfang og måter tjenestene er organisert på, har avgjørende betydning for det tilbudet som gis. Det kan derfor være nyttig først å gi et innblikk i hvordan skolebaserte tjenester i Norge plasserer seg i forhold til lignende tjenester i andre land.

Organisering og omfang

I Norge og også i flere andre land er skolebasert rådgivning organisert enten som en del av skolens organisasjon (i Norge: pedagogisk psykologisk rådgivningstjeneste) eller som en del av helseapparatet (i Norge: skolehelsetjenesten). Rådgivningstjenester som er en del av

² Begrepet *rådgivning* kan gi assosiasjoner til samhandling som er lite dialogisk. Borup (1998, 2002) anvender begrepet *helsedialog* som et alternativt begrep. Siden *rådgivning* best dekker det engelske begrepet *counselling*, anvendes likevel dette begrepet i den videre framstillingen.

skolens organisasjon, er imidlertid relativt svakt representert i Norge sammenlignet med andre land. En studie som gjennomgikk omfanget av skolepsykologi i FN (192 land), viste at Norge skåret på linje med Georgia, Tyrkia, Island, Slovenia og Nederland. Studien var basert på følgende fem indikatorer: 1) identifiserbare profesjonelle i heltidsstillinger, 2) regulering og lover, 3) profesjonell organisering, 4) universitetsprogram knyttet til praksisutdanning og 5) universitetsprogram på doktorgradsnivå. Norge skåret positivt på to indikatorer: identifiserbare profesjonelle og organisering. Til sammenligning skåret både Sverige og Danmark positivt på fire av de fem indikatorene (Jimerson, Skohut, Cardenas, Malone & Stewart, 2008).

Også skolebaserte *helsetjenester* for barn og unge er dårlig utbygd i de fleste land. Studier viser at tjenestene sliter med dårlig bemanning, lav lønn, økt arbeidsmengde og stadig mer krevende og komplekse oppgaver (Costante, 2001; Pulcini, Couillard, Harrigan & Mole, 2002; DeMonica et al., 2004; Brener, Weist, Adelman, Taylor & Vernon-Smiley, 2007). Vanligvis er tjenestene bemannet med helsesøstre. Et unntak er skolebaserte helsesentra i USA. Da slike sentra ble opprettet fra begynnelsen av åttitallet og utover, var hensikten å sikre fattige barn og ungdom uten helseforsikring tilgang til de mest nødvendige medisinske helsetjenester. Som følge av økningen av kompleksiteten i helsemessige og sosiale problemer som barn og unge strever med, har imidlertid mange sentra blitt utvidet med personell med kompetanse innen mental helse (Brindis et al. 2003; Gustafson, 2005). Skolebaserte helsesentra bygger på ideen om utvidede helsetjenester i skolen. Begrepet *utvidet* indikerer at man tar utgangspunkt i tjenester som allerede finnes i skolen (Weist, 2000). Samarbeid mellom ulike profesjoner, mellom helsetjenesten og skolens øvrige personell, er derfor et sentralt kjennetegn ved skolebaserte helsetjenester (Weist, Lowie, Flaherty & Pruitt, 2001). Det foreligger lite forskning på hvordan overgangen fra en medisinsk helsetjeneste til en helsetjeneste som også omfatter psykososiale helseproblemer, har forløpt.

Skolehelsetjenesten i Norge

I Norge representerer helsestasjon og skolehelsetjenesten sentrale byggesteiner i det forebyggende helsearbeidet overfor barn og unge. Fra 1982 har skolehelsetjenesten vært en lovpålagt tjeneste hvor det lovmessige grunnlag er hjemlet i kommunehelsetjenesteloven (khl) § 1-3. I *Forskrift om kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten* § 2-3 slås det fast at arbeidet omfatter

[h]elseundersøkelser og rådgivning med oppfølging/ henvisning ved behov, forebyggende psykososialt arbeid, opplysningsvirksomhet og veiledning

individuell og i grupper, hjemmebesøk/oppsøkende virksomhet, samarbeid med skole om tiltak som fremmer godt psykososialt og fysisk lærings og arbeidsmiljø for elever, bistand og undervisning i gruppe/klasse/foreldremøter i den utstrekning skolen ønsker det, samarbeid om habilitering av barn og unge med spesielle behov, herunder kronisk syke og funksjonshemmede, informasjon om og tilbud om barnevaksinasjonsprogrammet (Sosial- og helsedirektoratet, 2004)

Som helsefremmende praksis har imidlertid tjenesten røtter lenger tilbake. I boka *Mestring som mulighet* beskriver Sommerschild (1998) hvordan hun i samarbeid med helsesøster, primærlege og psykolog startet et helsestasjonsprosjekt, *Enebakk-prosjektet*, i 1970. Med forankring i helsestasjonene ønsket de å gi psykososial og lett tilgjengelig hjelp til familier for å forebygge utvikling av psykiske vansker. "Det var verken mulig eller ønskelig å bygge ut en barnepsykiatrisk helsetjeneste som skulle dekke 10–15 % av barnebefolkningen", skriver Sommerschild. "Den eneste farbare vei var å forebygge! Dette fortonet seg etter hvert for meg som *et faglig imperativ*" (s. 24). Med dette prosjektet startet også en leting etter et godt teoretisk grunnlag for denne typen virksomhet i Norge. I boka *Helsestasjonen. En forpost i kampen for det gode liv* (Bogen, Næss, H. S. Sundby & P. Sundby, 1982) viser forfatterne til hvordan spesialisthelsetjenesten og teoretiske retninger som var rådende i dette feltet, psykodynamiske teorier, læringsteorier, systemteorier, gruppe- og kriseteorier, inspirerte praksis i helsestasjonene. Forfatterne konkluderer med at psykisk forebyggende helsearbeid er omfattende og mangesidig, og at det teoretiske og kunnskapsmessige fundamentet må være bredt og ha flere grunnpilarer.

Skolehelsetjenestens og helsestasjonsvirksomhetens plass i folkehelsearbeid er nedfelt i flere statlige dokumenter (Kunnskapsdepartementet, 2006; Helse- og omsorgsdepartementet, 2006). Rammene for virksomheten slik den utøves i dag, er beskrevet i *Helsefremmende og forebyggende arbeid for barn og unge 0–20 år* (Statens helsetilsyn, 1998a), *Veileder for helsestasjon og skolehelsetjenesten* (Statens helsetilsyn, 1998b) og *Forskrift om kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten* (Helse- og omsorgsdepartementet, 1998). I disse dokumentene slås det fast at et *bredt* helsebegrep som omfatter sosial og psykisk fungering så vel som fysisk helse, må legges til grunn for arbeidet i skolehelsetjenesten. Det betyr at skolehelsetjenesten skal forholde seg til psykososiale vansker som barn og unge presenterer, men det er uklart på hvilken måte og i hvor stor grad slike problemer skal være en del av skolehelsetjenestens arbeidsområde.

Samarbeid med spesialisthelsetjenesten

Det norske helsesystemet bygger på LEON-prinsippet; det vil si at pasienter skal behandles på det lavest mulige effektive omsorgsnivå (Sosialdepartementet, 1974). I denne sammenheng kan skolehelsetjenesten betegnes som laveste nivå i pyramiden. Prinsippet bygger på en idé om at ulike ”filtre” skal matche problembelastning og patologi med et stadig mer spesialisert helsetilbud. I tråd med dette påpeker Statens helsetilsyn (1998b) behovet for å avklare og avgrense skolehelsetjenestens ansvarsområde. Personellet i tjenesten skal ikke overta eller bli sittende med ansvar for behandling som andre instanser har (s. 59). Det er imidlertid reist tvil om ideen om ”filtrering” av problembelastning oppover i systemet fungerer etter hensikten. I en nylig gjennomført norsk studie av ungdoms bruk av barne- og ungdomspsykiatriske tjenester konkluderes det med at vi trenger å vite mer om hva som skiller ungdom som får hjelp i spesialisthelsetjenesten, fra dem som får hjelp i kommunehelsetjenesten (Reigstad, 2007). Denne studien avdekket at det *ikke* var symptomenes alvorlighetsgrad, men grad av familieproblematikk som var sterkeste forbundet med henvisning til spesialisthelsetjenesten. Et unntak var ungdom som ble vurdert som suicidale. Funnene fra denne undersøkelsen indikerer at forholdet mellom de kommunale helsetjenestene og spesialisthelsetjenesten kan være mer sammensatt enn LEON-prinsippet forutsetter.

Politiske føringer slår fast at styrking av det primære og kommunale helsearbeidet er et uttalt mål (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008). Dette innebærer nye samarbeidsformer mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten som vil ”kreve endrede arbeidsformer og økt fleksibilitet når det gjelder oppgaver og tjenestesteder” (s. 3). Slik helsetjenestene er organisert i Norge, vil samarbeidet med spesialisthelsetjenesten ha avgjørende betydning for at den enkelte ungdom skal få den hjelpen som er best tilpasset hans eller hennes behov.

Kunnskap om tilgjengelighet og barrierer

Flere studier som har undersøkt hindringer for at barn og unge skal benytte seg av helsetjenester, understreker betydningen av at tjenestene er fysisk lett tilgjengelige (Johansson & Ehnfors, 2006; Luzette, Saewyc & Elliot, 2006). Sentrale barrierer som nevnes, er: lang reisevei, ikke vite hvor man skal henvende seg, og også at brukerne må betale for tjenestene (Elliot & Larson, 2004; Telljohann, Price, Dake & Durgin, 2004; Walrath, Bruns, Anderson, Glass-Siegal & Weist, 2004).

Barrierer mot at barn og unge får nødvendig helsehjelp kan også knyttes til forhold på samfunnsnivå. Undersøkelser viser at klassebakgrunn, etnisk bakgrunn og kjønn har betydning for om ungdom benytter seg av helsetjenester eller ikke (Juszczak, Melinkovich & Kaplan, 2003; Smith, 2004). Noen av disse studiene konkluderer også med at barn og unge som har størst behov for profesjonell hjelp er de som er vanskeligst å nå (Weist, Myers, Hastings, Ghuman, & Han, 1999; Britto, Klostermann, Bonny, Altum & Hornung, 2001). En studie av klassevariasjoner i selvrapportert utbytte av helsedialoger med helsesøster blant barn i Danmark viste imidlertid at når hjelpen ble gjort tilgjengelig, rapporterte barn fra lavere sosiale lag at de hadde større utbytte enn de fra høyere sosiale lag (Borup, 2004). Andre studier påpeker betydningen av å gjøre tjenestene mer tilgjengelige for gutter. Juszczak og Cooper (2002) og Maschi, Schwalbe, Morgen, Gibson og Violette (2009) påpeker at fordi gutter ofte presenterer andre typer problemer enn jenter, må dette tas hensyn til ved utformingen av tjenestene. En studie som utforsket gutters (12-18 år) holdninger til å motta profesjonell hjelp i vanskelige livssituasjoner, konkluderte med at for å gjøre tjenestene mer tilgjengelige for gutter, må man møte ungdommene på en handlingsorientert måte (Smith, 2002).

Hvorvidt tjenestene oppleves som tilgjengelige eller ikke, dreier seg også om hva barn og unge oppfatter som kvaliteter ved den profesjonelle samhandlingen. Barrierer som beskrives i litteraturen er: manglende tillit til at den profesjonelle ivaretar konfidensialitet, usikkerhet med hensyn til om de vil bli forstått på egne premisser, og også usikkerhet om de problemene de selv har er alvorlige nok. Enkelte oppgir at de er redd for å bli stigmatisert (Luzette et al., 2006; Stephan, Weist, Kataoka, Adelsheim & Mills, 2007).

To studier har særlig relevans for denne avhandlingen. Disse studiene har undersøkt hvilke dimensjoner som særlig fremmer god samhandling mellom helsesøster og skolelever. Den ene studien er en analyse av samhandlingen basert på erfarne helsesøsters erfaringer (Borup, 2002). Den andre studien undersøker ungdommers synspunkter på hva som er god samhandling med helsesøster (Johansson & Ehnfors, 2006). Begge studiene konkluderer med at de profesjonelles åpenhet og oppmerksomme tilstedeværelse er avgjørende for at samhandlingen skal være til hjelp for barnet eller den unge. Med unntak av disse to studiene er de kvalitative aspektene ved samtale i skolehelsetjenesten viet lite oppmerksomhet i dagens forskning.

Studiens mål og forskningsspørsmål

Målet med denne studien er å gi et teoretisk og praktisk bidrag til hvordan profesjonelle i skolehelsetjenesten kan samtale med ungdom som trenger støtte i vanskelige livssituasjoner. Studien hadde som sitt utgangspunkt at samtalene skulle utøves på en måte som fremmer de unges aktive deltagelse i sine egne endringsprosesser. Et annet utgangspunkt var at teoretiske begreper må utledes fra erfaringsverdenen til dem som er involvert i den praksis som studeres. Ungdommens synspunkter på hva de selv mener kan være en hjelp i vanskelige livssituasjoner, har derfor fått en sentral plass i prosjektet.

Prosjektet har hatt en ambisjon om å utvikle praksis i skolehelsetjenesten ved at praktikerne involveres aktivt i forskningsprosessen. På denne måten ville vi forsøke å utvikle kunnskap som kunne være til nytte for praktikerne i deres daglige arbeid.

Følgende forskningsspørsmål har vært gjennomgående i dette omfattende prosjektet:

- *Hva kjennetegner samtaler i skolehelsetjenesten når et utviklingsperspektiv som vektlegger ungdoms aktive deltagelse i egne endringsprosesser, legges til grunn for samtalene?*

Dette spørsmålet blir utdypet gjennom disse underspørsmålene:

- *Hva mener ungdommer og rådgivere i skolen er viktig å ta hensyn til i profesjonelle samtaler med ungdom i vanskelige livssituasjoner?*
- *Hvordan beskriver og forstår ungdom støtte fra voksne i krevende livssituasjoner?*
- *Hvordan omsetter de profesjonelle et utviklingsperspektiv som har aktiv involvering som sitt grunnleggende tema til praksis?*

Samtalene mellom de profesjonelle og ungdommene er avhandlingens fokus og analyseenhet. Konkret er målet for studien å utvikle begreper som de profesjonelle kan ta i bruk i sitt daglige arbeid i skolehelsetjenesten.

Å utvikle praksis ved at praktikerne involveres aktivt i kunnskapsutviklingen, dreier seg om hvordan skolehelsetjenesten kan videreutvikles som praksisfelt. For å nærme meg dette temaet har følgende spørsmål vært styrende:

- *Hvilke utfordringer kan praktikerne og forskere møte når de i fellesskap skal videreutvikle samtaletilbudet til ungdom i skolehelsetjenesten?*

2 Teoretiske perspektiver

De teoretiske perspektivene som danner horisont for studien, er forankret i en ontologi som oppfatter mennesker som sosiale, aktive og meningsskapende individer i en bestemt kulturell kontekst. Dette utgangspunktet har vært styrende for hvordan den profesjonelle samhandlingen blir begrepsliggjort, og for perspektivet som er foreslått som ramme for slike samtaler. Studien har også som sitt utgangspunkt at ulike former for kunnskap må utvikles på ulike måter. Målet med denne studien er å utvikle *handlingskunnskap*, det vil si kunnskap praktikere kan anvende i konkrete situasjoner.

Et kontekstuellt forankret kunnskapssyn

Handlingskunnskap

Det er det individuelle møtet mellom mennesker som utgjør konteksten for hvordan teorier omsettes til klinisk praksis (Stensland & Malterud, 2001). Dette møtet krever en egen form for kunnskap som anerkjenner det unike og komplekse ved slike møter. Den handlingskunnskap som praktikere anvender i slike situasjoner, må også utvikles på en måte som tar hensyn til rådgivningssituasjoners særegne karakter (Schön 1983). Begrepet *handlingskunnskap* kan knyttes til Polanyis (1967) kunnskapsfilosofi. I møte med nye situasjoner anvender vi kunnskap fra tidligere erfaringer når vi prøver å integrere deler til sammenhengende, meningsfulle helheter. I dette integrerende arbeidet fester vi oss ved det vi kjenner fra før. Det kjente danner broen over til den nye situasjonen. Et slikt kunnskapssyn skiller ikke mellom profesjonell kunnskap og ikke-profesjonell kunnskap. Kunnskapen er personlig i den forstand at den springer ut av de erfaringer som den enkelte bærer med seg. Det både profesjonelle og ikke-profesjonelle gir oppmerksomhet, og som gir retning for handling, avhenger av de personlige teoriene den enkelte anvender i møte med den nye situasjonen. Molander (1996) hevder derfor at handlingskunnskap kan forstås som en form for oppmerksomhet.

I profesjonell samhandling er dannelsen av en felles plattform for forståelse med den andre avgjørende for dette videre forløpet. Samtidig må den profesjonelle tilføre noe nytt i samhandlingen (Kojima 2003). Torsteinsson (2004) påpeker at terapi og andre former for rådgivning har to hovedfokus: Det ene fokuset legger vekt på å samtale på en slik måte at klientenes perspektiv og forståelse blir forståelig for oss. Det andre fokuset er å legge til rette for ny forståelse. Denne dobbelte posisjonen utgjør, slik jeg ser det, kjernen i profesjonell

samhandling. I dette prosjektet er utgangspunktet at dette ”nye” som de profesjonelle bringer inn, skal bidra til å involvere ungdommene aktivt i et endringsskapende arbeid.

Skolehelsetjenesten som kontekst for samtaler med ungdom

Hvordan samhandlingen mellom ungdommene og de profesjonelle utøves, vil avhenge av ikke bare selve interaksjonen, men også hvordan skolehelsetjenesten er etablert som praksissted. Skolehelsetjenesten er forankret i en folkehelsetradisjon og godt etablert som en del av barns og unges oppvekstmiljø. Tradisjonelt har et helseopplysningsperspektiv med forankring i et fysisk helsebegrep vært retningsgivende for arbeidet. Med hensyn til ungdom har for eksempel kosthold og prevensjonsveiledning stått sentralt (Ystgaard, 1993). Samtidig har de ansatte måttet forholde seg til stadig mer kompleks psykososial problematikk. Sett i lys av et *bredt* helsebegrep slik det er beskrevet på side 5, påpeker Statens helsetilsyn (1998a) at slike problemer krever en annen type tilnærming og kompetanse enn det den tradisjonelle arbeidsmåten i skolehelsetjenesten legger opp til.

Organisatorisk kjennetegnes skolehelsetjenesten av sin dobbelte posisjon ved å være både en del av skolens miljø og en del av det offentlige helsevesenet. Som en del av helsevesenet er tjenesten underlagt det lovverk og de retningslinjer som gjelder for denne virksomheten. Som en del av skolen utgjør samarbeid med skolens øvrige personale en viktig del av virksomheten. Det er denne dobbelte posisjonen som gjør skolehelsetjenesten særlig godt egnet til å nå ungdommer som kanskje ellers ikke ville ha benyttet seg av helsetjenester.

Samtalesituasjonen i et gjensidig fortolkende perspektiv

Terapeutiske samtaler og andre rådgivningssituasjoner er kjennetegnet ved at de er komplekse, unike og ubestemte (Schön, 1983). I konkrete møter med hjelpsøkende personer må praktikere skape mening ut av sammensatte og informasjonsrike situasjoner (Schön & Rein, 1994), det vil si: anvende sin handlingskunnskap. Rommetveit (1996) understreker det *gjensidige* i denne prosessen: ”Reciprocal adjustment of perspectives is achieved by an ’attunement to the attunement of the other’ by which states of affairs is brought into joint focus of attention, made sense of, and talked about from a position temporarily adopted by both participants in the communication” (s. 23). Schön (1983) framhever det fortolkende aspektet ved dette meningsskapende arbeidet. Han sier: ”In real-world practice, problems do not present themselves to practitioners as givens. They must be constructed from the materials of problematic situations which are puzzling, troubling and uncertain” (s. 40). Schön hevder at det legges for lite vekt hvordan praktikere former problemer, hvilke begreper som

anvendes, og hvilken ramme problemene forstås innenfor. ”Problem setting is a process in which, interactively, we *name* the things to which we will attend and *frame* the context in which we will attend to them” (s. 40). Det interaktive aspektet henspiller, slik jeg ser det, på det gjensidig fortolkende elementet i denne prosessen. Den felles forståelsen av problemenes art og hva som kan være en hjelp, må arbeides fram i en dynamisk interaksjon. Det skjer en gjensidig tilpasning av perspektiver. Samtidig kan nettopp de perspektiver klienten, eller i denne sammenhengen den unge, forstår problemene innenfor, være fokus for endring (Kojima, 2003). Om for eksempel en ungdom forstår sine aggresjonsproblemer som symptomer på ADHD eller som uttrykk for en fastlåst og fortvilet livssituasjon, vil være avgjørende for hva som i neste omgang anses som hjelpsomt. Hacking (2003) peker på det komplekse samspillet mellom individuell selvforståelse og de forståelsesmåter som er rådende i samfunnet. Han sier: ”We are especially concerned with classifications that, when known by people around them, and put to work in institutions, change the way in which individuals experience themselves – and may even lead people to evolve their feelings and behavior in part because they are so classified” (s. 104). De *rammene* både den profesjonelle og ungdommene forstår problemene innenfor, vil således lede oppmerksomheten i bestemte retninger i samtalsituasjonen.

Et utviklingsperspektiv som ramme for samtalene

Ut fra målet om å utforme samtalene på en måte som fremmer ungdommenes aktive deltagelse, ble *utviklingsfremmende samtaler* valgt som utgangspunkt og ramme for samtaletilbudet. Andre tilnærminger kunne også vært relevante som ramme for analysene, for eksempel mestring- og empowerment-analyser. Disse tilnærmingene har til felles at de oppfatter mennesker som aktivt handlende overfor sine omgivelser. Når et utviklingsperspektiv ble vurdert som en hensiktsmessig horisont for samtalene, er dette begrunnet i at et slikt perspektiv åpner for å gi oppmerksomhet til utfordringer som denne aldersgruppen står overfor i det moderne samfunnet. Dette kan, etter min mening, forhindre et ensidig individuelt fokus. I analysen av det empiriske materialet ble et sosiokulturelt perspektiv vurdert som relevant. Et slikt utviklingsperspektiv åpner for de spesielle utfordringer som følger av den kulturelle og samfunnsmessige konteksten ungdommene og også samtalene er forankret i.

En sosiokulturell utviklingsforståelse

Ifølge Valsiner og Connolly (2003) kan ikke individuell utvikling tenkes uten at denne knyttes til den utviklende persons kontekst, til de kulturelle normer og oppfatninger som danner rammen for utviklingen. Dette mener jeg er en nødvendig teoretisk posisjon for å forstå interaksjonen mellom ungdommene og, i dette prosjektet, voksne i deres nære omgivelser. For å fange dette samspillet i forståelsen av utvikling foreslår Valsiner og Connolly å begrepsliggjøre utvikling som *forandringer som har en retning*. Retningen videre vil da være bestemt ut fra de utviklingsmål som den omgivende kulturen setter. Når ungdoms selvstendigjøring fra foreldrene anses som et sentralt utviklingstema for ungdom i vår kultur, blir ungdommenes (og også foreldrenes) utvikling ”mål” ut fra kulturelle oppfatninger av hva dette innebærer, for eksempel ”når det passer å flytte hjemmefra”.

Tre begreper innen sosiokulturell utviklingsforståelse har spesiell relevans for denne avhandlingen: *aktivitet*, *intensjonalitet* og *tilpasset utviklingsstøtte*. Begrepene kan ses på som gjensidig konstituerende. *Aktivitet* viser til en oppfatning av mennesker som aktivt handlende individer hvor intensjonene med handlingene vies særlig oppmerksomhet. *Tilpasset utviklingsstøtte* viser til den støtte den unge trenger fra omgivelsene for å være aktiv deltager i sosiale fellesskap.

Aktivitet

Et sosiokulturelt utviklingsperspektiv innebærer at det ikke gjøres et skarpt skille mellom individ og omgivelser. Utvikling skjer gjennom interaksjoner mellom individet og det omgivende miljøet (Valsiner & Winegar, 1992). Samtidig er spørsmålet om hvor vi plasserer den skapende kraften som driver utviklingen framover, en viktig avgrensing mellom individ og kontekst (Toverud, 2002). Bronfenbrenner og Ceci (1994) hevder at selve interaksjonen mellom individet og viktige andre i individets nærmeste omgivelser er utviklingens fremste drivkraft. Gjennom stadig mer komplekse gjensidige interaksjoner mellom et aktivt individ og hans eller hennes nære omgivelser mobiliseres og opprettholdes den utviklende persons oppmerksomhet. Valsiner og Connolly (2003) knytter drivkraften i utviklingen mer opp mot individet. De hevder at organismer er ikke bare reaktive, men også aktive med hensyn til sine omgivelser. Derfor vil *aktivitet* være et grunnleggende trekk ved individets utvikling. De påpeker at en relativ autonomi er nødvendig for at individet skal ikke bare tilpasse seg omgivelsene slik de *er*, men også orientere seg i omgivelsene på en måte som forventer at forandring kan skje. Evne til introspeksjon og selvrefleksjon har en utviklingsmessig funksjon ved at den gjør det mulig for individet å handle på måter som griper forandrende inn i det

omgivende miljøet. I vår tid kan refleksiv introspeksjon beskrives som den høyeste formen for individualitet, hevder Valsiner og Connolly. Den er en forutsetning for personlig handlekraft (*personal agency*³), det vil si den aktivitet og handlekraft individet utøver overfor sine omgivelser. Samspillet mellom individ og kontekst tar, ifølge Lawrence og Valsiner (2003), form av indre og sosiale dialoger. I dagliglivet fortolker vi uopphørlig hva vi erfarer, og hvilken betydning erfaringene har. Den indre dialogen er på den ene siden subjektiv og individuell og på den andre siden sosialt forankret. Derfor er det sosiale og personlige to sider av samme sak, hevder Lawrence og Valsiner. Det kan derfor, slik jeg ser det, hevdes at utviklingen av en persons handlekraft skjer gjennom samhandling med andre, i vekslingen mellom indre, personlige dialoger og ytre, sosiale dialoger.

En utviklingsforståelse som gir fortrinn til individets handlekraft, kan stå i fare for å undervurdere strukturelle samfunnsmessige forhold som setter grenser for det enkelte individ. Makten til å endre på sine livsbetingelser er ulikt fordelt. Utfordringen blir dermed å ta i betraktning de begrensningene strukturelle samfunnsforhold setter, men ikke oppfatte omgivelsene som uforanderlige. For å fange dette både-og-perspektivet foreslår Hundeide (2005) å rette oppmerksomheten mot hvilke utviklingsveier som er mulige for den enkelte ungdom. Ikke alle veier er åpne for alle. I møte med den enkelte ungdom vil individets mulighet til å forandre på sine omgivelser skyve på "rammene" for dets livsbetingelser og på denne måten utvide dets handlingsrom, samvirke med de muligheter som omgivelsene gir (Toverud, 2002).

Intensjonalitet

Forståelsen av ungdommene som handlende og aktive individer er nær forbundet med fokus på intensjonalitet. Polkinghorne (1983) skiller mellom handlinger og ikke-intenderte ureflekterte "hendelser". Han sier at mennesker *gjør* mye som ikke kan forstås som handlinger. Når vi for eksempel snubler og faller, og dette er hendelig uhell og ikke en handling. Intensjonelle handlinger innebærer en retning og en hensikt. Slike handlinger omfatter også talehandling. Bruner (1999) uttrykker forholdet mellom intensjoner og handling slik: "Now in a fundamental way, culture requires a sensitivity not simply to what others do, but what they *intend* to do, not what they say but what they *mean* – how they intend their utterance to be taken" (s. 230). Lawrence og Valsiner (2003) peker for eksempel på at barn ikke er passive mottagere av sosiale budskap, men at de fortolker intensjonen med

³ *Agency* anvendes ofte uten oversettelse til norsk. Det mest dekkende ordet på norsk vil etter min mening være *handlekraft*, som viser til individets muligheter til å gripe forandrende inn overfor omgivelsene.

budskapet og initierer personlige budskap. Med hensyn til profesjonell samhandling vil ungdommene fortolke de intensjoner den profesjonelle har med sine intervensjoner, og komme med et gjensvar på disse. Begrepet *intensjonalitet* kaster dermed lys over hvordan de profesjonelles intensjonelle handlinger kan bidra til å lede ungdommene på utviklingsspor som fremmer deres aktivitet og handlekraft.

Tilpasset utviklingsstøtte

Begrepet *tilpasset utviklingsstøtte* kan knyttes til Lev S. Vygotskijs sentrale idé om at læring kan lede utviklingsprosesser (Vygotskij, 1978). Hans utviklingsteoretiske begrep, *den nære utviklingssonen (zone of proximal development)*, viser til området mellom det barnet kan klare på egen hånd, og hva det kan klare ved hjelp av voksne og mer erfarne jevnaldrende. Rogoff (2003) anvender begrepet *ledet deltagelse (guided participation)* for å understreke læringsprosessenes gjensidige karakter. Utvikling av gjensidig forståelse og gjensidig strukturering av deltagelse er grunnleggende prosesser i voksnes deltagelse i barns utvikling. Larson (2006) påpeker at overfor ungdom strukturerer ikke voksne utviklingsprosesser ved å fortelle den unge hva hun eller han skal gjøre. Tilpasset utviklingsstøtte overfor ungdom handler om å utøve støtten slik at den unge kan gjøre egne erfaringer. På den andre siden er den støtten som gis, intensjonell, det vil si den voksne har en idé om hva som skal fremmes, ut fra kulturelt betingede oppfatninger av hva som er god utvikling. Hundeide (2005) sier at med hensyn til barn som står i fare for å utvikle seg i negativ retning, vil den voksnes involvering handle om at man bygger bro og kvalifiserer barn til mer positive livskarrierer enn dem som allerede er i ferd med å bli utformet. Hvordan voksne kan utøve et slikt brobyggingsarbeid på måter som involverer ungdommene, er dermed et sentralt spørsmål.

I en sosiokulturell utviklingsforståelse vil overganger mellom ulike utviklingsarenaer gis særlig oppmerksomhet. Når barnet eller den unge beveger seg fra hjem til barnehage, fra barnehage til skole og, med hensyn til den aldersgruppen som denne avhandlingen omfatter, fra ungdomsskole til videregående skole, stilles nye krav til barnet / den unge om å tilegne seg nye sosiale ferdigheter og bli mer selvhjulpen. Hva barnet / den unge forventes å klare på egen hånd, og hva han / hun må ha hjelp med fra omgivelsene, blir dermed en viktig vurdering med hensyn til barnets / den unges utvikling.

3 Den empiriske studien

Prosjektet *Ungdom og utviklingsfremmende samtaler* ble gjennomført ved to videregående skoler i Oslo i perioden 2005–2007. Et forprosjekt, *Psykososial hjelp til ungdom i skjæringspunktet mellom 1. og 2. linjetjenesten*, ble gjennomført i perioden 2003–2004 ved en av skolene. Dette siste prosjektet var en videreføring av tredje prosjekt: *Psykososial hjelp til unge jenter i et flerkulturelt miljø. Et samarbeidsprosjekt mellom Sogn videregående skole og Nic Waals Institutt*, som ble gjennomført 2000–2002.⁴ Målet for alle prosjektene var å gjøre profesjonell rådgivning mer tilgjengelig ved skolene og samtidig videreutvikle samtaletilbudet. Delstudiene som avhandlingen bygger på, er primært utført innenfor rammene av hovedprosjektet *Ungdom og utviklingsfremmende samtaler* (Artikkel II, III og IV). Artikkel I bygger på data fra forprosjektet. Begrunnelsen for å inkludere forprosjektet er at dette særlig fokuserer på kjennetegn ved en tilgjengelig skolehelsetjeneste.

Forskningsdesign

Aksjonsforskning som strategi i utvikling av praksis

Målet med prosjektet har vært å utvikle handlingskunnskap, det vil si teoretiske begreper som de profesjonelle kan ta i bruk i samtaler med ungdom. Prosjektet kan derfor betegnes som en *praktisk* form for aksjonsforskning. Den praktiske formen kan særlig knyttes til Donald Schöns arbeid, og den har som mål ”to inform the (wise and prudent) practical decision-making of practitioners” (Kemmis, 2006, s. 95). Selv om aksjonsforskning omfatter en rekke ulike forskningstilnærminger, har de til felles at forskningen må være forankret og avledet fra forskningssubjektenes erfaringsmessige og praktiske kunnskap (Bradbury & Reason, 2006). Forskningen skal også være til nytte for dem som forskningen retter seg inn mot (Reason, 1994). I dette prosjektet er både ungdommene som brukere av skolehelsetjenesten og de profesjonelle forskningssubjekter.

Kagan, Burton og Siddiquee (2008) beskriver aksjonsforskning som situert praksis; det vil si at fokus for hva som skal endres, vokser fram fra en bestemt kontekstuell forankret praksis, i en bestemt tid, et bestemt sted og ofte innenfor en bestemt organisasjon eller

⁴ Resultater fra dette prosjektet er beskrevet i rapporten *Psykososial hjelp til unge jenter i et flerkulturelt miljø. Et samarbeidsprosjekt mellom Sogn videregående skole og Nic Waals Institutt* (Langaard, 2002). Aksjonsforskningsprosjektet *Ungdom & Utviklingsfremmende samtaler* er beskrevet i rapporten *Ungdom & utviklingsfremmende samtaler* (Olaisen, 2007). Dette prosjektet er fulgt opp av ytterligere ett prosjekt som omfatter flere videregående skoler, hvor også spesialisthelsetjenesten deltar. Dette siste prosjektet er ikke avsluttet.

institusjon. I dette konkrete prosjektet er det skolehelsetjenesten som utgjør denne kontekstuelle forankrede praksisen. Prosjektene som avhandlingen bygger på, er vokst fram fra egne praksiserfaringer. Fra 2000 til 2002 arbeidet jeg som klinisk sosionom sammen med helsesøstrene ved en av de to deltagende skolene som er med i studien. Jeg la merke til at helsesøstrene, gjennom sin erfaring med å møte ungdom med ulike problemer, hadde utviklet en egen kompetanse med hensyn til å møte dem på en åpen og imøtekommende måte. Tilstrømningen av ungdommer var stor og den tid helsesøstrene hadde til rådighet, var ikke på langt nær tilstrekkelig i forhold til de behov ungdommene hadde for samtaler.

Aksjonsforskning kombinert med kvalitative metoder

Som et overordnet rammeverk kan aksjonsforskning romme ulike forskningsmetoder og samtidig bidra til "a coherent pluralism" (Dick, 2007, s. 410); det vil si at de forskningsmetoder som anvendes, må være i overensstemmelse med de grunnleggende antagelsene i aksjonsforskning. Disse antagelsene dreier seg om at forskningen skal bidra til å bedre folks daglige tilværelse, og at de grupper som forskningen er rettet inn mot, skal delta aktivt i forskningsprosessen (Bradbury & Reason, 2006). Å involvere både ungdommer og praktikere i kunnskapsutviklingen har vært et sentralt aspekt i de ulike metodiske innfallsvinkler som er anvendt i prosjektet.

Studien kombinerer aksjonsforskning med kvalitative metoder. Hensikten var å konstruere *grounded theory*. Ifølge Strauss og Corbin (1998) er teori et sett vel utviklede kategorier, for eksempel temaer eller begreper, som er systematisk relatert til hverandre gjennom påstander om sammenhenger som former et teoretisk rammeverk. At slike begreper er *grounded*, innebærer at begrepene er utviklet "nedenfra" med forankring i deltageres erfaringsverden.

Det foreliggende prosjektet består av ulike delprosjekter med hver sine metoder. Prosjektet består av en forstudie der fokusgrupper utgjør metoden. I hovedstudien brukes intervjuer med ungdommer, deltagende observasjon under samtaler mellom de profesjonelle og ungdommer, gruppesamtaler med de profesjonelle og også egne erfaringer som deltager i prosjektet. I analysene av dette omfattende materialet er det brukt *grounded theory*-prosedyrer. Dick (2007) peker på at kombinasjonen av aksjonsforskning og *grounded theory* kan være særlig effektiv fordi aksjonsforskning fokuserer på handlinger og praksis, mens *grounded theory* ivaretar en forskningsmessig presisjon og nøyaktighet. Ifølge Dick, bidrar dette til at teori og teoridannelse redegjøres for på en måte som åpner for at resultater og framgangsmåter kan bli drøftet og utfordret.

Forprosjektet

Dette var en fokusgruppestudie bestående av fire grupper: en gruppe med helsesøstere (tre deltagere), en med skolerådgivere (fire deltagere) og to med ungdommer (en med fire jenter og en med fem gutter). Ungdommene ble rekruttert ved at en av lærerne spurte ungdommene i sin klasse om de ville delta i gruppesamtaler om skolehelsetjenestens tilbud til ungdom. Inklusjonskriteriet var at de hadde kjennskap til skolehelsetjenesten. Samtalene med ungdommene dreide seg om hvilke problemer de oppfattet at de kunne komme til skolehelsetjenesten med, og hvordan de ønsket å bli møtt når de trengte profesjonell hjelp. De ble også spurt om hvordan de oppfattet forskjeller mellom gutter og jenter i måten de foretrakk å motta hjelp på. Fokus for samtalene med de profesjonelle var hva de ut fra sine erfaringer oppfattet var god hjelp for ungdom med psykososiale vansker. De ble også spurt om det var forskjeller i måten de møtte gutter og jenter på. En brosjyre som informerte om skolehelsetjenestens tilbud, dannet utgangspunktet for samtalene. Samtalene ble tatt opp på bånd og transkribert. Materialet ble analysert ved hjelp av grounded theory-strategier, hvor "the constant comparative method" beskrevet av Strauss og Corbin (1998) ble anvendt i utvikling av kategorier og dimensjoner. Materialet ble analysert med hensyn til forskjeller og likhetstrekk mellom ungdommene og de profesjonelle. Materialet ble også analysert i et kjønnsperspektiv.

Hovedstudien

Deltagere og utvalgsprosedyrer

To skoler deltok i prosjektet. Valget av disse skolene var begrunnet i at de ansatte ved skolehelsetjenesten allerede var i gang med å utvikle sin praksis. Det var derfor grunn til å anta at de var godt motivert for å delta i et slikt prosjekt. Den ene skolen var en yrkesfaglig skole hvor kjønnsfordelingen var ca. 70 prosent gutter og 30 prosent jenter. Den andre skolen var primært en allmennfaglig skole, og fordelingen mellom gutter og jenter var ca. 50 prosent. Ved begge skolene hadde en relativt stor andel av elevene etnisk minoritetsbakgrunn (40 prosent og 23 prosent). To tverrfaglige team som besto av helsesøstre og kliniske pedagoger, deltok. Et team besto av tre helsesøstre og en klinisk pedagog, og et team besto av en helsesøster og en klinisk pedagog; det vil si til sammen seks praktikere, hvorav fire var helsesøstre og to kliniske pedagoger. En av de kliniske pedagogene hadde i tillegg funksjon som prosjektleder (halv stilling).

Til sammen 46 ungdommer i andre klassetrinn ved de to skolene ble intervjuet av meg. Begrunnelsen for valg av dette klassetrinnet var at ungdommene da var godt etablert på

skolen og samtidig ikke befant seg på vei ut av skolen. Skolene ble bedt om å velge ut klasser som de på det tidspunktet anså som ”vanlige” klasser. De ble også bedt om å velge klasser med både gutter og jenter. Ved den ene skolen (den yrkesfaglige) førte det til at to klasser deltok, fordi klassene besto overveiende av jenter eller gutter. Ved den ene skolen valgte rektor ut klassen som skulle delta, ved den andre skolen ble jeg invitert til et møte med rådgiverne hvor de drøftet hvilke klasser som de på det tidspunktet oppfattet som ”vanlige klasser”.

I samtalene hvor jeg var deltagende observatør, deltok 15 ungdommer og 5 praktikere (3 helsesøstre og 2 kliniske pedagoger). Samtaler i skolehelsetjenesten varierer fra mer avgrensede samtaler om prevensjon og somatiske helsespørsmål til komplekse samtaler om sammensatte psykososiale temaer. De profesjonelle ble bedt om å velge samtaler som viste den kompleksitet som de profesjonelle måtte forholde seg til i disse sistnevnte samtalene. Jeg ønsket også å få delta under samtaler med både gutter og jenter og med ulik etnisk bakgrunn.

Intervjuene

De 46 ungdommene ble intervjuet med ”private teorier-intervjuet” (PTI)⁵. Intervjuet er opptatt av ungdommenes konkrete beskrivelser av krevende livssituasjoner. Hvordan håndterte ungdommene disse situasjonene, og hvilken betydning mente de at hendelsene hadde hatt for dem? Intervjuet legger særlig vekt på å få fram ungdommenes subjektive oppfatninger. Jeg presenterte hensikten med intervjuene i hver av klassene og hadde en samtale med elevene om hva jeg ønsket å snakke med dem om, og også hvordan og hvor intervjuene skulle gjennomføres. Elevene fikk også en skriftlig presentasjon av hensikten med prosjektet. Intervjuene ble gjennomført vår/høst 2005.

Tabell 1. Ungdommene i intervjuundersøkelsen fordelt etter alder og kjønn

	16 år	17 år	18 år	Over 18 år	Totalt
Jenter	3	14	5	1	23
Gutter	1	18	1	3	23
Totalt	4	32	6	4	46

N = 46

⁵ ”Private teorier-intervjuet” (PTI) er utviklet ved psykoterapiseksjonen ved Karolinska Institutet i Stockholm av H. Ginner, A. Werbart, S. Levander og B. Sahlberg (Ginner et al., 2001). Intervjuet er tilpasset for ungdom (YOUTH-versjonen). Oversettelsen av intervjuet fra svensk til norsk og anvendelsen av det i dette prosjektet er godkjent av dem som utviklet intervjuet.

Utvalget var kjennetegnet av variasjon med hensyn til etnisk og sosioøkonomisk bakgrunn. Selv om de fleste ungdommene hadde etnisk norsk bakgrunn (ca. halvparten), kom foreldrene fra Pakistan, Iran, Marokko, Tyrkia, Spania, Filippinene, Sverige, Danmark, Italia, Bulgaria, Libanon og Nigeria. Foreldrenes yrkesbakgrunn varierte fra trygdet/arbeidsledig til universitetsutdannelse.

Tabell 2. Hvem ungdommene bodde sammen med

Sammen med begge foreldre	24
En av foreldre	20
Andre	2
Totalt	46

N = 46

Deltagende observasjon under samtaler

Jeg deltok som observatør i til sammen 14⁶ samtaler (8 ved den ene skolen og 6 ved den andre skolen). Observasjonene ble gjennomført våren 2006.

Ungdommene ble spurt av helsesøster / klinisk pedagog ved begynnelsen av samtalen om jeg kunne være til stede. Jeg ble så invitert inn for å orientere kort om hensikten med min deltagelse. Det ble lagt vekt på at fokus skulle være på den profesjonelle. De fleste samtalene ble etterfulgt av en samtale mellom den profesjonelle og meg hvor vi drøftet hvordan situasjonen som den unge presenterte, kunne forstås, og også de dilemmaer som oppsto underveis i samtalen.

Tabell 3. Ungdommene i samtalestudien fordelt etter alder og kjønn

	17 år	18 år og over	Totalt
Jenter	6	5	11
Gutter	3	1	4
Totalt	9	6	15

N = 15⁷

Ti ungdommer hadde etnisk majoritetsbakgrunn, og fem hadde minoritetsbakgrunn. Elleve ungdommer bodde sammen med begge eller en av foreldrene, tre bodde alene, og *en* jente bodde sammen med slektninger.

⁶ En av samtalene viste seg å være en mer avgrenset rådgivningssamtale om prevensjon og oppfylte dermed ikke inklusjonskriteriene.

⁷ Antall ungdommer er høyere enn antall samtaler fordi to ungdommer kom sammen i to av samtalene.

Gruppesamtaler og egne erfaringer

Den tredje datakilden består av gruppesamtaler med de deltagende helsesøstre og kliniske pedagogene i prosjektet⁸. Mine egne erfaringer som deltager i aksjonsforskningsprosjektet i tidsrommet 2005–2007 er også inkludert i dette datamaterialet. Disse ble skriftliggjort i form av dagboksnotater underveis i prosjektperioden.

Analyse

Slik som det nå er gjort rede for, var målet med studien å utvikle teoretiske begreper som de profesjonelle kan ta i bruk i samtaler med ungdom. Analytiske strategier for utvikling av grounded theory er forskjellige avhengig av hvilken utgave man anvender. I denne studien legges strategier som er utviklet av Strauss og Corbin (1998) og videreutviklet av Charmaz (2006), til grunn. Ifølge Charmaz er en grounded theory kjennetegnet av at den er forankret i dataene, men begrepene er konstruert av forskeren. Forskeren kan ikke være en nøytral gjengiver. Det er forskeren som konstruerer teori (Clarke, 2005; Willig, 2001). Charmaz (2005) understreker imidlertid at en sterk empirisk forankring er avgjørende for studiens troverdighet. Intervjuene, samtalene og gruppesamtalene med de profesjonelle ble analysert separat.

Intervjuene

Intervjuene ble tatt opp på bånd og transkribert. I første analysesteg ble intervjuene kodet og analysert ved hjelp av grounded theory-prosedyrer som inkluderer åpen koding. Ifølge Charmaz (2006) skal denne første kodingen kjennetegnes av at forskeren inntar en åpen og datanær holdning. Åpen koding ble etterfulgt av fokusert koding. Ved å bruke fokusert koding ble kategorier som syntes å være spesielt sentrale, gjenstand for det videre analysearbeidet. På dette stadiet i analysene ble dataprogrammet NVivo anvendt som et hjelpemiddel i å få en oversikt over hele datamaterialet. Dataene ble også analysert ved å bruke *mikroanalyse* beskrevet av Strauss og Corbin (1998). Denne strategien innebærer at ord og setninger som synes å være særlig meningsbærende, analyseres nærmere. På dette tidspunktet ble intervjuene lest av to erfarne fagpersoner, en helsesøster i skolehelsetjenesten og en psykologspesialist i barne- og ungdomspsykiatri. Hensikten var å få innspill med hensyn til egne kategoriseringer og deres synspunkter på hva som framsto som utviklingsfremmende samhandling. Gjennomlesningen ble så etterfulgt av en samtale hvor vi diskuterte innholdet i intervjuene ut fra deres overordnede inntrykk av hva som framsto som sentrale temaer i

⁸ I tillegg deltok helsesøster Edel Bratlie under de felles diskusjonene om utviklingsfremmende samhandling. Psykologspesialist Vigdis Wie Torsteinsson deltok også i enkelte av diskusjonene.

ungdommenes fortellinger. Deres synspunkter bidro til en mer fokusert kategorisering i det videre analysearbeidet. Både forskningsprosjektets mål og forskningsspørsmål og de temaene som framsto som særlig sentrale for informantene, var styrende for det videre analysearbeidet. Situasjoner som i særlig grad viste mangfold og variasjon i hvordan ungdommene beskrev og forsto voksen støtte ble da fokus for det analytiske arbeidet. Til slutt ble analysen styrt mot teoretisk koding, som innebærer å bringe sammen de ulike kategoriene/dimensjonene og bestemme det sentrale begrepet (*core concept/category*). Transkriptene ble gjennomgått på nytt for å finne eksempler som særlig illustrerte kompleksiteten og variasjonen i samhandling mellom ungdommene og voksne i krevende livssituasjoner.

Selv om prosedyrene fra åpen mot mer fokusert teoretisk koding ble fulgt, var analyseprosessen primært styrt av bruk av en konstant komparativ strategi (Strauss & Corbin, 1998), det vil si gjentatte gjennomlesninger for å oppdage mønstre på tvers av intervjuene, og også innenfor hvert intervju.

Deltagende observasjon

Deltagelse under samtaler ble analysert etter samme mønster. Samtalene ble tatt opp på bånd og transkribert. I første omgang ble utskriftene lest gjennom flere ganger for å få en global idé om hvilke temaer som var sentrale. Dataene ble kodet i NVivo for utvikling av kategorier og subkategorier. Utskriftene ble lest på nytt for å sikre at kategoriene var i overensstemmelse med det empiriske materialet. Ut fra prosjektets forskningsinteresse ble analysene rettet inn mot dimensjoner ved samhandlingen som syntes å fremme ungdommenes aktivitet og deltagelse. Underveis i analyseprosessen ble kategorier og dimensjoner presentert for praktikerne som hadde deltatt. Stiles (1993) beskriver dette som ”testimonial validity”, det vil si at resultatene var i overensstemmelse med praktikerens erfaringer (Hill, Thompson & Williams, 1997).

Deltagelse i aksjonsforskningsprosessen og gruppesamtaler

Analysene som avhandlingens fjerde og siste artikkel bygger på, fikk en annen form fordi jeg var deltager på en annen og mer subjektiv og aktiv måte. Innledningsvis ble gruppesamtalene tatt opp på bånd og transkribert og deretter analysert ved hjelp av grounded theory-prosedyrer. Den videre analysen dreide seg om en refleksjon over egen og også de øvrige deltagernes måte å delta på og hvordan forskningsprosessen ble influert av deltagernes ulike posisjoner i prosjektet.

Etikk

Studien ble godkjent av Regional komité for medisinsk forskningsetikk Sør-Norge 13.08.04. Det ble også søkt om konsesjon fra Datatilsynet. Bakgrunnen for søknaden var at vi antok at hvis ungdommene skulle ha skriftlig tillatelse fra foreldre for å delta i undersøkelsen, ville dette bety en betydelig barriere mot deltagelse. Ungdommene som ønsket å delta, ble imidlertid oppfordret om å informere sine foreldre muntlig. Det ble også utarbeidet et informasjonsskriv som ungdommene kunne levere til foreldrene. Konsesjon fra Datatilsynet ble innvilget på dette grunnlaget 11.11.2004.

Med hensyn til min tilstedeværelse under samtalene mellom ungdommer og de profesjonelle, ble det formidlet til ungdommene at de sto fritt til å si nei til å delta i prosjektet. Det ble også formidlet at deres deltagelse var viktig og betydningsfull. Alle ungdommene ga tillatelse til at jeg kunne få være til stede. Å legge til rette for frivillighet til deltagelse var også viktig med hensyn til de profesjonelle. Gjennom diskusjoner om hensikten med min tilstedeværelse og også hvordan denne konkret skulle foregå, prøvde vi å gjøre dette til et felles prosjekt. Det oppsto imidlertid et dilemma underveis mellom mitt behov for å få delta i tilstrekkelig mange samtaler i løpet av den tiden som var til rådighet, og de profesjonelles tilbud om deltagelse. Dette førte til at et ekstra press ble lagt på de profesjonelle for å få et tilstrekkelig materiale til analysene.

Den etiske utfordringen under intervjuene var å ivareta ungdommenes integritet. Å samtale med ungdom om vanskelige livstemaer stiller bestemte etiske krav til forskeren. Et krav fra Regional komité for medisinsk forskningsetikk var at det måtte sørges for at ungdommene kunne snakke med en fagperson hvis forskningsintervjuet skulle vekke følelser/tanker som ble vanskelige å håndtere for ungdommen i etterkant. For å sikre at ungdommene ble fulgt opp hvis intervjuet skulle aktivisere slike temaer, snakket jeg med læreren om at hun/han skulle være ekstra oppmerksom på dette under intervjuperioden. Etter min oppfatning går imidlertid forskerens etiske ansvar lenger. Også under intervjuet er det forskerens ansvar å vurdere om hennes intervensjoner/spørsmål kan påvirke informanten på en negativ måte. Som profesjonell og godt voksen dame med mye erfaring fra å snakke med ungdom kunne jeg anvende min erfaring til å komme i en posisjon overfor ungdommene som førte til at de lett åpnet seg. Under intervjuene slo det meg at ungdommene framsto som svært sårbare i denne situasjonen. Selv om selve intervjuet legger opp til å utforske hva ungdommene oppfatter som hjelpsomt i krevende livssituasjoner, og dermed i seg selv kan fungere som en mestringsfremmende intervensjon, inviterte jeg ungdommene til å snakke om

vanskeligheter som de hadde lagt bak seg eller fortsatt strevde med. I ett tilfelle avbrøt jeg intervjuet fordi temaet som kom opp, vekket så sterke og uventede følelser hos ungdommen at han mistet kontrollen over situasjonen. Jeg markerte da at jeg avsluttet intervjuet (ved å skru av opptager og spørre om han ville snakke med meg om hva som ble så vanskelig). Siste del av samtalen ble derfor styrt av guttens behov for hjelp og ikke mitt behov for kunnskap.

4 Resultater

Sammendrag av artikkel I

Ungdom, psykisk helse og profesjonell hjelp

Denne artikkelen drøfter kjennetegn ved tilgjengelig og mestringsfremmende samhandling mellom ungdom og profesjonelle i skolehelsetjenesten. Artikkelen bygger på en fokusgruppestudie med ungdom (en gruppe med jenter og en med gutter), ansatte i skolehelsetjenesten og skolerådgivere. En brosjyre som presenterte skolehelsetjenestens tilbud om en voksen person å snakke med, dannet utgangspunkt for samtalene. Dette kunne dreie seg om samtaler om hodepine, magesmerter, søvnvansker, sorg og krisereaksjoner, overgrep, vanskelige hjemmeforhold, angst og depresjon. Deltagerne ble spurt om hva de mente var viktig å ta hensyn til i møte med ungdommer som befant seg i slike situasjoner.

Både ungdommene og de profesjonelle beskrev betydningen av at den profesjonelle framsto som deltagende og vennlig og samtidig holdt en viss emosjonell distanse eller nøytralitet. De profesjonelle anvendte omsorgsbegrepet for å beskrive hva de mente var viktig å ta hensyn til i møte med ungdom i vanskelige livssituasjoner. Sett fra deres side innebar å vise omsorg ”å se etter de små tegn”. En slik væremåte var basert på erfaring om at ungdommene kunne oppsøke dem for noe annet enn det de innledningsvis presenterte som sitt ærend. Sett fra ungdommenes ståsted var de profesjonelles oppmerksomhet og tilstedeværelse sentral, at ungdommene opplevde at de hadde tid til å lytte til det de hadde på hjertet. Både de profesjonelle og ungdommene vektla ungdommenes behov for selvbestemmelse. Ungdommene understreket betydningen av å ”få bestemme farten selv” og at de profesjonelle ikke var for pågående. De profesjonelle løftet fram betydningen av ”å være til stede på en passende måte”. Det kunne bety å ”følge med den unge på avstand”. En slik væremåte innebar å ta hensyn til ungdommenes ønske om styring over eget liv og samtidig å opprettholde kontakten med den unge. Denne måten å forholde seg på var begrunnet i oppfatninger om at mange unge ønsker hjelp, samtidig som de ønsker å være selvhjulpne. Ungdommenes ønske

om kontroll og styring ble også synliggjort gjennom den vekt ungdommene la på konfidensialitet. Artikkelen konkluderer med at samtaler med ungdom i skolehelsetjenesten bør kjennetegnes av en omsorgsfull og samtidig nøytral væremåte, og hvor ungdommenes behov for selvbestemmelse og konfidensialitet gis oppmerksomhet.

Studien viste at kulturelle føringer om maskulinitet og feminitet har betydning i kontaktetablering og problemløsningsprosesser. Informantene, både ungdommene og de profesjonelle, mente at gutter har vanskeligere for å motta hjelp fordi det forventes at de skal være selvhjulpne. Jenter har, ifølge informantene, en større kulturell tillatelse til å ta imot hjelp fordi det forventes at jenter lettere snakker om følelser, mens guttene er mer handlingsrettet. Disse ulikhetene kan føre til ulike problemløsningsprosesser i samtaler, hvor affektive mestringsstrategier blir mer fokusert i møte med jenter, mens det overfor guttene blir lagt mer vekt på løsningsfokuserede mestringsstrategier.

Sammendrag av artikkel II

”Caring involvement”: A core concept in youth counselling in school health services

Denne artikkelen presenterer begrepet *omsorgsfull involvering*. 46 elever i videregående skole ble intervjuet med et semistrukturert intervju, *private teorier*-intervjuet (PTI). Ungdommene ble bedt om å beskrive en situasjon som de opplevde som spesielt krevende, hvordan de håndterte problemene, og hvilken betydning erfaringene hadde hatt for dem. Situasjonene som ungdommene presenterte, varierte fra dagligdagse bekymringer som for eksempel hvordan presentere seg selv i klassen, til alvorlige livshendelser som for eksempel dødsfall i nær familie. Da ungdommene ble bedt om å reflektere over hva som hadde vært en hjelp i vanskelige livssituasjoner, løftet de fram betydningen av ”noen som bryr seg”. At de opplevde at noen brydde seg om dem framsto som sentralt på tvers av de ulike situasjonene som de beskrev.

Mange ga uttrykk for at de foretrakk å snakke med jevnaldrende når de hadde det vanskelig, på grunn av den gjensidige forståelsen slike relasjoner ga mulighet for. På den andre siden innebar nettopp det gjensidige i slike relasjoner at jevnaldrende ikke hadde den nødvendige kunnskap om hva som kunne være en hjelp. En nærmere analyse av aspekter og dimensjoner ved ”å bry seg” viste at dette innebar å vise interesse for den unge som person, og at den støttende personen var innstilt på å involvere seg på en aktiv måte. Dette gjaldt uavhengig av om det dreide seg om støtte fra jevnaldrende eller voksne. Et karakteristisk trekk ved støtte fra voksne var imidlertid at voksne var oppmerksom på betydningen av å gi ungdommene tid og rom til å finne sin egen vei. Å tilby et rom for refleksjon var derfor en

sentral dimensjon ved *omsorgsfull involvering*. Et annet kjennetegn ved støtte fra voksne var at interaksjonen var preget av de voksnes evne til å tilpasse sin egen aktive involvering til det som den unge var klar til å ta imot. Enkelte ganger var det imidlertid nødvendig at voksne involverte seg aktivt selv om ungdommene ikke i utgangspunktet ønsket det. Dette dreide seg om situasjoner med tilbaketrekning kombinert med alvorlige problemer som spiseforstyrrelser og selvskading.

Flere av dimensjonene som kjennetegnet omsorgsfull involvering, er beskrevet i sykepleierlitteraturen (se for eksempel: Basset, 2002; van Manen, 2002; Wilkin & Slevin, 2004). Sett fra ungdommenes perspektiv kan omsorg også innebære at voksne uttrykker forventninger og ønsker om at den unge beveger seg i en bestemt retning. På bakgrunn av disse resultatene foreslår vi at profesjonell samhandling med ungdom i skolehelsetjenesten bør karakteriseres av at de profesjonelle er innstilt på å forholde seg på en personlig og aktiv måte til ungdommene, samtidig som oppmuntrer dem til å utøve egen handlekraft.

Sammendrag av artikkel III

Youth counselling in school health services: The practice of "intentional attentiveness"

Denne artikkelen beskriver og drøfter sentrale kjennetegn ved profesjonelle samtaler med ungdom når hensikten er å involvere ungdommene aktivt i deres egne endringsprosesser. Artikkelen bygger på deltagende observasjon av samtaler mellom ungdommer og erfarne helsesøstre og kliniske pedagoger i skolehelsetjenesten. Ved hjelp av grounded theory strategier ble begrepet *intensjonell oppmerksomhet* analysert fram. For at ungdommene skal bli involvert, må også de profesjonelle involvere seg på en aktiv måte. De profesjonelles aktivitet var kjennetegnet av følgende dimensjoner: 1) *å innføre struktur i ungdommenes fortellinger*, 2) *å oppmuntre dem til å uttrykke seg både under samtalen og utenfor samtalerommet*, 3) *å holde ungdommene på skolen* og 4) *å innføre et framtidsperspektiv*. Disse dimensjonene ga retning til samtalerne samtidig som de interagererte med ungdommenes innspill på en dynamisk måte gjennom samtalerne.

Modeller innen rådgivningsfeltet, for eksempel LØFT (løsningsfokusert terapi) og PYD (positive youth development), har flere likhetstrekk med dimensjonene som *intensjonell oppmerksomhet* vektlegger. Slike modeller vil kunne inspirere en praksis i skolehelsetjenesten som grunnleggende er karakterisert av balanse mellom den profesjonelles involvering og oppmerksomhet overfor ungdommenes innspill i samhandlingen.

Flere av dimensjonene som intensjonell oppmerksomhet omfatter, er beskrevet i studier som tar utgangspunkt i skolehelsetjenestens praksis (Borup, 2002; Johansson &

Ehnfors, 2006). Begrepet kan derfor betraktes som en utvidelse og videreutvikling av resultatene fra disse studiene, og dermed bidra til en kunnskapsbase som er forankret i skolehelsetjenesten.

Sammendrag av artikkel IV

Developing youth counseling in school health services: Promoting multiple voices in a community of practice

Når aksjonsforskning anvendes som strategi, er praktikernes deltagelse i kunnskapsutviklingen avgjørende. Denne artikkelen utforsker gruppeprosesser mellom deltagere i aksjonsforskningsgruppen. Gruppen besto av helsesøstre og fagpersoner med bakgrunn fra behandlingsarbeid i spesialisthelsetjenesten, inkludert de to deltagende forskerne.⁹ I utgangspunktet var intensjonen at vi i fellesskap skulle reflektere over praksis for dermed å komme fram til faglig konsensus om noen sentrale kjennetegn ved en utviklingsfremmende praksis. Vi hadde også en idé om å bidra til økte ressurser til skolehelsetjenesten gjennom å formidle kunnskap om det arbeidet som utføres her, til grupper i det offentlige rom (politikere, offentlighet, byråkrater).

Analysen som er basert på gruppediskusjoner og forskernes og prosjektleders¹⁰ erfaringer, viser at praktikerne nølte med delta så mye som vi hadde forventet. Praktikere på sin side følte seg presset til å delta mer enn de følte de hadde kapasitet til. Denne forskjellen kunne knyttes til ulike utgangspunkt og agendaer. Forskerne og prosjektleder hadde tilgang til mer ressurser i form av tid til felles drøftelser. Vi hadde også en annen agenda som følge av at vi skulle gjennomføre et tidsavgrenset prosjekt. I aksjonsforskningslitteraturen blir betydningen av likeverd mellom deltagerne understreket. Vi fant at å fremme likeverd så vel som å anerkjenne forskjellighet mellom deltagerne er avgjørende når aksjonsforskning anvendes som strategi. Dette gjaldt mellom praktikere og forskere / prosjektleder og også mellom praktikerne. Likeverd mellom praktikerne utviklet seg gjennom å dele en felles praksis: å arbeide sammen og forsøke å begrepsliggjøre dette arbeidet som utviklingsfremmende for ungdommene. Likeverd må imidlertid ikke forveksles med ”å være like” eller ”å gjøre det samme”. Likeverd kan heller forstås som en gjensidig anerkjennelse av de ulike deltagernes forskjellige betydning i utvikling av et praksisfellesskap.

⁹ Prosjektets hovedveileder, dr.psychol. Ruth Toverud, inkluderes også siden hun bidro aktivt i diskusjonene utenfor selve prosjektgruppen.

¹⁰ Som beskrevet på side 17 hadde en av praktikerne en dobbelt posisjon som praktiker og prosjektleder.

Artikkelen konkluderer med at det må fokuseres på etablering av langsiktige prosesser når deltagende aksjonsforskning anvendes som strategi for å utvikle praksis. Støtte på organisatorisk nivå er derfor nødvendig for at praktikerne skal kunne delta i et slikt arbeid.

5 Diskusjon

I første delen av diskusjonen vil jeg drøfte utviklingsfremmende samtaler i skolehelsetjenesten slik de fremstår i denne studien. De sentrale begrepene som avhandlingen presenterer, kan forstås som *empirisk støttede relasjonsprinsipper*¹¹ (Rønnestad, 2009). Jeg vil drøfte begrepene med tanke på hvordan disse kan bidra til å lede praktikernes oppmerksomhet henimot en utviklingsfremmende praksis hvor hensikten er å involvere ungdommene aktivt i deres egne endringsprosesser. Den andre delen drøfter hvordan skolehelsetjenesten kan utvikles videre som praksisfelt ut fra de resultatene som er presentert.

Utviklingsfremmende samtaler

Profesjonell samhandling med ungdom i skolehelsetjenesten dreier seg om tilgjengelighet og ambisjonen om å hjelpe dem til selv å håndtere vanskelige livssituasjoner på konstruktive måter. Samlet peker studien mot en samtalepraksis som kjennetegnes av at den profesjonelle involverer seg på en måte som av ungdommene oppleves som at den profesjonelle bryr seg om dem. ”Å bry seg om” innebærer aktiv og omsorgsfull involvering fra den profesjonelles side. Støtten som gis, er intensjonell: Dette innebærer at den profesjonelle tilbyr en retning for samtalerne. Et sentralt trekk ved en slik praksis er evnen til å balansere mellom egen aktivitet og hensynet til å la ungdommene få utfolde *sin* aktivitet og tydeliggjøre *sine* intensjoner.

Omsorgsfull involvering

Omsorg er et mangetydig begrep. Det kan vekke assosiasjoner til en relasjon hvor den ene aktivt gir omsorg som den andre passivt mottar. Slik forstått er omsorgsbegrepet lite i overensstemmelse med en praksis som skal fremme ungdommenes egen aktive deltagelse i endringsprosesser. Hundeide (2007) foreslår et aktivt omsorgsbegrep. Han påpeker at nyere spedbarnsforskning viser at menneskelig omsorg ikke er en enveisprosess uavhengig av barnets initiativ og reaksjoner. Barnet, og i denne sammenhengen den unge, er en aktiv medskaper i omsorgen. Omsorg kan forstås som ”en sensitiv kommunikativ prosess hvor

¹¹ Begrepet *empirisk støttede relasjonsprinsipper* er utledet fra psykoterapiforskning som viser at terapeutiske relasjoner er langt mer betydningsfulle enn hvilken metode som anvendes (Rønnestad 2009).

omsorgsgiveren prøver å forstå hva som er hensikten, ønskene og følelsene bak barnets ytringer” (s. 87). Kan en slik begrepsliggjøring av omsorg være hensiktsmessig i profesjonell samhandling? Det aktive, dialogiske perspektivet på interaksjonen mellom omsorgsgiver og omsorgsmottager vil, etter min mening, være i overensstemmelse med intensjonen om å involvere ungdommene. Samtidig er det viktige forskjeller i utøvelse av omsorg i profesjonelle og private relasjoner.

Primær og sekundær omsorg

Sett fra ungdommenes ståsted var det viktig at det aktive og omsorgsfulle i samhandlingen balanserte med emosjonell avstand. Ungdommene ønsker at de voksne skal bry seg, være personlige, men samtidig holde avstand. Dette berører nærhet–avstand-dimensjonen i profesjonell samhandling. Hundeide (2007) sier at det finnes former for sekundær omsorg, det vil si omsorgsformer som er mer reflekterte og lærte. Profesjonell omsorg kan betraktes som en slik form for sekundær omsorg, hvor det refleksive arbeidet som den profesjonelle utøver, utgjør en viktig forskjell mellom sekundær og primær omsorg. Å prøve å forstå hensikten med ungdommenes handlinger vil, slik jeg ser det, også være et viktig element i omsorgsfull involvering. Som beskrevet i artikkel I, kan enkelte ungdommer, særlig gutter, nærme seg skolehelsetjenesten på måter som ikke umiddelbart forteller den profesjonelle hva den unge strever med.

Når de profesjonelle befinner seg i ungdommenes daglige miljø, vil *omsorgsfull involvering* som retningsgivende for praksis åpne for muligheter til å regulere nærhet-avstand på ulike måter. De kan ”følge med den unge på avstand” og på denne måten gi ungdommene mulighet til selv å ta initiativ. På den andre siden innebærer nærhet til ungdommenes daglige miljø at den profesjonelle må være særlig oppmerksom på konfidensialitet med hensyn til hva som snakkes om i ulike sammenhenger.

Et refleksivt rom

Ifølge Hundeide (2007) vil den sensitive kommunikative omsorgsprosessen innebære at den unge gir gjensvar på den voksnes intervensjoner og eventuelt inkluderer disse i sin egen sosiale praksis. Når ungdommene beskrev betydningen av at foreldrene oppmuntret og ledet dem i en bestemt retning, kunne det synes som om det av og til ble for lite plass til ungdommene til å gjøre forslag og råd til sine egne. Profesjonell samhandling kjennetegnes av en større emosjonell avstand, og da vil også mulighetene for å gi oppmerksomhet til ungdommenes gjensvar være større. Ved ikke å være for raske til å foreslå løsninger, ved å gi ungdommene tid til å reflektere over sin situasjon, kunne de profesjonelle bidra til nye måter å

tenke og også handle på. Emosjonell avstand er også nødvendig for at den profesjonelle skal ha et rom til å reflektere og analysere situasjonen (Ohnstad, 1998); det vil si å utøve det som Schön (1983) beskriver som "reflection in action". Omsorgsfull involvering som profesjonell praksis vil derfor bety at de profesjonelle både viser at de bryr seg om den unge, samtidig som de tilbyr et rom for refleksjon.

Gjensidig involvering

For at en omsorgsprosess skal kunne oppstå, kreves en gjensidig evne til sensitivitet og evnen til å oppfatte og gjenkjenne kvaliteten i hverandres ekspressive uttrykk og svar (Hundeide, 2005). Hvorvidt ungdommene oppfatter den profesjonelle som "en som bryr seg", er avgjørende for hvorvidt en slik sensitiv omsorgsprosess vil kunne finne sted. Den sensitive omsorgsprosessen handler også, sett fra ungdommenes perspektiv, om voksnes beredskap for å involvere seg. Gjennom aktiv involvering formidler de at den unge er en person som er verdt å bry seg om. Sundet (2000) og Dyregrov (2004) etterlyser en mer aktiv terapeutrolle i behandlingsarbeid med ungdom. Bengtson, Pedersen, Steinsvåg og Terland (2002) understreker hvordan behandleren er den som ofte både må ønske kontakt og også ville noe med kontakten. Når det er nødvendig å understreke terapeutens aktive involvering, kan det henge sammen med den klassisk tilbakeholdne og nøytrale terapeutrollen som influerer psykoterapi og andre former for profesjonell rådgivning. Profesjonalitet blir derfor assosiert med idéen om å holde distanse til den hjelpsøkende. Ungdommene i denne studien etterspør en profesjonell som aktivt involverer seg i å prøve å forstå ungdommens situasjon, og som også viser til en retning framover. I denne prosessen har ungdommens fortolkning av den profesjonelle som en som bryr seg, en som ser dem som en *hel* person, en som støtter og oppmuntrer, avgjørende betydning. Dette kan, slik jeg ser det, bidra til å skape den nødvendige energien som må til for at ungdommene skal få troen på at forandringer kan skje.

Intensjonell oppmerksomhet

Begrepet *intensjonell oppmerksomhet* viser til samhandling hvor de profesjonelle viser sensitivitet og oppmerksomhet overfor ungdommenes bidrag i samhandlingen samtidig som ulike intensjoner influerer samhandlingen. Disse intensjonene utgjør "det nye" som de profesjonelle bringer inn, slik det er beskrevet på side 9-10.

Skape struktur

Samhandlingen mellom de profesjonelle og ungdommene var karakterisert av de unges opplevelse av et indre og ofte også ytre kaos og at de ikke så veier ut av vanskelighetene.

En sentral dimensjon i de profesjonelles tilnærming var intensjonen om å skape struktur. Gjennom å gi oppmerksomhet til konkrete og opplevelsesnære temaer i ungdommenes framstillinger, prøvde de å bidra til at ungdommene fikk bedre kontroll over situasjonen. Larson (2006) sier at tilpasset utviklingsstøtte overfor ungdom ikke handler om å fortelle de unge hva de skal gjøre, men å strukturere samhandlingen, slik at ungdommene får anledning til å gjøre egne erfaringer. Når de unge fikk tid og rom til å reflektere og å prøve seg ut i konkrete situasjoner, bidro dette til at de kunne sette seg selv i en aktiv posisjon. På den andre siden påpeker Amodeo og Collins (2007) at mange ungdommer trenger en aktiv hjelper "who can structure growth experiences, ensure reasonable goals, and minimize barriers" (s. 77). Å skape struktur blir da, slik det kom fram i denne studien, å gi oppmerksomhet til elementene i ungdommenes beskrivelser som innebærer aktivitet og som kan vise til en retning framover. Ungdommenes intensjonalitet forstått som den retning de ønsker å bevege seg mot, er ofte uklar og ubestemt. Retningen er ikke gitt på forhånd, den må "snakkes fram" og stimuleres gjennom nonverbal støtte og oppmuntring. Det er heller ikke gitt at de unges aktivitet og intensjonalitet går i retning av en positiv utvikling. Larson (2006) hevder derfor at ungdoms handlekraft må styres i retning av konstruktiv deltagelse i samfunnet. De profesjonelles intensjon om å holde ungdommene på skolen kan forstås i lys av dette utsagnet. Av og til kan det da være nødvendig å gripe aktivt inn i forhold til omgivelsene slik at det legges til rette for deltagelse i skolemiljøet.

Fra hva som er, til hva som kan bli

En *framtidrettet* tilnærming var en sentral dimensjon ved *intensjonell oppmerksomhet*. Ofte var ungdommene så tynget av vanskene de sto oppe i, at de ikke så noen utveier. Det var de profesjonelle som da innførte et framtidrettet perspektiv. Betydningen av at de profesjonelle arbeider aktivt for å involvere ungdommene i refleksjoner over hva som kan *bli*, er beskrevet i en studie av Aronowitz (2005). Studien utforsket hvordan ungdom som var involvert i risikoatferd, greide å endre retning i livet. Aronowitz fant at begrepet *å ha et framtidssyn* (*envisioning the future*) var dekkende for ungdommenes beskrivelser av hva som førte til at de kom ut av et destruktivt miljø. Utvikling av et slikt framtidsperspektiv skjedde i interaksjon med en pålitelig, omsorgsfull og kompetent voksen. Lawrence og Valsiner (2003) kaller dette for "imageful thinking" (s. 729). Å invitere ungdommene til å tenke om hva som kan *bli*, som en kontrast til det som *er*, fremmer en ønsket orientering, en målrettethet. Mange av ungdommene som oppsøker skolehelsetjenesten, har behov for støtte fra voksne som viser til

en retning framover og som signaliserer håp om forandring. På den andre siden: Kan en slik tilnærming innebære at det skapes urealistiske forventninger om hva som er mulig? Hundeide (2005) påpeker at ikke alle utviklingsveier er åpne for alle. En framtidsrettet tilnærming krever derfor, slik jeg ser det, at den profesjonelle knytter en konkret forbindelseslinje til hvordan ungdommene kan bevege seg mot de mål de ønsker å oppnå. Å arbeide fram et mål kan ta tid. De profesjonelles oppmerksomhet var rettet mot selv små positive endringer som de kunne se hos ungdommene. På denne måten er det mulig å skape en bro mellom det som er, det som kan bli, og til de konkrete muligheter som finnes for å nærme seg dette målet. Et kjennetegn ved samhandling som så ut til å involvere ungdommene, var uopphørlig å søke etter de positive og aktive elementene i ungdommenes beskrivelser. Dette må ikke forveksles med å unngå å snakke om det som er vanskelig. Spørsmålet er ikke *om* man skal snakke om problemer, men *hvordan*. Det har blitt reist kritikk mot en for problemfokuset tilnærming i rådgivningsarbeid med ungdom. Amodeo og Collins (2007) påpeker at et slikt fokus fører til at ungdommene kan oppleve at den profesjonelle vil prøve å endre han eller henne, noe som kan føre til motstand mot forandring fra ungdommenes side. Edwards, Mumford og Serra-Roldan (2007) framhever det uheldige i at fokus på problem eller patologi fører til en negativ kategorisering som gjør det vanskelig å fremme positiv atferd. En bevegelse fra å legge vekt på hvordan den unge *er*, til hva det er mulig å *bli*, vil, etter mitt syn, bidra til at den unge kan involveres på en framtidsrettet og positiv måte.

Sosiale og indre dialoger

I profesjonell samhandling må den profesjonelle ta utgangspunkt i den unges forståelse og samtidig bringe inn noe nytt (Koijma, 2003; Torsteinsson, 2004). Det må dannes en bro mellom ungdommenes fortellinger og tilføring av nye perspektiver på fortellingene. Å hjelpe ungdommene til å verbalisere sine erfaringer og å gi uttrykk for sine meninger til omgivelsene var en av de sentrale dimensjonene i *intensjonell oppmerksomhet*. Lawrence og Valsiner (2003) beskriver det indre arbeidet som ungdommene utfører, som "the activity of constructing a personal working version of social material" (s. 725). Det sosiale materialet i dette tilfellet dreide seg om de profesjonelles intervensjoner og om de ideer og forslag som de delte med ungdommene. Samhandlingen som foregikk mellom de profesjonelle og ungdommene, var karakterisert av at de profesjonelle drøftet med de unge hva de kunne si i ulike sammenhenger, og hva de kunne gjøre for å få forandringer. Det dreier seg om en bevegelse *fra* det sosiale rom *til* det indre rom og *tilbake* til det sosiale rom. I denne prosessen

var det nødvendig å gi tilstrekkelig tid til ungdommenes refleksive arbeid, slik at ungdommene fikk et eierskap til de ideene de profesjonelle kom med. Binder og Vøllestad (2010) anvender begrepet *pusterom* som betegnelse for et rom hvor det blir mulig å vurdere ulike handlingsalternativer, og hvor *tid* og *ro* blir sentrale elementer.

Hva kan true det refleksive rommet? Det kan være at en tilbakeholden rådgiverposisjon kan gi for få holdepunkter for ungdom som trenger noe å orientere seg mot. På den andre siden vil en praksis som er for målrettet, begrense det refleksive rommet som er nødvendig for at ungdommene skal gjøre de profesjonelles forslag og idéer til sine egne. Den tilbakeholdenheten som de profesjonelle må vise for å gi rom for ungdommene til selv å finne en retning, kan trues av en for sterk involvering fra den profesjonelles side. Det kan også ligge en fare i at når samtaletilbudet er forankret i skolen, vil det refleksive rommet bli innsnevret fordi forventningene fra skolen om tilpasning til skolens krav kan øke.

Aktiv involvering og selvstendighet

Larson (2006) hevder at det store dilemmaet i rådgivningsarbeid med ungdom er når ”dytte” i en ønsket retning og når holde seg tilbake. Dette dilemmaet har også vært gjennomgående i denne avhandlingen. Tilpasset utviklingsstøtte slik den kom til syne i ungdommenes og de profesjonelles beskrivelser og i samtalene med ungdommene, innebærer en sensitiv balanse mellom involvering og å vise respekt for ungdommenes ønske om selvstendighet og å finne sin egen vei.

Ungdomstiden symboliserer overgangen fra barn til voksen, fra avhengig til uavhengig posisjon. Dette gjenspeiles også i teorier om ungdomsutvikling hvor selvstendighetstemaet vektlegges (Blos, 1967; Erikson, 1968). Ungdoms behov for selvstendighet har også blitt beskrevet som særlig utfordrende i rådgivningsarbeid og psykoterapi. Mandel og Qazilbash (2005) påpeker at ungdommer ønsker å utøve sin uavhengighet og derfor motsetter seg å bli fortalt hva de skal gjøre. Binder, Holgersen og Nielsen (2008) sier at terapeutens profesjonelle og personlige ekspertise ikke nødvendigvis blir tatt på ”face value” av den unge, og at terapeuten derfor ofte strever med å finne en innfallsvinkel som involverer ungdommene. Også *denne* studien synliggjorde ungdommenes behov for selvstendighet. Selvstendighet handlet om å få tid og rom til å reflektere, prøve seg fram og finne sin egen vei. Samtidig framsto ungdommenes ønske om voksne samtalepartnere i disse prosessene som et sentralt budskap. I et utviklingsperspektiv som løfter fram læring som ledende for utviklingsprosesser, vil selvstendighet forstås som evnen til å håndtere stadig flere og komplekse situasjoner på egen hånd i samhandling med en mer erfaren person. Mange av problemene ungdommene

presenterte, gjenspeiler utfordringer som de fleste unge møter i det moderne samfunnet, slik som å kunne presentere seg selv i ulike sosiale situasjoner, å kunne håndtere komplekse relasjonelle utfordringer, å kunne foreta valg som får betydning for framtiden. De ungdommene som også må håndtere krevende livshendelser som for eksempel foreldrenes skilsmisse, dødsfall, rusmisbruk, vil kunne oppleve at ”toget går” uten at de greier å henge med. I en slik samfunnsmessig kontekst innebærer tilpasset utviklingsstøtte en anerkjennelse av den *tid* mange ungdommer trenger for å komme i gang igjen hvis de er i ferd med å ”glippe” med hensyn til krav og forventninger som stilles fra omgivelsene.

Jacobsson (2005) påpeker at det er viktig å skille mellom den ensomhet som unge mennesker kan oppleve som følge av den utviklingsmessige oppgaven det er å skulle stå på egne ben, og den ensomhet han eller hun kan oppleve fordi det ikke er voksne som er tilgjengelige for dem. I denne avhandlingen er det argumentert for at profesjonelle i skolehelsetjenesten kan være slike viktige voksne for ungdom. Den dobbelte posisjonen som skolehelsetjenesten har, ved både å være en del av skolemiljøet og en del av det offentlige helsetilbudet, gir en unik mulighet til å gi tilpasset utviklingsstøtte på måter som både involverer ungdommene og andre viktige voksne i deres nære miljø. På den andre siden: Enkelte situasjoner krever en annen og mer omfattende kompetanse enn det skolehelsetjenesten har tilgang til. Mange ungdommer som oppsøker skolehelsetjenesten trenger også hjelp fra spesialisthelsetjenesten. Hvordan et utviklingsperspektiv kan opprettholdes og videreføres i samarbeidet mellom disse tjenestene vil derfor være et viktig faglig spørsmål framover.

Utvikling av praksis i skolehelsetjenesten

Jeg har så langt argumentert for at empirisk støttede relasjonsprinsipper som tar utgangspunkt i ungdommenes aktive deltagelse i egne endringsprosesser, bør være en del av kunnskapsbasen i skolehelsetjenesten. Glavin og Erdal (2007) påpeker at det bør diskuteres hvilken kunnskap som er relevant for skolehelsetjenesten, og også hvem som skal utvikle kunnskapen. Jeg vil i det følgende drøfte noen av erfaringene vi gjorde i lys av spørsmålet om *hvem* som skal utvikle kunnskap for skolehelsetjenesten, og også *hvordan* man kan tenke seg at en slik kunnskapsutvikling kan foregå.

En praksisbasert kunnskapsutvikling

Ved prosjektstart etablerte vi en aksjonsforskningsgruppe som besto av praktikere, prosjektleder og forsker. Vi hadde en idé om å drøfte kjennetegn ved en utviklingsfremmende

praksis ved at de profesjonelle skulle legge fram eksempler på hvordan de forsøkte å omsette et utviklingsperspektiv til praktisk handling. Schön (1983) kaller denne måten å utvikle handlingskunnskap på for *reflection-on-reflection-in-action*. Dette innebærer at praktikere i fellesskap reflekterer over hvordan de handler i konkrete situasjoner.

I begynnelsen av prosjektperioden ble det stilt spørsmål om denne måten å utvikle kunnskap på. Enkelte etterlyste en modell som kunne prøves ut, andre stilte spørsmål om hvem som skulle evaluere hva som virket utviklingsfremmende for ungdommene (art. IV, s. 6). Flere forskere som har anvendt aksjonsforskning i utvikling av helsetjenester, påpeker hvordan det uvanlige i denne måten å utvikle kunnskap på influerer praktikernes deltagelse (Koch & Kralik, 2006; Redmond, 2006; Westhues et al., 2008). På den andre siden: Hvordan kan man bygge på og utvikle erfaringsbasert kunnskap på en måte som er noe annet enn ren ”syning”, slik som en av praktikerne uttrykte det? Dette spørsmålet dreier seg om det kritiske elementet i aksjonsforskning. Stensland og Malterud (1999) sier at er det en fare for at profesjonelle ikke er tilstrekkelig kritiske til egen praksis. Handlingskunnskapen kan komme til å bli automatisert ved at den profesjonelle utøver *selektiv uoppmerksomhet*, det vil si ”sorting out phenomena that do not fit a pre-set picture of the situation” (2001, s. 428). Heron og Reason (2006) anvender begrepet *kritisk subjektivitet* for å vise hvordan subjektivitet må forenes med en kritisk holdning. De påpeker at vi kan kultivere et høykvalitets- og valid individuelt perspektiv i samarbeid med andre. Vi behøver ikke å kaste ut vår personlige, erfaringsbaserte kunnskap i søking etter objektivitet, men bli i stand til å bygge på den og utvikle den.

”Å gjøre det på sin egen måte”

Lærte vi noe om kritisk refleksjon? Vi fant at det var vanskelig å få praktikerne til å presentere sitt arbeid. Da vi (forskere og prosjektleder) reflekterte over dette i ettertid, forsto vi dette i lys av at refleksjon over egen praksis er en personlig prosess. Refleksjon innebærer at hele personligheten til den som reflekterer, involveres (Neufeldt & Karno, 1996). Det kan også dreie seg om utrygghet med hensyn til å bli kritisert på en negativ måte. Selv om kritikkbegrepet i utgangspunktet handler om å kunne (be)dømme på en åpen og granskende måte, har begrepet fått betydningen av bebreidelser og negativ bedømmelse i dagligtale (Kritikk, 1997). Dette vil de fleste av oss unngå å utsette oss for.

En kritisk holdning forstått som negativ bedømmelse av ens handlinger kan bidra til at man tenker det er *en* korrekt måte å handle på. Praksis er nettopp kjennetegnet av at det unike og særegne ved hver situasjon må vies oppmerksomhet. Dette er i overensstemmelse med

resultater fra et aksjonsforskningsprosjekt som omhandlet læreres praksisutvikling. Tiller (1997) fant i dette prosjektet at lærerne bygde sitt eget rammeverk basert på ideer og tanker som ble delt gjennom felles diskusjoner. Koch og Kralik (2006) påpeker at "participants learn at their own pace, reflecting on their own experiences and understandings, without an expert leading the discussions" (s. 37). Dette peker mot at det er *refleksjonen* over praksis og ikke hva den profesjonelle sa eller gjorde i bestemte situasjoner, som er det sentrale i utvikling av praksisbasert kunnskap. En av de profesjonelle i dette prosjektet påpekte i ettertid at temaer har blitt løftet opp, men at de hadde "gjort det på sin egen måte" (art. IV, s. 8). Ifølge Schön (1983) bygger praktikerne opp et repertoar av handlinger i fellesskap som den enkelte kan anvende i bestemte situasjoner. Samtidig påpeker han at *rammerefleksjoner* får en bestemt betydning i slike refleksjoner. Han sier at hvis praktikere ikke er seg bevisst at de selv konstruerer måten de forstår situasjonen på, så vil de heller ikke være klar over at de kan velge mellom ulike måter å forstå og også handle på. Det neste steget i en praksisbasert kunnskapsdannelse ville være at denne praktikerens presenterte "sin egen måte" for de andre i teamet, ikke for å bli kritisert på en negativ måte, men til inspirasjon for egen og felles fagutvikling.

Praktiker og forsker

Bruk av aksjonsforskning i utvikling av praksis er kjennetegnet av at det tradisjonelle skillet mellom forskere og praktikere oppheves. Heron og Reason (2006) uttrykker dette ved å si at aksjonsforskning er forskning *med* mennesker og ikke *på* mennesker. Hvordan deltagerne i prosjektet skulle delta, ble et viktig tema underveis. Vi ønsket at alle skulle bidra ut fra idéen om likeverd mellom forskere og medforskere. Praktikerens muligheter for å delta var imidlertid mindre enn forskers og prosjektleders, som hadde mer tid til rådighet. I aksjonsforskningslitteraturen har forskerens rolle som *facilitator*, en som legger forholdene til rette for kritisk refleksjon, blitt framhevet (Koch & Kralik, 2006; Schein 2006). Kanskje kunne vi, som utgjorde prosjektledelsen, ha posisjonert oss mer som "facilitators" enn vi gjorde. Ut fra ideen om at "alle skulle være med på alt", opplevde praktikerne at de ble presset til å delta mer enn de opplevde at de hadde kapasitet til.

I dette prosjektet fikk prosjektleder en spesiell posisjon. Hun hadde ekstra tid til rådighet, var en del av praktikerfellesskapet og kommuniserte regelmessig med forsker(e). Den posisjonen hun fikk, kan sammenlignes med det som er blitt beskrevet som *kunnskapsaktivist* (von Krogh, Ichijo & Nonaka, 2005, s. 172). Kunnskapsaktivistene i en organisasjon har ansvaret for å tilføre energi og koble sammen ulike tiltak i

kunnskapsutviklingen. De bidrar også med å skape rom og relasjoner, slik at individuell kunnskap kan frigjøres og deles. På denne måten fungerte prosjektleder som et nødvendig forbindelsesledd mellom praktikerne og forsker(e).

Hva var forskernes bidrag? Kvale (1994) påpeker at forskning som er relevant for praksis, kan beskrives som ”et forsøk på å samle, organisere og formidle praksisformer som fører til intenderte mål” (s. 38). I dette prosjektet bidro forsker(e) ved å tilføre forskningsmetodikk med hensyn til datainnsamling, analyse og begrepsutvikling. Charmaz og Henwood (2008) argumenterer for at grounded theory er særlig egnet til å utvikle teorier som tar utgangspunkt i menneskers levde liv og erfaringer. Teram, Schachter og Stalker (2005) beskriver et prosjekt hvor de kombinerte deltagende aksjonsforskning med grounded theory. Hensikten var å forbedre behandlingstilbudet til kvinner som hadde vært utsatt for overgrep. De ønsket å utvikle en praksis som var sensitiv overfor hva kvinnene selv mente var viktig å ta hensyn til i behandlingen. Resultatene fra denne grounded theory-studien ble så drøftet med behandlerne og prøvd ut i praksis. Vi hadde også et mål om å involvere ungdommene i utvikling av praksis. Begrepet *omsorgsfull involvering* ble konstruert på bakgrunn av ungdommenes synspunkter på hva de oppfattet som god støtte fra voksne i vanskelige livssituasjoner. En forutsetning for at et slikt begrep skal få betydning for praksis er at etableres kommunikative rom hvor praktikerne kan drøfte hvordan de anvender teoretiske begreper i sin daglige virksomhet.

Utvikling av et tverrfaglig praksisfellesskap

Utgangspunktet for dette prosjektet var at praktikerne skulle lære av hverandre, og praksis skulle bygges på likeverd mellom faggruppene. Alles stemmer skulle være like viktige, og jo flere stemmer, jo større, bredere og dypere forståelse av fenomenene.¹²

Mot et tverrfaglig ”vi”

I en tverrfaglig gruppe vil likeverd og forskjellighet få en bestemt betydning. Skal alle gjøre det samme? Opplevelsen av å føle seg ”lik” eller ”forskjellig fra” interagerer underveis i prosessen. Dette er i overensstemmelse med Wengers (1998) påpekning av at praksisfellesskap etter all sannsynlighet vil gi muligheter for å føle seg både lik og forskjellig fra de andre i gruppen. Derfor, sier han, ”homogeneity is neither a requirement for, nor the result of, the development of a community of practice” (s. 76). Likeverd er ikke det samme

¹² Denne måten å tenke om kunnskapsutvikling på er sterkt inspirert av Habermas’ teori om kommunikativ handling. Habermas (1984) beskriver den dominansfrie dialogen som et ideal, det vil si at alle som deltar i en diskusjon, har lik rett til å bli hørt, og alles utsagn er i utgangspunktet like sanne. Habermas påpeker imidlertid at den frie dialogen kan bli systematisk forstyrret av ulike maktforhold eller ideologisk dominans.

som ”å være like” eller ”å gjøre det samme”. Videre vil det personlige knyttet til erfaringsbakgrunn i vid forstand alltid spille en avgjørende rolle i denne formen for arbeid, det vil si ”å gjøre det på sin egen måte”.

I en tverrfaglig gruppe vil ulikheter som følge av de forskjellige yrkesgruppers prestisje og også ”eierskap” til feltet influere samhandlingen. Trusler for en utvikling av skolehelsetjenesten som et tverrfaglig praksisfelt framover vil, slik jeg ser det, være at enkelte yrkesgrupper har større monopol på hvordan tjenesten skal utvikles, enn andre. Enkelte forskere (Martinsen, 1993; Midskard, 2008) peker på dilemmaer i profesjonelle omsorgspraksiser. Martinsen framhever det tvetydige i profesjonell omsorg. På den ene siden står klientorientering synliggjort gjennom felles anstrengelser for å yte best mulig hjelp. På den andre siden står egeninteresse synliggjort gjennom profesjonsbygging, makt og kontroll. Midskard drøfter dilemmaer knyttet til tverrfaglig samarbeid. På bakgrunn av en dansk litteraturstudie konkluderer han med at problemer knyttet til ulik utdanningsbakgrunn og teoretisk forankring er mer problemfylt enn vi ofte antar, og at økt profesjonalisering nødvendigvis må medføre hierarkier og profesjonskonflikter. I et prosjekt som skal fremme likeverd mellom deltagerne, er det viktig ikke å underkommunisere slike forskjeller. På den andre siden påpeker Wenger (1998) at et godt praksisfellesskap forutsetter felles virksomhet, felles deltagelse og et felles repertoar av handlinger. Vi fant at å arbeide sammen og å utvikle en felles forståelse bidro til å utvikle en gruppeidentitet, et tverrfaglig *vi*. Et slikt tverrfaglig *vi* kan etter mitt syn også styrkes ved å bringe inn ungdommens stemmer i kunnskapsutviklingen. Høgholt (2001) hevder at når det dannes nye former for profesjonalitet og stadig større differensiering og spesialisering mellom ulike eksperter, vil barnas perspektiv ofte forsvinne i faglige diskusjoner mellom profesjonsgruppene. Den kunnskapen som ungdommene bringer inn ”eies” ikke av bestemte yrkesgrupper, men kan danne grunnlag for drøftelser og utvikling av felles forståelse.

En trygg atmosfære

Ikke bare samhandlingen mellom ungdommene og de profesjonelle, men også den konteksten som samhandlingen foregår i, vil være avgjørende for utviklingen av en god praksis. Ifølge Orlinsky og Rønnestad (2006) kan stresspreget involvering komme til å erstatte terapeutisk involvering hvis arbeidsmengde og negative trekk ved arbeidsmiljøet i form av lite opplevd støtte er dominerende. Å opprettholde en omsorgsfull og deltagende praksis, slik ungdommene og også de profesjonelle i denne studien vektla, vil derfor være særlig krevende samtidig som tilgjengelighet er et mål. Det er grunn til å spørre om det er mulig å sikre en god

nok praksis når den tid de profesjonelle har til rådighet, er minimal. I boka *The resilient practitioner* understreker Skovholt (2001) betydningen av et arbeidsmiljø som forhindrer utbrenthet og faglig stagnasjon. Han framhever imidlertid at praktikerne ikke passivt venter at organisasjonen skal komme med tilbud. Han sier: "I urge you to actively create your own greenhouse at work" (s. 135). Et veksthus er kjennetegnet av følgende elementer: et lederskap som fremmer en balanse mellom egenomsorg og omsorg for andre, sosial støtte fra kollegaer, å motta egenomsorg fra mentorer, selv å være mentor og – å ha det moro. Vi fant at å utvikle et slikt veksthus dreier seg om å utvikle et godt praksisfelleskap som ikke er preget av for mange spenninger. Det må skapes en trygg atmosfære, slik at alle kan komme fram med sine synspunkter. Dette innebærer en anerkjennelse av at alles synspunkter er viktige, og at vi har noe å lære av hverandre, og at alle har noe å bidra med til helheten. Å utvikle et slikt fellesskap krever at man tenker i langsiktige prosesser som har en trygg organisatorisk forankring og støtte.

6 Metodologiske refleksjoner

Kvalitativ forskning kjennetegnes av fortolkning av mening, og standardiserte oppskrifter er verken ønskelig eller mulig. Men "forskeren står heller ikke fritt til å presentere sine egne innfall", påpeker Haavind (2000, s. 8). Den plass forskerens subjektivitet gis, blir dermed et viktig forskningsmessig tema. Styrken ved dette prosjektet er en sterk empirisk forankring, både gjennom min egen lange praktiske erfaring med psykososialt behandlingsarbeid med ungdom og gjennom det omfattende empiriske materialet som er presentert, og som analysene bygger på. Både i aksjonsforskning og i konstruksjonistisk grounded theory er disse to forhold et kvalitetskriterium (Charmaz, 2005; Reason & Bradbury, 2006). I denne studien førte min posisjon som deltager med nærhet til forskningsfeltet på den ene siden og som forsker som ønsket å oppnå tilstrekkelig analytisk avstand, på den andre siden til at temaet forskerens subjektive posisjon fikk særlig aktualitet. Forskerens subjektivitet kan forstås på ulike måter innenfor aksjonsforskning og innenfor grounded theory, noe som gjør dette temaet ytterligere komplekst. I aksjonsforskning er forskeren aktivt deltagende i et fellesskap med det formål å utvikle kunnskap, mens forskeren i grounded theory har en mer tilbaketrukket, analytisk posisjon (Dick, 2007).

Jeg vil derfor nå gå mer systematisk igjennom min egen subjektivitet og den betydning den kan ha for vurdering av studien og kunnskapsforslagene som er presentert.

Forskerens subjektivitet i analyseprosessen

En fortolkende forskningspraksis bygger på antagelsen om at virkeligheten kan forstås på ulike måter avhengig av det fortolkende subjektet. Giorgi (2004) viser til at subjektivitet refererer til ideen om at sannhet er personlig og varierer fra person til person. Han framhever imidlertid at subjektivitet konstituerer den *mening* som tilskrives virkeligheten, og avgrenser seg således fra ideen om at det ikke finnes en virkelighet uavhengig av det fortolkende subjektet. Det må et fortolkende subjekt til for at fenomenene skal framstå for oss. Uavhengig av epistemologisk ståsted er de færreste i dag uenig i at forskningen innebærer fortolkende elementer. Lund (2005) slår fast at også innenfor kritisk realisme, som er en videreutvikling av det opprinnelige positivistiske vitenskapssynet, erkjennes forskerens subjektivitet. Alvesson og Skjöldberg (1994) påpeker imidlertid at selv om man også innenfor en kritisk realistisk posisjon erkjenner virkeligheten som fortolket, blir denne ansett som mindre sann enn den *egentlige* virkeligheten; det vil si den som foreligger utenfor forskerens fortolkninger av virkeligheten. Det går derfor et skille mellom en oppfattelse av subjektivitet som et problem for produksjon av sann kunnskap og subjektivitet som konstituerende for all kunnskap. Resultatene som presenteres i denne avhandlingen, må vurderes ut fra et fortolkende og subjektivt kunnskapssyn.

Selv om forskerens subjektive posisjon anerkjennes, har flere forskere pekt på forhold som kan begrense studiens troverdighet. Alvesson og Skjöldberg (1994) peker på at den individuelle forskerens tolkningsrepertoar setter grenser for muligheter eller forsterker en tilbøyelighet til å fortolke materialet i bestemte retninger. Kvale (1996) betegner dette som ”biased” eller ”slapp” subjektivitet. Dette betyr at man ikke ser noe nytt, men det som er i overensstemmelse med egen forforståelse. Fordi mitt tolkningsrepertoar var forankret i praktiske erfaringer, kan dette ha bidratt til en tilbøyelighet til å legge merke til det som jeg i mitt faglige og personlige liv hadde erfart som nyttig og fruktbart. Reason (1994) påpeker imidlertid at forskeren ikke skal undertrykke sin erfaringsbaserte og subjektive kunnskap. Man skal akseptere at kunnskapen er fra et bestemt perspektiv, men prøve å uttrykke dette perspektivet eksplisitt. Tolkningsrepertoaret kan også, etter min mening, knyttes til ulike forståelsesmåter som er tilgjengelige innen et bestemt praksisfelt. I denne studien har et perspektiv som eksplisitt begrepsliggjør ungdom som aktive deltagere i samhandling med sine omgivelser, vært styrende for analysen.

Strategier for å forhindre en ureflektert subjektivitet

Å legge til rette for informantenes stemmer

En forutinntatt eller ”slapp” subjektivitet kan knyttes til min bakgrunn som praktiker. Dette ble aktualisert i ungdomsintervjuene, hvor det ble viktig å innta en forskerposisjon framfor en terapeutisk posisjon. I denne sammenheng var instruksjonen til private teorier-intervjuet en hjelp, hvor det understrekes at forskeren må være tilbakeholden og gi rom for informantens synspunkter (se s. 18). Også den åpenheten som intervjuet legger til rette for, bidro etter mitt syn til at ungdommenes stemmer kom fram. Når de ble bedt om å beskrive en vanskelig livssituasjon, var det flere som lurte på hva *jeg* mente de skulle snakke om. Enkelte sa at de ikke hadde opplevd noe traumatisk, hvis det var *det* jeg var ute etter. Jeg prøvde da å komme med noen eksempler, uten å legge for mange føringer for hva de kunne fortelle om.

Hvordan forskeren utøver sin aktivitet, blir, slik jeg oppfatter det, viktig for hvorvidt en ”slapp” eller kritisk subjektivitet får utfolde seg. En kritisk subjektivitet kan, etter min mening, utøves ved å anstrenge seg for å finne ut om man har forstått den andre riktig. Jeg tilstrebet en aktiv intervjuerposisjon ved at jeg for eksempel spurte: ”Har jeg forstått deg riktig når du sier ...”, eller: ”Betyr det at du ...”. Dette var særlig viktig overfor ungdommer som var lite vant til å snakke om sine erfaringer. Sett i lys av en intersubjektiv fortolkende praksis er ikke bare *hva* som sies, men også *intensjonen* med hva som sies, viktig. Når jeg for eksempel spurte ungdommene om de kunne fortelle meg om en krevende livssituasjon, var deres gjensvar på dette spørsmålet avhengig av deres fortolking av *min* intensjon med spørsmålet så vel som hva *de* forsto med spørsmålet. Videre satte den kulturelle konteksten betingelsene for hvilke historier som var mulige å fortelle, og den ”nære” konteksten, selve intervjusituasjonen, hva de ønsket å fortelle.

Hva oppfattet informantene at jeg inviterte dem til å snakke om? Det var viktig for meg å tydeliggjøre hensikten med intervjuene og min deltagelse under samtalene. Deltagerne ble informert både muntlig og skriftlig om at studiens hensikt var å forbedre skolehelsetjenestens samtaletilbud til ungdom i vanskelige livssituasjoner. Med hensyn til deltagerne i ungdomsintervjuene deltok jeg også i klassene på forhånd, hvor ungdommene fikk anledning til å stille spørsmål og også komme med kommentarer om hvordan de kunne bidra til et bedre samtaletilbud til ungdom i skolehelsetjenesten. Historien som den enkelte ungdom fortalte, var en av mange historier som han eller hun *kunne* fortelle. Det er imidlertid grunn til å anta at den unge vurderte hva som var viktig å formidle i den sammenhengen han eller hun ble invitert inn i.

Hvordan virket min tilstedeværelse under samtalene i skolehelsetjenesten inn på samtalene? Jeg prøvde å være så diskret til stede som mulig, ved plassering og væremåte, slik at samtalen skulle kunne utfolde seg så vanlig som mulig. På spørsmål etter samtalen sa de fleste, bortsett fra en av ungdommene, at de ikke syntes min tilstedeværelse virket forstyrrende. Denne ene jenta sa at hun ikke følte hun kunne uttale seg så fritt som hun ellers ville ha gjort. Enkelte av de profesjonelle følte det litt stressende i starten, men det endret seg underveis. En påpekte at hun ble litt mer konsentrert når jeg var til stede.

Variasjon i utvalg og mangfold av stemmer

En annen strategi for å forhindre forutinntatt eller ureflektert subjektivitet er å sikre et variert utvalg med hensyn til både informanter og medfortolkere. I utvalgsprosedyrene ble det lagt vekt på å få et så variert utvalg som mulig, i valg av både skoler, intervjudeltagere og samtaler. Dette er blitt beskrevet som *maximum variety sampling* (Dey, 2004). En slik utvalgsprosedyre vil imidlertid begrenses av de praktiske betingelser som prosjektet er underlagt. Alvesson og Skjöldberg (1994) beskriver en slik strategi som *pluralismeidealet*. En styrke ved denne studien var det store antallet ungdommer som deltok (70), og at de også deltok på ulike måter (fokusgrupper, intervjuer og samtaler). Det ville imidlertid vært hensiktsmessig med et noe større utvalg i samtalene hvor jeg deltok som observatør (13 samtaler), særlig med tanke på kjønnsfordeling (11 jenter og 4 gutter).

I analyseprosessen ble det lagt vekt på å åpne materialet for ulike fortolkninger. I analyse av intervjuene ble to erfarne fagpersoner, en psykologspesialist og en helsesøster, bedt om å lese intervjuene. Hensikten var å få innspill til sentrale temaer som kunne knyttes til utviklingsfremmende samtaler. Begge hadde godt kjennskap til prosjektet. Innspillene som disse bidro med, sto ikke i kontrast til mine foreløpige kategorier og fortolkninger, men kan heller oppfattes som en utvidelse og fokusering av bestemte temaer, for eksempel at flere av situasjonene ungdommene beskrev, reflekterte typiske utviklingstema for ungdom i vår kultur.

Analytiske resultater ble også kontinuerlig drøftet med veileder, noe som bidro i samme retning. Denne strategien kan beskrives som en form for kontekstuell triangulering, som drøftes nærmere på side 45.

For å forhindre en ureflektert subjektivitet var det sentralt å bringe inn praktikernes synspunkter underveis i fortolkningsprosessen. Gjennom å legge fram foreløpige kategorier og dimensjoner fikk jeg tilbakemelding om hvorvidt begrepene var meningsfulle med hensyn til deres praksis. Dette førte til en endring i vektleggingen av en dimensjon som dreide seg om

de profesjonelles involvering. En av de profesjonelle mente at betydningen av aktiv involvering med hensyn til ungdommenes miljø hadde fått for liten plass. Denne formen for validering er beskrevet som *testimonial validering* (Stiles, 1993). I tillegg ble analytiske resultater lagt fram for praktikere i fagfeltet underveis.

Denne formen for validitet kan forstås som en form for *kommunikativ validitet*, som innebærer at validering av kunnskapspåstander skjer i en dialog (Kvale, 1996). Da jeg la fram mine fortolkninger for praktikerne og ba om tilbakemelding på om disse fortolkningene ga mening, kan dette oppfattes som en form for dialog mellom dem og meg. Når jeg drøftet innholdet i utviklingsfremmende samtaler med praktikerne slik som beskrevet i artikkel IV, bidro dette til at min oppmerksomhet ble ledet mot bestemte temaer.

Den konstant komparative analysemetoden som anvendes i grounded theory, innebærer at de som analyserer materialet, har tilgang til hele materialet. Morse (1998) har derfor stilt seg kritisk til praktikervalidering fordi den enkelte praktiker kun har tilgang til en avgrenset del av materialet. I forhold til en kommunikativ validering vil mine fortolkninger ha forrang fordi jeg som forsker har tilgang til hele det empiriske materialet. Til tross for denne innvendingen vil jeg likevel hevde at de tilbakemeldingene praktikerne ga, bidro til å øke studiens validitet fordi deres innspill rettet oppmerksomheten mot sentrale dimensjoner. Dette er i overensstemmelse med Dicks (2007) påstand om at når deltagere inviteres til å være med i analyseprosessen, er transkripter og koder mindre egnet enn for eksempel å involvere deltagerne gjennom gruppediskusjoner, slik vi gjorde i dette prosjektet.

Pluralismeidealet går lenger enn å ivareta kravet om et variert utvalg og et mangfold i fortolkninger. Dette idealet handler om hvilke fortolkninger som har forrang underveis i analyseprosessen. Det dreier seg om å gi oppmerksomhet til autoritetsproblemet med hensyn til tolkninger. Alvesson og Skjöldberg (1994) påpeker at når materialet "tuktes" på forskerens vilkår gjennom kategoriseringer og aggregeringer, så forsvinner eller nedtones mangfoldet hos subjektene stemmer. Derfor er det viktig at forskeren må tenke nøye gjennom hva / hvem som inkluderes, og hva / hvem som ekskluderes under analyseprosessen. Dette problemet kom til syne både under analyse av intervjuene og under analysen av deltaende observasjon under samtaler. Ungdommenes erfaring med den type snakk som jeg inviterte dem til, varierte sterkt. Enkelte hadde også et begrenset ordforråd på norsk. Selv om jeg tilstrebet at variasjonen i intervjumaterialet skulle gjenspeiles også i utdragene fra intervjuene, ble utvalget preget av kravet om fylde og kommuniserbarhet. En innvendig mot det foreliggende materialet kan derfor være at analysene ga forrang til de mest verbale ungdommene, og at de "magre" utsagnene ble ekskludert. I analyse av samtaler mellom de profesjonelle og

ungdommene ble en viktig dimensjon i samhandlingen utelatt, nemlig hvordan de profesjonelle vurderte hvorvidt ungdommene skulle henvises til spesialisthelsetjenesten. Begrunnelsen for å utelate denne dimensjonen er at dette temaet ble for omfattende til å kunne rommes innenfor rammene av det formatet en artikkel gir mulighet for.

Er studien kjennetegnet av en ”slapp” intersubjektivitet?

Ifølge Kvale (1996) forutsetter kommunikativ validitet at *ulike* perspektiver på det samme materialet brytes mot hverandre. Han presiserer: ”Valid knowledge is constituted when conflicting knowledge claims are argued in a dialogue” (s. 244). Kvale mener at det går et skille mellom kommunikativ enighet, som er et resultat av en slik diskusjon, og normativ enighet, som er enighet uten diskusjon. Ulike fortolkninger ble drøftet og diskutert, men ut fra et enighetskrav hvor kontrasterende perspektiver er avgjørende, kan studiens validitet være svakt begrunnet. Selv om studien inkluderte mange informanter og også medfortolkere, er ikke ulike perspektiver mellom informantene satt opp mot hverandre, men heller anvendt til å utfylle hverandre. For ytterligere å forhindre en ”slapp” intersubjektivitet måtte enda flere medfortolkere vært involvert.

Et pragmatisk valideringsbegrep

Jeg vil påpeke at teoretisering med hensyn til det psykososiale samtaletilbudet i skolehelsetjenesten er i startfasen. Da er det mindre relevant å sette ulike perspektiver opp mot hverandre. Studiens utgangspunkt var en pragmatisk kunnskapsetablering, og prosjektet hadde en bestemt hensikt: å analysere fram begreper som kunne være til nytte for praktikerne. Slik jeg ser det, er det derfor mer fruktbart å vurdere studiens kunnskapsforslag ut fra et *pragmatisk* validitetsbegrep. Kvale (1996) mener at pragmatisk validitet representerer en sterkere kunnskapspåstand enn kommunikativ validitet. Ut fra en pragmatisk validering vil hvorvidt den teoretiske kunnskapen, som er utledet fra fortolkninger og observasjoner, leder til endring i praksis, være avgjørende. Et slikt gyldighetskriterium er i tråd med aksjonsforskningsstrategi, hvor kunnskapens anvendbarhet for dem som forskningen retter seg mot, er det mest sentrale gyldighetskriteriet. I forhold til pragmatisk validering vil, slik jeg ser det, min subjektive kunnskap fra forskningsfeltet måtte vurderes på en annen måte. Da vil min erfaring utgjøre den horisonten som jeg integrerer ny kunnskap i; med andre ord: Jeg blir både forsker og aktør. Dette er, slik jeg ser det, i overensstemmelse med Kvales (1994) utsagn om at praksis er både en kilde til kunnskap og også prøvestein for gyldig kunnskap.

Kvale (1996) skiller mellom hvorvidt kunnskapsforslag som er erfaringsbasert, kan initiere endring eller ikke. For at de kunnskapsforslag som presenteres, skal gi gjenklang hos

andre, må de ikke bare gi gjenkjennelse, men også initiere endring av praksis. Hvis fortolkningene er for fjerne fra de begrepene og den forståelsen aktørene selv anvender, vil disse ikke komme til praktisk anvendelse og dermed ikke kunne bidra til endring av praksis. Den endelige valideringen blir da om begrepene tas i bruk. At dette prosjektet videreføres, og at det teoretisk/praktiske arbeidet fortsetter, er derfor, i lys av en pragmatisk validering, det mest avgjørende kriteriet på hvorvidt kunnskapen er gyldig. I tråd med en slik forståelse av gyldighet påpeker Andenæs (1999) at hvorvidt resultater fra et forskningsprosjekt er gyldige, må vurderes ut fra resultatenes relevans, om hvilke *ringvirkninger* og *gjenbruk* studien bidrar til.

Studiens pålitelighet

Jeg har så langt drøftet kunnskapsforslagenes gyldighet i lys av forskerens subjektivitet. Også i en vurdering av studiens pålitelighet vil antagelser om forholdet mellom subjektivitet og objektivitet være avgjørende. I kvalitativ forskning er det ikke meningsfylt å anvende reliabilitet forstått som å måle det samme under samme betingelser (Willig, 2001). Madill, Jordan og Shirley (2000) påpeker at pålitelighet forstått som konsistens, stabilitet og gjentakelse bygger på en idé om at det er mulig å ”tappe” fenomener som er relativt uavhengige av forskeren og forskningsinstrumenter. I kvalitativ forskning må derfor resultatenes pålitelighet vurderes på andre måter. Flick (2006) foreslår *procedural reliability* som en måte å vurdere kvalitative studier på. Han sier at studiens pålitelighet kan styrkes på to måter: 1) ved å dokumentere at data er produsert på en måte som gjør det mulig å sjekke hva som er forskerens konstruksjoner, og hva som er informantenes utsagn, og 2) ved å gjøre prosedyrene for dataproduksjon og analyse eksplisitte, slik at ulike intervjuere eller observatører blir trent på samme måte.

Det empiriske materialet som artikkel I, II og III bygger på, er tatt opp på bånd og transkribert ordrett. Et unntak er artikkel IV, som også bygger på mine erfaringer som deltager i prosjektet. Fokusgruppeintervjuene ble transkribert av meg, det øvrige materialet av en profesjonell sekretær. Det er derfor mulig å gå tilbake og konkret sjekke informantenes utsagn. At alle intervjuene og også observasjonene ble gjennomført av samme person, øker studiens pålitelighet. Den felles rammen og stramme struktur som ligger til grunn for private teorier-intervjuet, bidro også til at samtalene ble gjennomført på noenlunde lik måte. At intervjuene ble gjennomført på samme sted, bidro i samme retning. Andenæs (1999) påpeker at konsistens forstått som at forskeren oppfører seg helt likt hver gang, er lite treffende for kvalitative studier fordi det nettopp er et poeng at forskeren justerer seg etter den enkelte

informant. Etter mitt syn vil en stram ytre struktur bidra til en større frihet både for forsker og informant til å inngå i en fleksibel og dynamisk dialog.

Økte triangulering studiens pålitelighet?

Triangulering viser til bruk av flere forskere, metoder, kilder eller teorier for å fastsette resultatenes konsistens, det vil si at ulike innfallsvinkler underbygger de resultatene som presenteres (Flick, 2006). Ifølge Madill et al. (2000) bygger denne formen for triangulering på en realistisk epistemologi og triangulering må forstås på en annen måte innen en konstruksjonistisk epistemologi. De foreslår derfor *kontekstuell* triangulering, hvor målet for triangulering er utdyping og ikke sammenfall. I denne studien ble ulike datakilder, metoder og også medforskere anvendt for å få en bredere forståelse av hvordan samtaletilbudet kunne utvikles. Dette førte til utdyping og også fokusering av temaer, kategorier og dimensjoner. For eksempel viste omsorgsdimensjonen seg på ulike måter i artikkel I og II, og dimensjoner som kan knyttes til ungdommenes aktive deltagelse i endringsprosesser, ble synliggjort i både artikkel I, II og III. Slik jeg ser det, vil derfor denne formen for triangulering bidra til å øke resultatenes pålitelighet.

Kvale (1996) hevder at i moderne vitenskap har begrepene *generaliserbarhet*, *reliabilitet* og *validitet* oppnådd status som "den hellige treenighet". Jeg har så langt knyttet noen refleksjoner til studiens validitet og reliabilitet slik begrepene forstås i kvalitativ forskning. Spørsmålet om kunnskapens generaliserbarhet, hvorvidt kunnskapen er gyldig for andre enn det feltet det empiriske materialet utgår fra, må reflekteres over. Forholdet mellom kontekstuell forankret kunnskap og generaliserbarhet er imidlertid ikke entydig innen grounded theory. Glaser og Strauss (1967) antok at ved å gå fra substansiell teori utviklet i og for et bestemt felt og utvikle stadig nye dimensjoner ved å inkludere nye kontekster ville man kunne gå fra substansiell teori til formal generalisert teori. Strauss og Corbin (1998), derimot, avgrensner seg fra denne formen for generalisering. De sier at de *ikke* antar at substansiell teori utviklet for et gitt felt kan generaliseres til en større populasjon. De hevder at "the real merit of a substantive theory lies in its ability to speak specifically for the population from which it is derived and to apply back to them" (s. 267). Bryant og Charmaz (2007) inntar en tredje posisjon ved å hevde at når man erkjenner både teoriens empiriske forankring og forskerens konstruerende aktivitet, vil dette epistemologiske utgangspunktet "produce limited, tentative generalizations, not universal statements" (s. 52). Hun foreslår å bruke begreper som sensitiviserende, som blir utforsket i feltet. De teoretiske begrepene som foreslås, er derfor oppmerksomhetsledende henimot en utviklingsfremmende praksis. Begrepene som foreslås,

bør ut fra dette ses som kunnskapsforslag og hvor kontekstuelle forhold bidrar til å gi innhold til begrepene. Slik jeg ser det, må derfor begrepene være åpne nok og samtidig meningsfylte nok, slik at de som skal anvende begrepene, får assosiasjoner til egen praksis. Generaliserbarhet blir derfor som Andenæs (1999) påpeker, et spørsmål om relevans.

Begrepsvurdering med hensyn til metateoretisk utgangspunkt

Det empiriske materialet er mangetydig og kan fortolkes på ulike måter. Alvesson og Skjöldberg (1994) hevder at oppmerksomheten bør rettes mot det fortolkende subjekt og den ontologiske og epistemologiske posisjon som fortolkeren forholder seg til. Winegar og Valsiner (1992) påpeker at kvalitative studier må vurderes ut fra begreper innbyrdes konsistens, relatert til metaperspektiv, framfor teoriens gjenspeiling av en objektiv virkelighet. Det vil si at epistemologisk utgangspunkt må være gjort rede for, og metateoretisk posisjon, metoder, analyser og resultat ikke må stå i motsetning til hverandre (Willig, 2001). Søndergaard (1995) gir uttrykk for et slikt standpunkt ved å påpeke at hvis vi har et individ-samfunn-perspektiv på metanivå, må også de begreper som anvendes, gjenspeile et slikt perspektiv. Begrepene man anvender, må åpne for å tenke i og begripe prosessen mellom individ og omgivelser, hevder hun. Studien bygger på en epistemologi som erkjenner psykologiske fenomeners kompleksitet og kontekstuelle forankring. Studiens ontologiske posisjon er et syn på mennesker som aktivt handlende og fortolkende overfor sine omgivelser. Med hensyn til dette prosjektet vil det derfor være relevant å vurdere de begreper som foreslås, i lys av studiens ontologiske utgangspunkt, hvor et interaksjonelt utviklingsperspektiv danner utgangspunktet. Hvordan er begrepene i forhold til grunnleggende antagelser om aktiv involvering og en kontekstuell fenomenforståelse? Begrepene er analysert fram med utgangspunkt i ungdommenes interaksjon med omgivelsene. De begrepene som ble analysert fram, var de "gamle" begrepene *omsorg*, *nøytralitet*, *konfidensialitet* og *selvbestemmelse*, og (artikkel I) og de nye begrepene *omsorgsfull involvering* og *intensjonell oppmerksomhet* (artikkel II og artikkel III). Jeg har argumentert for at begrepene bidrar til å involvere ungdommene i endringsprosesser. Etter mitt syn er disse begrepene i overensstemmelse med det metateoretiske perspektivet som er lagt til grunn.

Utvikling som fortolkningsramme

Et sosiokulturelt utviklingsperspektiv danner ramme for fortolkningene. Wenger (1998) beskriver et slikt teoretisk rammeverk som et perspektiv. "Et perspektiv er ingen resept", sier han, "det forteller oss ikke hva vi skal gjøre, men det fungerer retningsgivende i forhold til hva som gis oppmerksomhet" (s. 9). Valsiner (2003) kritiserer det han kaller for

”paraplyforskning”. Med dette mener han at teoretiske konstruksjoner som bygger på empirisk forskning, ofte ”tilpasses” et allerede konstruert rammeverk, og at forskeren dermed anvender en deduktiv logikk. Charmaz (2006) imøtegår denne kritikken ved å påpeke at et teoretisk perspektiv gir et anker for leseren. Hun sier at forskeren skal vise hvordan teorien utvider, utfordrer eller erstatter eksisterende begreper. Denne studien gir et substansielt innhold til de overordnede begrepene *aktivitet*, *intensjonalitet* og *tilpasset utviklingsstøtte* i utøvelsen av psykososiale samtaler med ungdom. ”Paraplyen” i dette prosjektet kan tilbakeføres til studiens ontologiske posisjon: en utviklingsforståelse som grunnleggende ser på mennesker som aktivt deltagende og fortolkende overfor sine omgivelser (Valsiner & Connolly, 2003). Dette perspektivet har vært styrende for analysen. Dette kan knyttets til studiens ontologiske posisjon framfor et bestemt teoretisk utgangspunkt. Det teoretiske perspektivet på utvikling som er presentert, vokste fram underveis i analysearbeidet, i en stadig veksling mellom empiri og teoretiske refleksjoner. Habermas (1973) påpeker at teoridannelse og utvikling av praksis er to ulike aktiviteter. Målet med teoridannelse er å komme fram til den mest adekvate fortolkning av et empirisk materiale. Utvikling av praksis er styrt av målet om å handle på måter som skaper forandringer i en virkelig verden. Det er derfor ikke en direkte sammenheng mellom teori og praksis. Teori kan influere praksis, men kan ikke på noen måte reflektere den kompleksiteten den ”virkelige” verden representerer. Forbindelsen mellom teori og praksis er diskursiv, ”where ideas, notions and elements can be considered in the development of practice but with no claims to being automatically applicable” (Gustavsen, 2006, s. 18). De teoretiske begrepene og dimensjonene som er avhandlingens kunnskapsbidrag, reflekterer denne grunnleggende antagelsen.

7 Implikasjoner for praksis

Prosjektene som studien er forankret i, videreføres og har også blitt utvidet (s.15). Dette betyr at arbeidet som er gjennomført, allerede *har* betydning for praksis. Framover vil resultatene som er presentert, kunne få betydning innen to områder: Det ene området dreier seg om selve utøvelsen av samtaler – hvorvidt rammen og begrepene som er presentert, oppleves som meningsfylte for ansatte i skolehelsetjenesten, slik at kunnskapen tas i bruk. Det andre området er utviklingen av skolehelsetjenesten som tverrfaglig praksisfelt.

Avhandlingens viktigste kunnskapsbidrag er et teoretisk rammeverk til bruk i skolehelsetjenesten som er forankret i en utviklingsforståelse hvor læring og samhandling er

grunnleggende elementer. Avhandlingen har løftet fram betydningen av å etablere rom som muliggjør refleksjon og utprøving av nye væremåter som gir de unge mot til å ta tak i livet sitt igjen. Dette er avhandlingens viktigste budskap.

Det andre området hvor studiens resultater kan få betydning for praksis, er hvorvidt forslaget om en praksisbasert kunnskapsutvikling gir gjenklang blant praktikere, forskere og også andre som er involvert i utviklingen av skolehelsetjenesten. Andenæs (1999) påpeker at et kvalitativt forskningsprosjekt dreier seg om å tydeliggjøre resultatene, argumentere for troverdighet og endelig lage presentasjoner der man tar hensyn til de eksisterende diskurser som finnes i feltet. Rønnestad (2009) konstaterer at det neppe er noen debatt som er mer betydningsfull innen de helsefaglige, sosialfaglige og utdanningsfaglige profesjonene i dag enn debatten om hva som forstås med at praksis skal være kunnskapsbasert. Avhandlingen har løftet fram betydningen av å anerkjenne at ulike former for kunnskap er nødvendige i utøvelsen av god praksis. Handlingskunnskap må utvikles på en måte som tar hensyn til rådgivningssituasjonens kompleksitet og kontekstuelle forankring. Dette peker mot at skolehelsetjenesten bør bli et eget kunnskapsfelt hvor fagutvikling og undervisning skjer i nær tilknytning til praksisfeltet. Det innebærer også at praktikerne selv tar aktivt del i kunnskapsutviklingen, slik at fagutvikling utgjør en integrert del av praksis, og hvor den kunnskapen som helsesøstre og andre faggrupper utvikler i møte med ungdom i ulike livssituasjoner, danner grunnlaget for dannelsen av et slikt kunnskapsfelt. Det bør drøftes hvordan ungdommenes erfaringer og meninger kan integreres i kunnskapsutviklingen.

Mange ungdommer som oppsøker skolehelsetjenesten, har psykiske og psykososiale vansker som krever en annen og mer omfattende kompetanse enn det skolehelsetjenesten har tilgang til. Å vurdere hvilke ungdommer som skal ha hjelp i skolehelsetjenesten, og hvem som skal ha hjelp i spesialisthelsetjenesten, vil være et viktig område for kunnskaps- og kompetanseutvikling framover.

For førti år siden, med Enebakk-prosjektet, startet det første arbeidet med å utvikle en tverrfaglig, tilgjengelig psykososial helsetjeneste for barn og unge i Norge. Dette arbeidet var, ifølge Sommerschild (1998), begrunnet i det faglige imperativet å gjøre psykososial hjelp tilgjengelig for barn og unge uten at de ble pasienter i det psykiatriske helseapparatet. Målet med denne avhandlingen har vært å bidra til at skolehelsetjenesten kan bli en slik arena for ungdom.

8 Referanser

- Alvesson, M. & Skjöldberg, K. (1994). *Tolkning och reflektion: Vetenskapsfilosofi och kvalitativ metod*. Lund: Studentlitteratur.
- Amodeo, M. & Collins, M. E. (2007). Using a positive youth development approach in addressing problem-oriented youth behaviour. *Families in Society*, 88, 75–85.
- Andenæs, A. (1999). Generalisering: Om ringvirkninger og gjenbruk av resultater fra en kvalitativ undersøkelse. I: H. Haavind (Red.), *Kjønn og fortolkende metode: Metodiske muligheter i kvalitativ metode* (s. 287–320). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Aronowitz, T. (2005). The role of "envisioning the future" in the development of resilience among at-risk youth. *Public Health Nursing*, 22, 200–208.
- Basset, C. (2002). Nurses' perceptions of care and caring. *International Journal of Nursing Practice*, 8, 8–15.
- Bengtson, M., Pedersen, B. B., Steinsvåg P. Ø., & Terland, H. (2002). Noen erfaringer med å etablere terapeutisk relasjon til ungdom med volds- og aggresjonsproblemer. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 39, 13–20.
- Binder, P. E., Holgersen, H., & Nielsen, G. Ø. (2008). Establishing a bond that works: A qualitative study of how psychotherapists make contact with adolescent patients. *European Journal of Psychotherapy and Counselling*, 10, 55–69.
- Binder, P. E. & Vøllestad, J. (2010). Å være til stede sammen: Oppmerksomt nærvær. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 47, 112–117.
- Blos, P. (1967). The second individuation process of adolescence. *The psychoanalytic study of the child*, 22, 162–186.
- Bogen, B., Næss, P. O., Sundby, H. S., & Sundby, P. (1982). *Helsestasjonen: En forpost i kampen for det gode liv*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Borup, I. K. (1998). Adolescents learning health promotion: Pupils' evaluation of contacts with the school health nurse. *Vård i Norden*, 3, 26–31.
- Borup, I. K. (2002). The school health nurse's assessment of a successful health dialogue. *Health and Social Care in the Community*, 10, 10–19.
- Borup, I. K. (2004). Social class variations in schoolchildren's selfreported outcome of the health dialogue with the school nurse. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18, 343–350.
- Bradbury, H. & Reason, P. (2006). Conclusion: Broadening the Bandwidth of validity; Issues and choice-points for improving the quality of action research. I: P. Reason & H. Bradbury (Red.), *Handbook of action research* (s. 343–351). London: Sage Publications.
- Bratlie, E., Møllebakken, K., & Økland, T. (2005). *Veiviser for skolehelsetjenesten i videregående skole*. Oslo: Norsk sykepleierforbund, Landsgruppe av helsesøstre.
- Brener, N. D., Weist, M., Adelman, H., Taylor, L., & Vernon-Smiley, M. (2007). Mental health and social services: Results from the school health policies and program study 2006. *The Journal of School Health*, 77, 486–499.

- Brindis, C. D., Klein, J., Schlitt, J., Santelli, J., Juszczak, L., & Nystrom, R. J. (2003). School-based health centers: Accessibility and accountability. *Journal of Adolescent Health, 32*(Suppl 6), 98–107.
- Britto, M. T., Klostermann, B. K., Bonny, A. E., Altum, S. A., & Hornung, R.W. (2001). Impact of a school-based intervention on access to healthcare for underserved youth. *Society for Adolescent Medicine, 29*, 116–124.
- Bronfenbrenner, U. & Ceci, S. J. (1994). Nature-nuture reconceptualized in developmental perspective: A bioecological model. *Psychological Review, 101*, 568–586.
- Bruner, J. (1999). Infancy and culture: A story. I: S. Chaiklin, H. Hedegaard, & U. Juul Jensen (Red.), *Activity theory and social practice* (s. 225–234). Aarhus: Aarhus University Press.
- Bryant, A. & Charmaz K. (2007). Grounded theory in historical perspective: An epistemological account. I: A. Bryant & K. Charmaz (Red.), *The Sage handbook of grounded theory* (s. 31–57). Thousand Oaks, Calif.: Sage.
- Charmaz, K. (2005). Grounded theory in the 21st century: Applications for Advancing Social Justice Studies. I: N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Red.), *The Sage handbook of qualitative research* (s. 507–535). Thousand Oaks, Calif.: Sage.
- Charmaz, K. (2006). *Constructing grounded theory: A practical guide through qualitative analysis*. London: Sage.
- Charmaz, K. & Henwood, K. (2008). Grounded theory. I: C. Willig, & W. Stainton-Rogers (Red.). *The Sage handbook of qualitative research in psychology* (s. 240-259). London: Sage.
- Clarke, A. E. (2005). *Situational analysis: Grounded theory after the postmodern turn*. Thousand Oaks, Calif.: Sage.
- Costante, C.C. (2001). School health nursing: Framework for the future, part 1. *The Journal of School Nursing, 17*, 3–11.
- DeMonica L. J., Johnson, R. J., Peters, R. J. Jr., Markham, C. M., Kelder, S. H., & Yacoubian, S. Jr. (2004). A study of school nurse job satisfaction. *The Journal of School Nursing, 20*, 88–93.
- Dey, I. (2004). Grounded theory. I: C. Seale, G. Gobo, J. F. Gubrium, & D. Silverman (Red.), *Qualitative research practice* (s. 80–93). London: Sage.
- Dick, B. (2007). What can grounded theorists and action researchers learn from each other? I: A. Bryant & K. Charmaz (Red.), *The Sage handbook of grounded theory* (s. 398–416). London: Sage.
- DuBois, D. L., & Silverthorn, N. (2005). Characteristics of natural mentoring relationships and adolescent adjustment: Evidence from a national study. *Journal of Primary Prevention, 26*, 69–92.
- Dyregrov, A. (2004). De tause behandlerne: Hvordan få bedre kontakt med ungdommer. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 41*, 723–724.
- Edwards, O.W., Mumford, V. E., & Serra-Roldan, R. (2007). A positive youth development model for students considered at-risk. *School Psychology International, 28*, 29–45.

- Elliot, B. A. & Larson, J. T. (2004). Adolescents in mid-sized and rural communities: Foregone care, perceived barriers and risk factors. *Journal of adolescent health, 35*, 303–309.
- Erikson, H. E. (1968). *Identity: Youth and crisis*. New York: W.W. Norton & company.
- Flick, U. (2006). *An introduction to qualitative research*. Los Angeles: Sage Publications.
- Giddens, A. (1991). *Modernity and self-identity: Self and society in the late modern age*. Stanford, Calif.: Stanford University Press.
- Ginner, H., Werbart, A., Levander S., & Sahlberg B. (2001). *Tillförlitlighet i studier av subjektiva förklaringsystem: Ett kodningssystem för privata teorier om patogener och kur* (Rep. No. 19). Stockholm: Sektionen för psykoterapi och psykoterapiinstitutet.
- Giorgi, A. (2004). A way to overcome the methodological vicissitudes involved in researching subjectivity. *Journal of Phenomenological Psychology, 35*, 1–25.
- Glaser, B. G. & Strauss, A. L. (1967). *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. Chicago: Aldine.
- Glavin, K. & Erdal, B. (2007). *Tverrfaglig samarbeid i praksis – til beste for barn og unge i Kommune-Norge*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Gustavsen, B. (2006). Theory and practice: The mediating discourse. I: P. Reason & H. Bradbury (Red.), *Handbook of Action Research* (s. 17–26). London: Sage Publications.
- Gustafson, E. M. (2005). History and overview of school-based health centers in the US. *Nursing Clinics of North America, 40*, 595–606.
- Habermas, J. (1973). *Erkenntnis und Interesse*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Habermas, J. (1984). *The theory of Communicative Action*. Vol. 1: *Reason and the Rationalisation of Society* (overs. Thomas McCarthy). Boston, MA: Beacon Press.
- Hacking, I. (2003). *The social construction of what?* US: First Harvard University Press.
- Helse- og omsorgsdepartementet (1998). *Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten*. Hentet 9. februar 2010 fra <http://www.lovddata.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-20030403-0450.html>.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2006). *Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller*. St.meld. nr 20 (2006–2007). Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet 9. februar 2010 fra <http://www.lovddata.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-20030403-0450.html>.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2008). *Samhandlingsreformen*. St.meld. nr. 47 (2008–2009). Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet 13. mars 2010 fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2008-2009/stmeld-nr-47-2008-2009-.html?id=567201>.
- Heron, J. & Reason P. (2006). The practice of co-operative inquiry: Research ‘with’ rather than ‘on’ people. I: P. Reason & H. Bradbury (Red.), *Handbook of Action Research* (s. 17–26). London: Sage Publications.
- Hill, C. E., Thompson B. J., & Williams E. N. (1997). A guide to conducting consensual qualitative research. *The Counseling Psychologist, 25*, 517–72.

- Hjälmhult, E., Wold, B., & Samdal O. (2002). Skolehelsetjenesten og helsefremmende arbeid. *Vård i Norden*, 22, 42–46.
- Hundeide, K. (2005). Socio-cultural tracks of development, opportunity situations and access skills. *Culture & Psychology*, 11, 241–261.
- Hundeide, K. (2007). Omsorg og overgrep i og utenfor sonen for intimitet. I: H. Nafstad (Red.), *Det omsorgsfulle mennesket: Et psykologisk alternativ* (s. 83–117). Oslo: Gyldendal.
- Højholt, C. (2001). *Samarbejde om børns udvikling: Deltagere i social praksis*. København: Reitzel.
- Haavind, H. (1999). På jakt etter kjønnede betydninger. I: H. Haavind (Red.) *Kjønn og fortolkende metode: Metodiske muligheter i kvalitativ metode* (s. 7–59). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Jacobsson, G. (2005). *On the threshold of adulthood: Recurrent phenomena and developmental tasks during the period of young adulthood*. Doktoravhandling, Stockholms universitet, Pedagogiska institutionen, Stockholm.
- Jimerson, S. R., Skohut, M., Cardenas, S., Malone, H., & Stewart, K. (2008). Where in the world is school psychology?: Examining evidence of school psychology around the globe. *School Psychology International*, 29, 131–144.
- Johansson, A. & Ehnfors, M. (2006). Mental health-promoting dialogue of school nurses from the perspectives of adolescent pupils. *Vård i Norden*, 26, 10–3, +19.
- Juszczak, L. & Cooper K. (2002). Improving the health and well-being of adolescent boys. *The Nursing Clinics of North America*, 37, 433–442.
- Juszczak, L., Melinkovich, P., & Kaplan, D. (2003). Use of health and mental health services by adolescents across multiple delivery sites. *Journal of Adolescent Health*, 32(Suppl. 6), 108–118.
- Kagan, C., Burton, M., & Siddiquee, A. (2008). Action research. I: C. Willig, & W.S. Rogers (Red.), *The Sage handbook of qualitative research in psychology* (s. 32–53). Los Angeles: Sage Publications.
- Kemmis S. (2006). Exploring the relevance of critical theory for action research: Emancipatory action research in the footsteps of Jürgen Habermas. I: P. Reason & H. Bradbury (Red.), *Handbook of Action Research* (s. 94–105). London: Sage Publications.
- Koch T. & Kralik D. (2006). *Participatory action research in health care*. Oxford: Blackwell Publishing Ltd.
- Kojima, H. (2003). Historical contexts for development. I: J. Valsiner & K. J. Connolly (Red.), *Handbook of developmental psychology* (s. 72–83). London: Sage Publications.
- Kommunehelsetjenesteloven (1982). Lov om helsetjenesten i kommunene. Hentet 9. februar 2010 fra http://www.lovdatab.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/usr/www/lovdata/all/nl-19821119-066.html&emne=kommunehelsetjenest*&&.
- Kritikk (1997). I: P. Henriksen (Red.), *Aschehoug og Gyldendals store norske leksikon* (Bind 9, s. 176). Oslo: Kunnskapsforlaget.

- Kunnskapsdepartementet (2006). ... og ingen sto igjen: Tidlig innsats for livslang læring. St.meld. nr 16 (2006–2007). Kunnskapsdepartementet. Hentet 9. februar 2010 fra <http://www.regjeringen.no/Rpub/STM/20062007/016/PDFS/STM200620070016000D/DDPDFS.pdf>.
- Kvale, S. (1994). Profesjonspraksis som erkjennelse. Om dilemmaer i terapeutisk forskning. I: S. Reichelt (Red.), *Psykologi i forandring: Jubileumsbok; Norsk psykologforening 60 år* (s. 31–43). Oslo: Norsk Psykologforening.
- Kvale, S. (1996). *Interviews: An introduction to qualitative research interviewing*. Thousand Oaks, Calif.: Sage.
- Langaard, K. (2002). *Psykososial hjelp til unge jenter i et flerkulturelt miljø: Et samarbeidsprosjekt mellom Sogn videregående skole og Nic Waals Institutt*. Oslo: Nic Waals Institutt.
- Larson, R. (2006). Positive youth development, willful adolescents, and mentoring. *Journal of Community Psychology*, 34, 677–689.
- Lawrence, J. A. & Valsiner, J. (2003). Making personal sense: An account of basic internalization and externalization processes. *Theory Psychology*, 13, 723–752.
- Lund, T. (2005). The qualitative-quantitative distinction: Some comments. *Scandinavian Journal of Educational Research*, 49, 115–132.
- Luzette, A. S., Saewyc, E. M., & Elliot B.A. (2006). Foregone mental health care and self-reported access barriers among adolescents. *The Journal of School Nursing*, 22, 17–24.
- Madill, A., Jordan, A., & Shirley, C. (2000). Objectivity and reliability in qualitative analysis: Realist, contextualist and radical constructionist epistemologies. *British Journal of Psychology*, 91, 1–20.
- Mandel, L. A. & Qazilbash, J. (2005). Youth voices as change agents: Moving beyond the medical model in school-based health center practice. *The Journal of School Health*, 75, 239–242.
- Martinsen, K. (1993). *Fra Marx til Løgstrup: Om etikk og sanselighet i sykepleien*. Oslo: Tano.
- Maschi, T., Schwalbe, C. S., Morgen, K., Gibson, S., & Violette, N. M. (2009). Exploring the influence of gender on adolescents' service needs and service pathways. *Children and Youth Services Review*, 31, 257–264.
- Midskard, J. (2008). Multidisciplinary work in Denmark. *Nordisk sosialt arbeid*, 28, 247–258.
- Molander, B. (1996). *Kunnskap i handling*. Göteborg: Daidalos.
- Morse, J. M. (1998). Validity by committee. *Qualitative Health Research*, 12, 443–445.
- Mykletun, A., Knudsen, A. K., & Mathiesen, K. S. (2009). *Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv*. Del 1: Voksne, Del 2: Barn og unge. (Rapport 2009:8). Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- Neufeldt, S. A. & Karno, M. P. (1996). A qualitative study of expert's conceptualization of supervisee reflectivity. *Journal of Counseling Psychology*, 43, 3–9.
- Ohnstad, A. (1998). *Den gode samtalen*. Oslo: Samlaget.

- Olaisen, K. (2007). *Ungdom og utviklingsfremmende samtaler: Utvikling av samtaletilbud i skjæringspunktet mellom skolehelsetjenesten og barne- og ungdomspsykiatrien*. Oslo: Nic Waals Institutt, Lovisenberg Diakonale Sykehus.
- Orlinsky, E. & Rønnestad, H. (2006). Terapeutisk arbeid og profesjonell utvikling: En internasjonal studie. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 11, 1175–1178.
- Patel, V., Flisher, A. J., Hetrick, S., & McGorry, P. (2007). Adolescent health 3: Mental health of young people; A global public health challenge. *Lancet*, 369, 1302–1313.
- Polanyi, M. (1967). *The tacit dimension*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Polkinghorne, D. (1983). *Methodology for human sciences: Systems of Inquiry*. Albany, NY: State University of New York Press.
- Pulcini, J., Couillard, M., Harrigan, J., & Mole, D. (2002). Characteristics of exemplary school nurses. *The Journal of School Nursing*, 18, 33–40.
- Reason, P. (1994). Three approaches to participative inquiry. I: N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Red.), *Handbook of qualitative research* (s. 324–339). London: Sage Publications.
- Reason, P., & Bradbury, H. (2006). Introduction: Inquiry and participation in search of a world worthy of human aspiration. I: P. Reason & H. Bradbury (Red.), *Handbook of action research* (s. 1–14). London: Sage Publications.
- Redmond, B. (2006). *Reflection in action: Developing reflective practice in health and social services*. Aldershot: Ashgate.
- Reigstad, B. (2007). *Adolescents in specialty mental health services (BUP): Time trends, referral problems, and co-occurring conditions*. Doktoravhandling, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Fakultet for samfunnsvitenskap og teknologiledelse, Trondheim.
- Rogoff, B. (2003). *The cultural nature of human development*. New York: Oxford University Press.
- Rommetveit, R. (1992). Outlines of a dialogically based social-cognitive approach to human cognition and communication. I: A. H. Wold (Red.), *The dialogical alternative: Towards a theory of language and mind* (s. 19–44). Oslo: Universitetsforlaget.
- Rønnestad, M. H. (2009). Evidensbasert psykologisk praksis. I: H. Grimen & L. I. Terum (Red.), *Evidensbasert profesjonsutøvelse* (s. 39–61). Oslo: Abstrakt forlag.
- Schein, E. H. (2006). Clinical inquiry/research. I: P. Reason & H. Bradbury (Red.), *Handbook of Action Research* (s. 185–194). London: Sage Publications.
- Schulenberg, J. E., Sameroff, A. J., & Cicchetti, D. (2004). The transition to adulthood as a critical juncture in the course of psychopathology and mental health. *Development & Psychopathology*, 16, 799–806.
- Schön, D. A. (1983). *The reflective practitioner: How professionals think in action*. New York: Basic Books.
- Schön, D. A. & Rein, M. (1994). *Frame reflection: Toward the resolution of intractable policy controversies*. New York.: Basic Books.
- Skovholt, T. M. (2001). *The Resilient Practitioner: Burnout prevention and self-care strategies for counselors, therapists, teachers and health professionals*. US: Allyn and Bacon.

- Smith, J. M. (2004). Adolescent males' view on the use of mental health counseling services. *Adolescence*, 39, 77–82.
- Sommerschild, H. (1998). Mestring som styrende begrep. I: B. Gjørum, B. Grøholt & H. Sommerschild (Red.), *Mestring som mulighet i møte med barn, ungdom og foreldre* (s. 21–63). Oslo: Tano Aschehoug.
- Sosialdepartementet (1974). *Sykehusutbygging m v i et regionalisert helsevesen*. St. meld. nr. 9 (1974–75). Sosialdepartementet.
- Sosial- og helsedirektoratet (2004). *Kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten*. IS-1154. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Statens helsetilsyn (1998a). *Helsefremmende og forebyggende arbeid for barn og unge 0–20 år* (Utredningsserie 2–98). Oslo: Statens helsetilsyn.
- Statens helsetilsyn (1998b). *Veileder for helsestasjons- og skolehelsetjenesten* (Veiledningsserie 2–98). Oslo: Statens helsetilsyn.
- Stensland, P. & Malterud, K. (1999). Approaching the locked dialogues of the body: Communicating symptoms through illness diaries. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 17, 75–80.
- Stensland, P. & Malterud, K. (2001). Unravelling empowering internal voices – a case study of the interactive use of illness diaries. *Family Practice*, 18, 425–429.
- Stephan, S. H., Weist, M., Kataoka, S., Adelsheim, S., & Mills, C. (2007). Transformation of children's mental health services: The role of school mental health. *Psychiatric Services*, 58, 1330–1337.
- Stiles, W. B. (1993). Quality control in qualitative research. *Clinical Psychology Review*, 13, 593–618.
- Strauss, A. L., & Corbin, J. M. (1998). *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory*. Thousand Oaks, Calif.: Sage.
- Sundet, R. (2000). Selvopplevelse og samspill som metafor for terapi med ungdom. I: A. Johnsen, R. Sundet, & V.W. Torsteinsson (Red.), *Samspill og selvopplevelse – nye veier i relasjonsorienterte terapier* (s. 122–139). Oslo: Universitetsforlaget.
- Søndergaard, D. M. (1995). *Tegnet på kroppen: Køn; Koder og konstruksjoner blandt unge voksne i Akademia*. Doktoravhandling, Universitetet i Oslo, Det samfunnsvitenskapelige fakultet, Oslo.
- Telljohann, S. K., Price, J. H., Dake, J. A., & Durgin, J. (2004). Access to school health services: Differences between full-time and part-time school nurses. *The Journal of School Nursing*, 20, 176–181.
- Teram, E., Schachter C. L., Stalker C. A. (2005). The case of integrating grounded theory and participatory action research: Empowering clients to inform professional practice. *Qualitative Health Research*, 15, 1129–1140.
- Tiller, T. (1997). *Læring i hverdagen: Om læreres læring* (Unikoms rapportserie nr. 1, 1997). Tromsø: Universitetets kompetansesenter for lærerutdanning, etter- og videreutdanning og fjernundervisning.
- Torsteinsson, V. W. (2004). Praksis som kunnskapsarena: Hvordan kan kliniske erfaringer i praksis bidra til bedre forskning? *Impuls*, 2, 88–98.

- Toverud, R. (2002). Våre helstøpte og mangfoldige selv: Et både-og-perspektiv på psyke og kultur. I: K. Thorsen & R. Toverud (Red.), *Kulturpsykologi: Bevegelser i livsløp* (s. 34–55). Oslo: Universitetsforlaget.
- UNESCO (2007). Focusing Resources for Effective School Health (FRESH). Hentet 15.02.2010 fra UNESCO: http://portal.unesco.org/en/ev.php-URL_ID=22054&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html.
- Valsiner, J. (2003). Editorial introduction: Beyond intersubjectivity. *Culture & Psychology*, 9, 187–192.
- Valsiner, J. & Connolly, K. J. (2003). The nature of development: The continuing dialogue of process and outcomes. I: J. Valsiner & K. J. Connolly (Red.), *Handbook of developmental psychology* (s. ix–xviii). London: Sage Publications.
- Valsiner, J. & Winegar L. T. (1992). Introduction: A cultural-historical context for social "context". I: L. T. Winegar & J. Valsiner (Red.), *Children's development within social context*. Vol. 1: *Metatheory and theory*. (s. 1–14). New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- van Manen, M. (2002). Care-as-Worry or "Don't Worry, be Happy". *Qualitative Health Research*, 12, 262–278.
- von Krogh, G., Ichijo, K., & Nonaka, I. (2005). *Slik skapes kunnskap: Hvordan frigjøre taus kunnskap og inspirere til nytenkning i organisasjoner*. Oslo: N.W. Damm & Søn.
- Vygotskij, L. S. (1978). *Mind in society: The development of higher psychological processes*. Cambridge: Harvard Univ. Press.
- Walrath, C. M., Bruns, E. J., Anderson, K. L., Glass-Siegal, M., & Weist, M. D. (2004). Understanding expanded school mental health services in Baltimore City. *Behavior Modification*, 28, 472–490.
- Weist, M. D., Myers, C. P., Hastings, E., Ghuman, H., & Han, Y. L. (1999). Psychosocial functioning of youth receiving mental health services in the schools versus community mental health centers. *Community Mental Health Journal*, 35, 69–81.
- Weist, M. D., Nabors, L. A., Myers, C. P., & Armbruster, P. (2000). Evaluation of expanded school mental health programs. *Community Mental Health Journal*, 36, 395–411.
- Weist, M. D., Lowie, J. A., Flaherty, L. T., & Pruitt, D. (2001). Collaboration among the education, mental health, and public health systems to promote youth mental health. *Psychiatric Services*, 52, 1348–1351.
- Wenger, E. (1998). *Communities of practice: Learning, meaning, and identity*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Westhues, A., Ochocka, J., Jacobson, N., Simich, L., Maiter S., Janzen, R., & Fleras, A. (2008). Developing theory from complexity: Reflections on a collaborative mixed method participatory action research study. *Qualitative Health Research*, 18, 701–717.
- Wilkin, K. & Slevin, E. (2004). The meaning of caring to nurses: An investigation into the nature of caring work in an intensive care unit. *Journal of Clinical Nursing*, 13, 50–59.
- Willig, C. (2001). *Introducing qualitative research in psychology: Adventures in theory and method*. Buckingham: Open University Press.
- Winegar, L. T. & Valsiner, J. (Red.) (1992). *Children's development within social context*. Vol. 1: *Metatheory and theory*. Hillsdale, N.J.: Erlbaum.

Ystgaard, M. (1993): *Sårbar ungdom og sosial støtte*. Rapport. Oslo: Senter for sosialt nettverk og helse.

Ziehe, T. (1992). *Kulturanalyser: Ungdom, utbildning, modernitet* (2. utg.). Stockholm: Brutus Östlings Bokförlag Symposion.

Vedlegg 1

Velkommen til skolehelsetjenesten ved videregående skole

<p>Skolehelsetjenesten er et tilbud for gutter og jenter</p> <p>Skolehelsetjenesten består av helsesøster, jordmor og sosionom</p> <p>Målsettingen med skolehelsetjenesten er:</p> <ul style="list-style-type: none">• å fremme helse og trivsel• å gi elevene kunnskap og støtte til å bedre og bevare sin helse• å forebygge problemer og helseskade <p>Det er ingen rutineundersøkelse i videregående skole. Det legges vekt på at du er ansvarlig for din egen helse.</p> <p>Skolehelsetjenesten gir deg råd og veiledning om alt som har med helse å gjøre. Er det behov for henviser deg videre.</p> <p>NB! Vi har taushetsplikt!</p> <p>Det vil si at det du forteller til oss blir mellom deg og oss.</p>	<p>Skolehelsetjenesten har disse tilbud til deg:</p> <p>En voksen person å snakke med</p> <p>Her er noen eksempler på hva vi vet flere elever sliter med:</p> <ul style="list-style-type: none">• Det å tilpasse seg en ny skole og nye venner kan være vanskelig• Vi vet at enkelte har problemer med hodepine, magesmerter, konsentrasjonsproblemer, etc.• Noen har vanskelige hjemmeforhold.• Noen sliter med rusproblemer (tobakk, alkohol, narkotika).• Noen har vært utsatt for vold, hjemme eller ute.• Noen, både gutter og jenter, har blitt misbrukt seksuelt.• Noen har problemer i forhold til mat, kropp og vekt.• Noen har eller vil oppleve sorg eller krise.• Noen sliter med å finne identitet og rotfeste fordi det er vanskelig å vokse opp med to kulturer.	<p>Gratis prevensjon</p> <ul style="list-style-type: none">• P-piller, p-sprøyter, kondomer• Spiral og angrepille <p>Gir råd og veiledning om</p> <ul style="list-style-type: none">• Samliv og seksualitet• Kjønnssykdommer• Hiv og aids• Abortspørsmål• Rusmidler (tobakk, alkohol, narkotika). <p>Du får utført</p> <ul style="list-style-type: none">• Gravitest• Prøver på kjønnssykdommer• Blodprøver <p>Noen ganger er det godt å ha en vakk snakke med selv om man ikke har et spesielt problem, da er du også</p> <p>VELKOMMEN.</p>
---	---	---

Brosjyre om skolehelsetjenestens tilbud anvendt i fokusgrupper.
Brosjyren er utarbeidet av helsesøster Grete Salater.

Vedlegg 2

Instruksjon for PT-intervjuet, YOUTH-versjonen

Hvordan håndterer du ulike belastninger og vanskeligheter i livet?

Formål og hvordan intervjueren forholder seg

Hensikten med dette intervjuet er å få tak i informantens egne forsøk på å gi mening til ulike, vanlig forekommende belastninger i livet og å inkludere disse erfaringene i sin private meningssammenheng. Utgangspunktet er konsekvent subjektivt og "narrativt". Intervjuerens oppgave er å samle informantens private oppfatninger og egne historier om hans eller hennes måte å håndtere vanlig forekommende belastninger i livet på, forestillinger om hvordan disse har oppstått, og tanker om hvordan det kan komme til å bli senere i livet. Derfor skiller dette intervjuet seg på mange måter fra vanlige kliniske intervjuer fordi det krever at intervjueren inntar en bestemt holdning. Intervjueren må avstå fra eller "sette i parentes" sin egen profesjonelle kunnskap for å prøve å forstå og tolke den intervjuedes historie. Intervjueren må også etterstrebe å gjøre det så enkelt som mulig for informanten å formulere sin egen "tause" kunnskap.

Gjennom sin måte å forholde seg på formidler intervjueren at det er **informanten selv** som har tolkningsforrang, og at intervjueren er genuint interessert i informantens egne oppfatninger. Intervjueren etterlyser således (1) informantens egne, subjektive forestillinger og forklaringer innen de aktuelle områdene og (2) konkrete eksempler og episoder som illustrerer disse forestillingene og forklaringene. Vær ikke fornøyd med informantens gjengivelse av andres oppfatninger. Spør for eksempel: "Hva synes du selv?" "Hvordan oppfatter du dette?" "Hvordan ser **du** på dette?" Det er også viktig at informanten kjenner at spørsmålene **først og fremst** har til hensikt å få fram informasjon som er viktig for å forstå hans / hennes subjektive verden, det vil si ikke en del av et forskningsprosjekt.

Intervjuet er semistrukturert og må dekke følgende hovedområder:

- Hvilke belastninger og vanskeligheter opplever du i livet?
- Hvordan har belastningen eller vanskeligheten oppstått?
- Hvordan håndterer du belastningen?
- Hvordan tror du at du skulle kunne håndtere lignende belastninger og vanskeligheter i framtiden?

Forsøk å følge denne strukturen, men føl deg fri til å følge informanten innen hvert av disse områdene. **OBS!** Glem ikke å stille avslutningsspørsmålet.

Hvert nytt område innledes med generelle spørsmål og følges opp med spørsmål som etterlyser konkrete eksempler og spesifikke episoder. Intervjuet kan bevege seg sirkulært, der intervjueren følger ett tema om gangen. Lytt etter informantens egen måte å tenke om belastningen eller problemet på, hvordan den har oppstått, hvordan den håndteres, hvordan belastningen har påvirket personen, og tanker om hvordan belastningene eller vanskelighetene kan tenkes håndtert i framtiden. Les de innledende spørsmålene som er formulert i manualen. Kjenn deg fri til selv å formulere oppfølgingsspørsmålene (forslag innen vanlig parentes). Om informanten begrenser seg til bare ett tema, spør etter flere når du har avsluttet den pågående sirkelen.

Forsøk å videreutvikle og utforske svaret, søk etter svarets bakgrunn, og belys spesifikke områder (anvend oppfølgingssspørsmålene). Utforsk hvert konkret eksempel og episode gjennom å spørre: "Hva tenker du om dette?" "Hvordan synes du det henger sammen med det du sa tidligere?" Forsøk ikke å få uttømmende svar innen disse områdene på en kunstig måte, og unngå å påvirke svarene. Ikke gi en sammenfatning av den intervjuedes historie, og avstå helt fra egne tolkninger under intervjuet (også "prøvetolkninger"). Intervjuerens oppgave er heller å åpne for den intervjuedes egne beskrivelser, refleksjoner, forklaringer og sammenkoblinger. En måte å utforske videre på er å gjenta informantens egne formuleringer.

Følg opp hver enkelt metafor, uvanlig lignelse, avvikende formulering og uoverensstemmelse med tidligere utsagn gjennom å gjenta den: "Du sa?" Dette gir viktig materiale for en konstruksjon av informantens fantasier, som henger sammen med subjektive forklaringssystemer og teorier.

Gi informanten tid til å svare, men føl deg fri til å stoppe han eller henne når du har minst tre eksempler eller episoder innen hvert område. Du kan for eksempel si: "Nå har jeg fått vite hva jeg trenger å vite. Jeg skulle gjerne også spørre deg om ...". Forsøk å begrense intervjuet til ca. 45 minutter. Henvis til etter intervjuet hvis informanten stiller spørsmål til intervjueren, etterlyser informasjon m.m.

(Oppfølgingsintervjuer utgår)

Framgangsmåte

Start båndspilleren, vent 10 sekunder, si høyt dagens dato, den intervjuedes navn og den intervjuedes kode.

Les høyt følgende innledning til intervjuet:

Det hører med til livet at man opplever situasjoner som er vanskelige, belastende og problematiske. Dette intervjuet er en del av vår undersøkelse om hvordan unge mennesker vanligvis opplever og håndterer ulike mer eller mindre vanlige belastninger i livet. Det jeg først og fremst ønsker å vite, er hvordan du selv tenker om de vanskeligheter du har opplevd, hvordan du har håndtert dem, hvordan de har påvirket deg, hvordan det har vært for deg senere, og hvordan du tror du reagerer neste gang du kommer ut for noe lignende.

Det finnes ingen svar som er riktige eller gale. Hensikten med intervjuet er å få tak i akkurat dine oppfatninger og erfaringer. Fortell med dine egne ord og på din egen måte.

Vi har ca. 45 min. på oss.

Hovedspørsmålet i intervjuet er hvordan du tenker om og håndterer ulike belastninger og vanskeligheter i livet.

Jeg vil gjerne begynne med å spørre:

1. Hvilke belastninger og vanskeligheter møter du i livet akkurat nå?

1.1 Kan du fortelle om belastninger og vanskeligheter som du møter i livet akkurat nå (i den senere tiden, i det siste året)? Noe annet som du strever med akkurat nå (i det siste, det siste året)? Om nei på det spørsmålet:

Fortell om hvordan du har hatt det i det siste året. Gi eksempel på en situasjon i livet ditt akkurat nå som du synes du har greid bra? Som du synes du har greid dårlig?

1.2 På hvilken måte påvirker dette ditt daglige liv (akkurat nå)? Gi konkrete eksempler. (Hverdagen? Relasjoner til andre? Skole (ev. arbeid)? Følelser?

Forsøk å fokusere på en belastning/vanskelighet av gangen, og følg den sirkulære intervjumodellen.

2. Hvordan har belastningen eller vanskeligheten oppstått?

2.1. Hvordan har det blitt slik? Hva tenker du om at du har slike problemer?

(Hvordan ser du på det i dag?) (Hvordan har problemene oppstått?) (Hvordan begynte det hele?)

2.2. Kan man gå enda lenger tilbake i tiden? (Hvordan tenker du om dette? Hvordan synes du det henger sammen med det du sa tidligere? Hvordan kjennes det når du tenker på det?) Still alltid følgende spørsmål: Hvorfor tror du de [foreldre, søsken eller andre hovedpersoner i en episode] handlet som de gjorde? (Finnes det noe annet, for eksempel opplevelser eller hendelser som du forbinder med at denne belastningen eller problemet startet?) Hva tenker du om dette? Hvordan synes du dette henger sammen med det du sa tidligere?

3. Hvordan håndterer du belastningen?

3.1. Hvordan håndterer du den belastningen og vanskeligheten du har beskrevet? Hva er den beste hjelpen for deg for at du skal kunne håndtere den? Hva hindrer deg i å håndtere den? Hva skulle vært annerledes for at du skulle håndtere belastningen bedre? Hva er det som får deg til å gjøre noe (ikke gjøre noe) med den belastningen eller påkjenningen du har beskrevet? (Kan du gi konkrete eksempler?)

3.2. Har du søkt hjelp, støtte eller råd hos noen? Hvorfor / hvorfor ikke? Hvordan skulle det vært hvis du hadde / ikke hadde gjort det? Hva har du fått ut av det?

3.3. Er det noe annet som skulle kunne hjelpe deg? Hva kan du gjøre selv? Hva kan andre gjøre? (Hva tenker du om dette? Hvordan synes du det henger sammen med det du sa tidligere?)

3.4. Hva kan det komme av at du håndterer denne belastningen eller vanskeligheten akkurat slik du har beskrevet? Hvordan tenker du at andre skulle håndtere denne vanskeligheten? Gjør andre det på samme måte eller annerledes? 3.5. Hvordan har dette påvirket deg? Positivt? Negativt? Hva synes du er annerledes i ditt liv i dag?

Hvis bare ett tema er berørt, gå tilbake til spørsmål 1, og undersøk neste område av påkjenning eller vanskelighet.

4. Hvordan kan du håndtere lignende belastninger og vanskeligheter i fremtiden?

4.1. Hvordan vil du håndtere lignende belastninger og vanskeligheter hvis de skulle oppstå igjen en gang i fremtiden? Hva tror du skulle være annerledes? Hva tror du skulle være på samme måte eller uforandret?

4.2. Hvis du vil at det skal være på en annen måte, hva skulle da til? Av deg? Av andre? Har du gjort noe for at lignende belastninger og vanskeligheter ikke oppstår i fremtiden? Hva tenker du om dette? Hvordan synes du det henger sammen med det du sa tidligere?

(5 og 6 utgår).

7. Intervjusituasjonen

Avslutt alltid intervjuet med følgende spørsmål:

”Er det noe annet som du synes jeg skulle vite for at jeg skulle forstå enda bedre hvordan du håndterer ulike belastninger i livet?”

Avbryt ikke svaret, og gi informanten tid til å svare så utførlig som han eller hun gjør spontant. Er det behov for det, så spør: ”Hva synes du jeg trenger å vite om dette?”

Still ingen andre oppfølgingsspørsmål.

(8 utgår)

9. Intervjuerens kommentarer (dikteres direkte etter intervjuet)

Kommentarer om ikke-verbal kommunikasjon, hvordan ser informanten ut, mimikk, holdning. Hvordan kjentes intervjuet? Var intervjuet spennende og engasjerende? Var det vanskelig eller lett å gjennomføre? Kjente du deg fristet til å gå utenfor de formelle rammene og intervjurollen?

Ginner, H., Werbart, A., Levander, S. og Sahlberg, B. (2001) Tillförlitlighet i subjektiva förklaringsystem: Et kodningssystem för privata teorier om patogener och kur. [Reliability in studies of subjective explanatory systems: A coding system for private theories of pathogenesis and cure.] Psykoterapi: Forskning och utveckling, Psykoterapiinstitutet. Norsk oversettelse: Stipendiat Kari Langaard, Regionsenter for barn og unges psykiske helse. Helseregion Øst og Sør.

Vedlegg 3

Guide til deltagelse under samtaler i skolehelsetjenesten

1. Forsamtale

Hvordan kom ungdommene i kontakt med skolehelsetjenesten?

Bakgrunn for henvendelsen

Tidligere kontakt

2. Hva jeg ser etter underveis i samtalen:

Innhold

Hva presenterer ungdommene som problemer?

Hva bringer de unge inn av temaer underveis?

Hva bringer de profesjonelle inn?

Dynamikk

Hvordan kommer samtalen i gang?

Hvor aktive er de profesjonelle?

Hva er ungdommens bidrag?

Hvordan endres dynamikken underveis?

Hvordan svarer de profesjonelle på ungdommenes innspill?

Hvilke innspill kommer de profesjonelle med og hvordan svarer ungdommene på disse?

Hvordan avsluttes samtalen?

3. Ettersamtale

Var dette en vanlig samtale?

Hva var vanlig/uvanlig?

Hva var du fornøyd med?

Hvilke dilemmaer/vanskelige punkter?

Start, underveis og avslutning

Hva ville jeg gjort annerledes og hvorfor?

Samtalens varighet

Artikler I-IV

Ungdom, psykisk helse og profesjonell hjelp

Kari Langaard

Denne artikkelen drøfter hvordan profesjonell hjelp til ungdom kan formes på en måte som fremmer ungdoms egen mestrings-evne. Artikkelen bygger på en studie av hva ungdom, helsesøstre og skolerådgivere vurderer er viktig å ta hensyn til i møte med ungdom i vanskelige livssituasjoner. Følgende temaer i profesjonell samhandling trådte fram: omsorg, nøytralitet, konfidensialitet og selvbestemmelse. Studien viser også at kulturelle føringer om maskulinitet og femininitet ser ut til å spille en sentral rolle i kontaktetablering og problemløsningsprosesser. Dette peker mot at kunnskap om ungdomskultur, holdninger og verdier må tas hensyn til ved utvikling av profesjonell hjelp.

I de senere årene har ungdoms psykiske helse vært et aktuelt tema i den offentlige debatten. Epidemiologiske undersøkelser viser at nesten hver fjerde ungdom strever med psykosomatiske, psykiske eller psykososiale problemer (Aarø mfl. 2001). I «Strategiplan for barn og unges psykiske helse» anslås det at ca. ti prosent av all ungdom har så store problemer at de trenger profesjonell hjelp (Regjeringen 2003).

Denne problematikken har i økende grad blitt møtt med medisinerer. Tall fra Statens Folkhälsoinstitut i Sverige viser at utskrivningen av antidepressiva til ungdom i alderen 20–24 år økte med 400 prosent fra 1991 til 2001 (Winzer 2003). Det er grunn til å anta at den samme tendensen også gjør seg gjeldende i Norge. Foreløpig er ikke tall fordelt på alder offentlig tilgjengelige i Norge, men legemiddelstatistikken for 2005 viser at det har skjedd nærmere en femdobling i utskrivning av antidepressiva til befolkningen som helhet fra begynnelsen av 1990-tallet (Legemiddelstatistikk 2005). På den annen side er det en allminnelig oppfatning i fagmiljøet at medisinerer ikke må være førstevalget blant tiltak når ungdom sliter med psykiske vansker (Statens legemiddelverk 2004). Denne situasjonen har ført til økt interesse for hvordan profesjonelle samtaletilbud overfor ungdom kan utvikles.

Både kliniske erfaringer med ungdom (Kveset og Furre 2000) og forskningsbasert kunnskap understreker betydningen av at samtaletilbud til ungdom er lett tilgjengelige. I faglitteraturen er flere skolebaserte intervensjoner overfor ungdom med psykososiale problemer beskrevet (Lamb mfl. 1998, Weist mfl. 1999, Mark mfl. 1999, Britto mfl. 2001, Early og Wonk 2001, Robinson og Rapport 2002, Juszcak mfl. 2003). De fleste av disse programmene er rettet inn mot spesifikke problemer som spiseforstyrrelser, HIV-problematikk og voldelig atferd. Enkelte av prosjektene er evaluert, og selv om resultatene viser noe ulikt utfall, er det generelle inntrykket fra disse evalueringene at skolebaserte intervensjoner er en hensiktsmessig tilnærming (Early og Wonk 2001, Lamb mfl. 1998, Mark mfl. 1999). I flere av prosjektene framheves lett tilgjengelighet som et særlig betydningsfullt trekk ved intervensjonene. Dette støttes også av forskning som viser at barn og unge foretrekker hjelp fra primærtjenesten fordi den er kjent, trygg, tilgjengelig, tilbyr kontinuitet og ikke er stigmatiserende (Williams 2000, HELTEF 2002).

I Sverige og England er det gjennom mange år utviklet samtaletilbud som er spesielt tilpasset ungdom. Selv om tilbudene har ulik organisatorisk forankring, kjennetegnes de ved lett tilgjengelighet og at de er gratis. I Norge finnes få slike tilbud, selv om flere offentlige utredninger understreker betydningen av at tilgjengeligheten på relevante hjelpetilbud økes (Fryjordet 2002, Regjeringen 2003, Sosial- og helsedirektoratet 2003). Det er videre foreslått at skolehelsetjenesten blir den primære arena for forebygging og tidlig intervensjon i forhold til ungdoms helseproblemer (Legeforeningen 2002, *NSH-nytt* 2003).

Til tross for at skolehelsetjenesten er en lovpålagt tjeneste, er den svært mangelfullt utbygd ved de fleste skoler i Norge. For eksempel er det ti helseøsterstillinger (årsverk) ved videregående skoler i Oslo. Disse skal betjene 19 000 ungdommer. Tradisjonelt har skolehelsetjenesten hatt et helseopplysningsperspektiv med forankring i et fysisk helsebegrep. Veiledning i forhold til kosthold og prevensjon har stått sentralt (Ystgaard 1993). Mange av ungdommene som henvender seg til skolehelsetjenesten i dag, presenterer imidlertid sammensatte psykologiske og sosiale problemer. En undersøkelse ved Sogn videregående skole i Oslo viste at omtrent hver femte elev som oppsøkte skolehelsetjenesten hadde problemer som krevde psykososial hjelp (Lindberg 2003). Ungdommene presenterte vanskelige livssituasjoner som ga seg utslag i konsentrasjonsproblemer, tristhet, uro, angst, hodepine, magesmerter, spiseforstyrrelser. Ofte var problemene tett knyttet til relasjoner til foreldre, kjæreste, venner. For mange var også manglende bolig, penger til mat, bøker og månedskort en del av problematikken. I møte med slike

problemer er et utvidet helsebegrep som også omfatter psykisk og sosial fungering, mer dekkende.

I denne artikkelen undersøkes hvordan skolehelsetjenesten kan fungere som et helsefremmende lavterskeltilbud til ungdom med psykiske og psykososiale vansker.

Undersøkelsen er en oppfølgingsstudie av et prosjekt ved Sogn videregående skole (2000–2002) som hadde som målsetting å gjøre psykososiale hjelpetilbud tilgjengelige for ungdom som ellers ikke ville fått slik hjelp.

Datamaterialet i oppfølgingsstudien er *fokusgruppeintervjuer* med ungdommer, helsesøstre og skolerådgivere ved Sogn videregående skole høsten 2002. Problemstillingene var:

- Hvordan kan den innledende kontakten formes slik at ungdom opplever hjelpen som tilgjengelig, meningsfull og ikke-stigmatiserende?
- Hvilken nytte har en av et mestrings- og utviklingsperspektiv i arbeid med ungdommer med problemer?
- Hvilke betingelser må være til stede for at skolehelsetjenesten også kan bli guttenes arena?

I artikkelen redegjøres først for teoretiske perspektiver på mestring og utvikling. Deretter følger en beskrivelse av undersøkelsens bakgrunn og metode.

Så følger undersøkelsens resultater fortolket i lys av et mestrings- og utviklingsperspektiv. Avslutningsvis drøftes hvilke implikasjoner undersøkelsens resultater kan ha for praksis.

Et mestrings- og utviklingsperspektiv

Et utvidet helsebegrep krever en utvidet teoretisk forståelse av ungdoms psykiske helse. I Regjeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse blir det understreket at hjelpen må gis på en måte som styrker ungdommens egne ressurser og hindrer sykeliggjøring (Regjeringen 2003). Også innen behandlingsfeltet kan en se en økt interesse for utvikling av teorigrunnlag for en mestrings- og utviklingsfremmende praksis (se for eksempel Svantorp 2001, Røed Hansen 2000, Waaktaar og Christie 2000, Øvreeide 2000). Dette er særlig relevant i forhold til ungdom, fordi ungdomstiden er en periode i livet som stiller krav til håndtering av ytre og indre forandringer. Den indre verden er preget av reorganisering av affekter, kognisjon og handlingsmønstre (Sundet 2000). Samtidig strever ungdom med å utvikle ny kompetanse og ferdigheter tilpasset sitt nye utviklingstrinn. Dette kan føre til en

opplevelse av indre kaos og manglende kontroll over livet. I møte med hjelpetrengende ungdom kan derfor følgende definisjon av mestring være hensiktsmessig: Mestring er det repertoaret av handling, følelses- og tankeresponser ungdom har tilgang til for å håndtere problematiske situasjoner i dagliglivet under bestemte omstendigheter (Frydenberg 1997). Definisjonen omfatter både ungdommenes ytre og indre verden, og er derfor godt egnet som utgangspunkt for psykososial hjelp. Å møte ungdom på en mestringsfremmede måte innebærer dermed å bidra til at ungdommene tilegner seg nye måter å møte krevende situasjoner på. Det innebærer videre en konsekvent holdning til at ungdommene selv er aktive deltagere i å fremme egen mestring.

Mestring og utvikling er begreper som er tett knyttet til hverandre. Flere hevder at nyere utviklingspsykologi representert ved Daniel Stern, danner en relevant ramme for profesjonell samhandling med ungdom (se f.eks. Wrangsjö 1993, Sundet 2000). Sterns modell bygger på en antagelse om at kognitiv og emosjonell utvikling skjer i samhandling med omgivelsene. Videre framheves barnets aktive deltagelse i sin egen utviklingsprosess. Modellens vektlegging av det affektive samspillet anses som særlig relevant i forståelsen av ungdom. I spedbarnstiden er det foreldrene som regulerer barnets følelsesmessige tilstand. I ungdomstiden dukker affektregulering igjen opp som et utviklingstema. Det forventes nå at ungdommene selv er i stand til å regulere sine affekter. Samtidig er affektregulering et relasjonelt tema, det er gjennom samhandling at ungdommene lærer å utvide sitt følelsesmessige repertoar. Mens dette arbeidet foregår, skal den unge også utvikle sin autonomi. I praksis innebærer dette en nyansert regulering av nærhet og avstand i samhandlingen.

Sogn-prosjektet

Fra 2000–2002 ble det gjennomført et aksjonsforskningsprosjekt ved skolehelsetjenesten ved Sogn videregående skole i Oslo. Hensikten var å tilpasse tjenesten til de nye faglige utfordringene som følger i kjølevannet av endringer i ungdoms helsetilstand. I to år arbeidet jeg som klinisk sosionom sammen med helsesøstrene på prosjektet. Målsetting for prosjektet var å gjøre psykososiale hjelpetilbud tilgjengelige for ungdom som ellers ikke ville fått slik hjelp. Prosjektet var rettet mot unge jenter spesielt, fordi både forskning og klinisk praksis viser at jenter rapporterer flere symptomer på psykiske problemer enn gutter (Klermann 1986, Fombonne 1995, Frydenberg 1997). Selv om prosjektet omfattet flest jenter (31), benyttet også enkelte gutter (9)

seg av tilbudet. Kontakten med disse guttene førte til en økt interesse for hvilke betingelser som må være til stede for at skolehelsetjenesten også kan bli guttenes arena (Langaard 2002).

I en oppfølgingsstudie høsten 2002 var ambisjonen å få kunnskap om hvordan den innledende kontakten kan formes slik at ungdom opplever hjelpen som meningsfull og tilgjengelig. Hensikten med studien var å undersøke om informantenes beskrivelser kunne forstås og analyseres i lys av et mestrings- og utviklingsperspektiv, og dermed gi et teoretisk bidrag til praksisfeltet. Datamaterialet for å belyse denne problemstillingen ble hentet fra samtaler med ungdommer, helsesøstre og skolerådgivere ved Sogn videregående skole høsten 2002.

Metode

Det ble gjennomført fire fokusgruppeintervjuer (Wibeck 2000), to med ungdommer (fire og fem deltagere), en med ansatte i skolehelsetjenesten (tre deltagere) og en med skolerådgivere (fire deltagere). Hvert av intervjuene varte i en og en halv time. Ungdommene ble rekruttert gjennom en forespørsel til en klasse bestående av 17–18-åringer, hvor de som ønsket å delta, kunne melde seg. Siden gutter og jenter nærmer seg skolehelsetjenesten på ulike måter, ønsket jeg å få mer kunnskap om hvordan hjelpen kan formes sett både ut fra gutter og jenters perspektiv. Kriteriene for utvalgelse var derfor at en gruppe skulle bestå av gutter og en gruppe av jenter, og at de skulle ha erfaring med skolehelsetjenesten. En brosjyre som presenterte skolehelsetjenestens tilbud til ungdom, dannet utgangspunktet for samtalene. Ved siden av tilbud om prevensjon og prevensjonsveiledning omfattet tilbudet en profesjonell voksen å snakke med om seksualitet, rusmidler, overgrep, sorg og krisereaksjoner, identitetsproblemer, seksuelt misbruk, spiseproblemer, angst og depresjon, hodepine og magesmerter og vanskelige hjemmeforhold. Informantene ble invitert til å snakke om hvordan profesjonell hjelp kan gjøres tilgjengelig for ungdom som trenger slik hjelp. Selv om de ansatte i skolehelsetjenesten ønsker å være tilgjengelig også for ungdom med psykososiale problemer, er det grunn til å anta at ungdommenes oppfatning av skolehelsetjenesten fortsatt var preget av tjenestens tradisjonelle oppgaver. I intervjuene med ungdommene ønsket jeg derfor å få fram ungdommenes oppfatning både av hvilke problemer de kan komme til skolehelsetjenesten med, og hvordan de ønsker å bli møtt når de trenger profesjonell hjelp. De ble også spurt om eventuelle forskjeller mellom måten gutter og jenter mottar hjelp på.

Fokus for intervjuene med helsesøstrene og skolerådgiverne var hvilke erfaringer de hadde med å møte ungdom med psykososiale problemer, og hva de tenkte var en god hjelp i slike situasjoner. De ble også spurt om hvorvidt de møter gutter og jenter på forskjellige måter. Samtalene ble tatt opp på bånd og transkribert. Under analysearbeidet stilte jeg følgende spørsmål: Hvilke temaer trer fram som sentrale i den innledende samhandlingen? Hvordan kan disse forstås i lys av et utviklings- og mestringsperspektiv? Hva sier informantene om forskjeller i mestringsfremmende samhandling med gutter og jenter?¹

Et konkret spørsmål og en tilgjengelig hjelper

På spørsmål om hvordan de vil bli møtt når de trenger hjelp, framhevet ungdommene en åpen, direkte væremåte. En av ungdommene, Stine, beskriver en tilgjengelig hjelper slik: *Hun må være åpen, tørre å snakke om vanskelige ting, om seksualitet og sånn. Sånn som de som er her. De er kjempekoselige. Og så tar de seg tid til å høre hva du har å si.* Helsesøsters oppmerksomhet, evne og ikke minst *tid* til å gi ungdommene mot og trygghet til å gå fra et innledende spørsmål til en mer inngående beskrivelse av sin situasjon, vil dermed være avgjørende. En av helsesøstrene sier: *Vi må se etter små tegn ... bruke intuisjon. Kanskje gjelder dette særlig i forhold til guttene. De kommer ofte for noe helt annet, gjerne for et plaster eller et vanlig spørsmål, og så kan de komme inn på sitt egentlige ærend etter hvert, men du ser ofte at de nøler med å gå. De vil gjerne være litt lenger. Du ser at de bare sånn halvveis vil gå. Guttene bruker også mange runder på å sirkle seg inn på oss. Noen ganger kommer de alene, men mange ganger sammen med en kamerat: Snakk med hu.*

Ungdommenes uttalelser er i overensstemmelse med erfaringer som er beskrevet av terapeuter innen behandlingsfeltet. Ungdom må møtes på en annen måte enn voksne (Kveset & Furre 2000; Sundet 2000; Dyregrov 2004). Den profesjonelle må bidra til å skape en trygg atmosfære gjennom en åpen og direkte væremåte. Dette er en annen holdning enn den nøytrale, tilbaketrukne holdningen som tradisjonelt forbindes med profesjonalitet.

Omsorg og nøytralitet

Helsesøstrene anvendte *omsorg* som sentralt begrep når de skulle beskrive viktige aspekter ved samhandlingen. De mente at mange av ungdommene

trenger omsorg, og at de viser sitt omsorgsbehov på ulike måter. Men de var også opptatt av at det er ulike måter å *vis*e omsorg på fra deres side.

Anvendelse av omsorgsbegrepet i profesjonell sammenheng er blitt problematisert. Begrepets ensidige vektlegging av den ene parten som giver og den andre som mottager blitt framhevet som uheldig (Aamodt 1997). Dette kan føre til en passiviserende og dermed lite mestringsfremmende praksis. Det kan også bidra til en praksis hvor den profesjonelles eget behov for å være giver blir satt i fokus (Martinsen & Eriksson 2003). Omsorgsbegrepet blir gjerne assosiert med nærhet. Det har videre blitt hevdet at en ensidig vektlegging av nærhetsdimensjonen i profesjonell samhandling kan føre til at den nødvendige avstand i samhandlingen blir undervurdert (Nerdrum 1997).

Hvis vi vender oss til ungdommene, var flere opptatt av avstandsdimensjonen i samhandlingen. En av ungdommene anvendte *nøytralitet* for å beskrive en profesjonell holdning. Eirik sa: *Det må ikke være slik at de ser triste ut i ansiktet fordi vi er triste. Eller glade fordi vi er glade ... litt nøytrale. Kanskje et smil og vennlig blick som bryter en tung atmosfære.* En annen av ungdommene fulgte dette opp: *Helsesøster må ikke tenke at hvis dette hadde vært ungen min ...*

Ungdommene beskriver en deltagende og vennlig hjelper som samtidig holder en viss avstand. Denne holdningen kan forstås i lys av affektregulering. Ved at hjelperen tåler de sterke følelsene som kjennetegner ungdomstiden, uten selv å bli for raskt handlende, hjelpes ungdommene til selv å bære sine følelser, noe som kan bidra til emosjonell vekst (Sundet 2000; Larsen 2004). Dette innebærer at hjelperen må være i stand til å håndtere de følelser som ungdommens fortellinger vekker, på en adekvat måte.

Selvbestemmelse

Et tema som både ungdommene og de profesjonelle framhevet, var ungdommenes behov for selvbestemmelse eller autonomi. I denne undersøkelsen var det særlig guttene som var opptatt av å bestemme selv. En av guttene, Aleksander, sa: *Det er viktig at de ikke er for pågående.* Eirik fulgte dette opp med å understreke at det var viktig at ungdommene fikk bestemme farten selv.

Sett i lys av disse uttalelsene, innebærer en utviklingsfremmende måte at ungdommens behov for å være aktør i eget liv må respekteres, samtidig som hjelperen opprettholder kontakten på en passende måte. En slik oppfølging beskrives treffende av en av skolerådgiverne: *Det er viktig å ikke presse seg på ... Når det er kaos rundt eleven ... at jeg følger med. Da føler jeg at det er viktig at jeg ser eleven ofte. Det er veldig toft at de i det hele tatt kommer*

på skolen. Markere på slutten av året at jeg har sett deg. Hun understreker at det er viktig å ta imot de signalene som de unge sender i forhold til å både ville greie seg selv og å trenge hjelp.

Helsesøsters og rådgivers uttalelser kan forstås i lys av et mestrings- og utviklingsperspektiv som både tar hensyn til ungdommenes behov for autonomi og for at voksne er til stede på en passende måte. Dette betyr at de unge må tilbys et utviklingsrom uten overinvolvering.

Rådgiver tar også opp et annet viktig tema – nemlig kaotiske livssituasjoner med familiekonflikter, rus og vold. Mange ungdommer lever under slike forhold. Da dreier det seg ikke bare om et indre, men også et ytre kaos. Også i slike situasjoner er det viktig å ta hensyn til ungdommenes behov for å være aktør i eget liv. Sett fra ungdommenes ståsted kan behovet for å ha kontroll over et handlingsforløp høres slik ut: Trude: *hvis det hadde vært seksuelt misbruk eller noe sånt, mellom far og datter eller annet familiemedlem, så hadde kanskje ... Hvis en ikke tør å gå til noen andre med det, så vet du at helsesøster har taushetsplikt. Så er det kanskje lettere å komme hit og få råd. Og så eventuelt gå til en annen.* Elisabeth: *Jeg synes det høres veldig riktig ut ... at man går og snakker med noen først om hva man kan gjøre, før man gjør noe med det, liksom.*

Taushetsplikten er viktig

Sett fra ungdommenes side er behovet for konfidensialitet avgjørende når de skal betro seg til noen om sine problemer. Både skolerådgiverne og helsesøstrene nevnte også taushetsplikten som en forutsetning for den nødvendige tillit mellom hjelper og ungdom. Ungdommene vektla imidlertid dette i enda sterkere grad, noe som kan tyde på at de legger noe *mer* eller noe *annet* i begrepet enn hjelperne gjør. Særlig var jentene opptatt av dette temaet, og en av jentene, Una, målbærer dette budskapet slik: *Taushetsplikten er kjempeviktig. Det er viktig at de får sagt fra mer om at de har taushetsplikt ... at det skal komme veldig tydelig fram.*

Ungdommene ga tydelig uttrykk for at de oppfattet at helsesøster sto i en særstilling sammenlignet med skolens øvrige personale. Da de ble spurt om forskjellen på skolerådgivere og skolehelsetjenesten, sa de at det var stor forskjell mellom hva de kunne snakke med helsesøster om, og hva de kunne snakke med rådgiver om. Med rådgiver snakket de om skoleting, med helsesøster om det private. Forventningen var at når man snakker om det private, så må man ha tillit til at dette ikke bringes videre.

En undersøkelse som utdyper hva ungdom legger i konfidensialitet, viser at ungdom ikke bare ønsker en trygghet for at opplysninger ikke viderebringes, men at de må være sikre på at de blir forstått riktig (Pinto 2004). Sett på denne måten, vil taushetsplikt eller konfidensialitet handle om en *gjensidig* tillit hvor den profesjonelle uttrykker tillit til ungdommens perspektiver på sin situasjon (op.cit.). Dette kan forstås som et behov for å oppleve at en selv har styring med sitt eget liv, med de tanker og følelser som formidles. Følelse av å ha mistet kontrollen er et vesentlig element i utviklingen av psykiske problemer. Innen mestringslitteraturen beskrives opplevelsen av å bli styrt innenfra eller utenfra som *internal* eller *external locus of control* (Lazarus & Folkman 1984). Fordi ungdomstiden i særlig grad krever evne til å håndtere ytre og indre forandringer, vil det både utviklingsmessig og i forebyggende forstand være av stor betydning å vektlegge en strategi som støtter opp under en indre følelse av kontroll.

Skolehelsetjenestens feminine profil

Ungdommene ble spurt om hva de trodde var grunnen til at det først og fremst er jenter som bruker skolehelsetjenesten. En av guttene, Eirik, svarer slik: *Hvis jeg hadde hatt problemer, ville jeg ikke gått til helsesøster. Jeg føler meg så fremmed, liksom.* En annen av guttene følger opp: *Skolehelsetjenesten er nok mest for jenter ... bare hør: helsesøster og jordmor. Noe vi savner? En mannlig lege. En helsedoktor hadde vært noe for oss. Eller kanskje en helsebror. En mannevenn.* Eiriks uttalelse om at han føler seg så fremmed, kan kanskje forstås i retning av at det må foreligge en form for gjenkjennelse eller identifikasjon med den holdning tjenesten signaliserer, i forhold til dimensjonen maskulinitet/femininitet.

Erfaringer fra Sverige viser også at det primært er jenter som anvender samtaletilbud som er spesielt tilrettelagt for ungdom (Winzer 2003). Skolehelsetjenesten er først og fremst jentenes arena. I litteraturen har denne påfallende forskjellen mellom gutter og jenter i anvendelse av helsetjenester blitt forstått ut fra flere forhold: For det første vises det til at unge jenter i den vestlige kulturen strever mer enn gutter med sin identitetsutvikling, fordi de opplever det mer motsetningsfylt å skulle fylle en voksenrolle som *både* innebærer nærhet i relasjoner og selvstendighet (Pinto 2004). Den andre forståelsesmåten er at jenter anvender samtalen som mestringsform i større grad enn gutter når de opplever psykisk stress, noe som igjen har sammenheng med at gutter i vår kultur er lært opp til å skulle greie seg selv (Fombonne 1995; Jacobsson 2003; Smith 2004). I Sverige har de tatt hensyn

til dette ved å tilstrebe blandet kjønns sammensetning blant de ansatte ved ungdomsmottakelsene og ved å opprette egne tilbud for gutter. Likevel er det fortsatt jentene som hyppigst anvender denne formen for hjelpetilbud.

Når ungdommene snakker om kjønnsforskjeller, er de opptatt av at gutter og jenter forholder seg på ulike måter i vanskelige situasjoner. De fokuserer på at jenter har lettere for å bruke samtalen som ledd i sin mestring, og at gutter er mer tilbøyelige til å ville greie seg selv. Nina sier: *Skolehelse-tjenesten er nok mest for jenter. Jeg tror jenter snakker mer om psykiske problemer med folk de ikke kjenner, jeg vet ikke, jeg.* Ida slutter seg til dette og tilføyer: *Jeg har sett mange gutter som har vært her inne, men da har de prøvd å le seg ut av det.* Også guttene gir uttrykk for det samme. Noman sier: *Gutter har kanskje litt lettere for å holde det inne i seg hvis det er noen problemer ... å være coole og kalde. Jeg tror det skal mer til før gutter snakker om problemene sine, enn for jenter.*

En av helsesøstrene har også festet seg ved guttenes form: *Det virker som om guttene ikke inkluderer så mange i sine ting. Jeg tror mange går og sliter med ting alene. Lenge ...*

Disse uttalelsene kan forstås i lys av de kulturelle føringene som ligger i vår kultur om hvordan gutter og jenter skal håndtere vanskelige livssituasjoner

Ulike problemløsningsprosesser i samtaler med gutter og jenter

Det er mer naturlig for jentene enn for guttene å komme med sin forvirring og be om hjelp til å finne ut av ting. Når guttene henvender seg, er problemene større, men samtidig tydeligere definert. Dette kom til uttrykk både i måten samhandlingen foregikk på, og i samtalenes innhold. Både helsesøster og skolerådgiver understreket guttenes konkrete form. Helsesøster uttrykte det slik: *Guttene vil ha mer konkret hjelp, mens jentene kan nøye seg med praten. Det kan virke som om jentene er litt flinkere til å søke hjelp raskere. For guttene har det kommet lenger, og da er problemene større før de kommer til oss.* Skolerådgiver sa følgende: *Gutter kommer ikke like ofte som jentene når de har tunge problemer. Samtidig er det lettere å hjelpe guttene, fordi de er mer konkrete i sine beskrivelser.*

En av helsesøstrene sier at dette ofte kan føre til at de ansatte legger mer fokus på mestring i møte med guttene, og hun henviser da til handlingsaspektet ved mestring. Hun sier at de snakker mer med jenter om følelser, noe som peker i retning av at det i samspillet mellom ungdommene og hjelperen

kan skje en forsterkning av henholdsvis det affektive eller det handlingsmessige aspektet ved mestring. Hun beskriver forskjeller i møte med gutter og jenter slik: *Kanskje snakker vi med jentene og guttene på forskjellig måte også. ... Vi er ikke så pusete med guttene – bekrefter mer på mestring. Og det kan jo ligge mye omsorg i det og. Med jentene snakker vi mer om følelser.*

Innen mestringslitteraturen er det vanlig å skille mellom problemfokusede og følelsesfokusede mestringsstrategier (Frydenberg 1997). Forskning som omhandler kjønn og mestringsstrategier, peker på at gutter oftere er tilbøyelige til å anvende problemfokusede mestringsstrategier når de opplever stressfylte situasjoner, mens jenter oftere vender oppmerksomheten mot sitt emosjonelle indre liv (Fombonne 1995). En studie av forholdet mellom stress, sosial støtte og psykiske lidelser hos ungdom belyser hvilke konsekvenser dette kan få i praksis (Ystgaard mfl. 1999). Studien konkluderer med at selv om vi vet at affektregulering utgjør en viktig del i de fleste mestringsprosesser, så kan den bli for ensidig i forhold til jenter, fordi det kan føre til at jentene blir hengende ved problemene heller enn å finne løsninger.

Implikasjoner for praksis

Skolehelsetjenesten kjennetegnes i særlig grad av lett tilgjengelighet. Hit kan ungdom komme i skoletiden uten henvisning, og tjenesten er gratis. Tjenestens helsefremmende og forebyggende profil bidrar dessuten til at det er forbundet med lite stigma å oppsøke helsesøster, fordi det er et tilbud til alle elever. Når profesjonell hjelp gjøres lett tilgjengelig, er det imidlertid av avgjørende betydning at hjelpen formes på en måte som hindrer sykeliggjøring av store ungdomsgrupper.

I denne artikkelen foreslås et mestrings- og utviklingsperspektiv i møte med ungdom. Et slikt perspektiv understreker ungdommenes deltagelse i sitt eget endringsarbeid.

Det krever også at den profesjonelle hjelperrollen formes på en måte som fungerer mestrings- og utviklingsfremmende.

Fra informantenes side ble *nøytralitet, omsorg, selvbestemmelse og konfidensialitet* vektlagt som viktige aspekter ved relasjonen. Sammenligner vi ungdommenes og de profesjonelles synspunkter, understreket ungdommene konfidensialitet i større grad enn hva de profesjonelle gjorde. Videre vektla gutter og jenter disse temaene forskjellig. Guttene uttrykte tydeligere et ønske om en viss avstand i relasjonen.

De profesjonelle anvendte omsorgsbegrepet for å beskrive et betydningsfullt aspekt ved relasjonen. De unge må møtes på en omsorgsfull måte.

Omsorgsbegrepet forbindes ofte med nærhet. Guttene i undersøkelsen var særlig opptatt av avstandsdimensjonen i relasjonen til de profesjonelle og ga eksempler på hvordan omsorg kan utføres på en passende måte. Omsorg kan uttrykkes *ved et smil og et vennlig blikk*, som en av guttene sa, eller *ved å få bestemme farten selv*, som en annen uttrykte det. Også de profesjonelle var opptatt av ulike måter å vise omsorg på som kan knyttes til regulering av nærhets/avstandsdimensjonen i relasjonen. Det kan være *å følge med den unge på avstand*, slik en av rådgiverne uttrykte det. Det kan også innebære praktiske handlinger. I skolehelsetjenesten kan de profesjonelle gi praktisk omsorg knyttet til kroppslige plager. Dette åpner for å vise naturlig omsorg overfor ungdom som tar avstand fra omsorgshandlinger som kan forbindes med tidligere utviklingstrinn.

På denne bakgrunn vil en videreutvikling av et repertoar av omsorgshandlinger som både tar hensyn til nærhets- og avstandsdimensjonen i relasjonen, kunne gjøre tjenesten mer tilgjengelig også for gutter. Dette er kanskje særlig viktig i innledningsfasen, hvor de unge trenger tid til å nærme seg de profesjonelle, samtidig som de opplever å være den som styrer prosessen.

Undersøkelsen viste også at kulturelle føringer for femininitet og maskulinitet har betydning både for tilgjengelighet og for hvordan samhandlingen utvikles i forhold til gutter og jenter. Dette ble uttrykt ved at «jenter snakker om følelser» og «gutter skal greie seg selv». En måte å møte dette på er å «maskulinisere» skolehelsetjenesten ved å ansette menn eller «helsebrødre», som en av informantene sa. Det vil kanskje bidra til en kulturell tillatelse for gutter til å snakke om sin situasjon.

Hvilken betydning kan det ha at ungdommene og de profesjonelle vektlegger konfidensialitet forskjellig? At ungdommene tillate dette temaet så stor vekt, kan knyttes direkte til deres behov for å oppleve kontroll over sin egen situasjon. At hjelpen gis i ungdommenes skolemiljø, kan innebære at det blir mer komplisert å ivareta ungdommenes behov for konfidensialitet enn om hjelpen blir gitt i en sammenheng som er mer «fristilt». Det krever en særlig årvåkenhet fra de ansattes side i forhold til å opprettholde og begrunne de nødvendige grensene rundt tjenesten. Omsorg, nøytralitet, konfidensialitet og selvbestemmelse får ulikt innhold om det er skolens eller skolehelsetjenestens lovverk og målsetting som danner kontekst for samhandlingen med de unge.

Note

1. Ungdommenes navn er endret i framstillingen.

Litteratur

- Britto, T., B.K. Klostermann, A.E. Bonny, S.H. Altum og R.W. Hornung (2001): «Impact of a schoolbased intervention on access to healthcare for underserved youth». *Journal of Adolescent Health*. 29: 116–124.
- Den Norske Lægeforening (2002): *Mot i brystet, stå i ben og armer*. En statusrapport.
- Dyregrov, A. (2004): «De tause behandlerne – hvordan få bedre kontakt med ungdommer». *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*. 41: 723–724.
- Early, T. og M. Wonk (2001): «Effectiveness of school social work from a risk and resilience perspective». *Children & Schools*. 23: 9–31.
- Fombonne, E. (1995). «Depressive disorders». I: M. Rutter og D.J. Smith (red.): *Psychosocial disorders in young people* (s. 568–600). New York: Academica Europaea.
- Frydenberg, E. (1997): *Adolescent coping. Theoretical and research perspectives*. London: Routledge.
- Fryjordet, J. (2002) (red.): *Mot i brystet, stå i ben og armer*. En statusrapport om helse, helsefremmende arbeid og helsetjenester for ungdom. Oslo: Den Norske Lægeforening.
- Jacobsson, G. (2003): *På tröskelen til vuxenvärlden: unga vuxna berättar om påfrestningar och svårigheter i livet*. Rapport nr. 25. Stockholm: Karolinska institutet: Psykoterapiinstituttet, Stockholms läns landsting.
- Juszczak, L., P. Melinkovich og D. Kaplan (2003): «Use of health and mental health services by adolescents across multiple delivery sites». *Journal of Adolescent Health*. 32: 108–118.
- Klermann, G. (1986): *Suicide and depression among adolescents and young adults*. US: American Psychiatric Press.
- Kveset, K. og A. Furre (2000): *Prosjekt ungdom. Erfaringer fra terapeutisk arbeid med ungdom*. Prosjektrapport. Oslo: Nic Waals Institutt.
- Lamb, J.M. mfl. (1998): «School-based intervention to promote coping in rural teens». *American Journal of Maternal Child Nursing*. 23: 187–194.
- Langaard, K. (2002): *Psykososial hjelp til unge jenter i et flerkulturelt miljø*. Et samarbeidsprosjekt mellom helsetjenesten ved Sogn videregående skole og Nic Waals Institutt. Rapport. Oslo: Nic Waals Institutt.
- Larsen, E. (2004): *Miljøterapi med barn og unge: organisasjonen som terapeut*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Lazarus, R.S. og S. Folkman (1984): *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer. Lefcourt HM.
- Lindberg, K. (2003): *Sogn videregående skole, skolehelsetjenesten*. Oktober 2002 – juni 2003. Notat.

- Martinsen, K. og K. Eriksson (2003): *Fenomenologi og omsorg: tre dialoger*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Nasjonalt folkehelseinstitutt (2005): *Legemiddelforbruket i Norge 2000–2004* (Legemiddelstatistikk 2005).
- Nerdrum, P. (1997): «Hvor god er den gode relasjon?» I: B.R. Olsen og V. Bunkholdt (red.): *Barnevernet – mangfold og mening* (67–88). Oslo: Tano Aschehoug.
- NSH (2003): www.nsh.no.
- Pinto, K.C. (2004): «Intersections of gender and age in health care: Adapting autonomy and confidentiality for the adolescent girl». *Qualitative Health Research*. 1: 78–99.
- Regjeringen, (2003): «*Sammen om psykisk helse*». *Regjeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse*. Oslo: Helsedepartementet.
- Robinson, K.E. og L.J. Rapport (2002): «Outcomes of a school-based mental health program for youth with serious emotional disorders». *Psychology in the schools*. 39: 661–675.
- Røed Hansen, B. (2000): «Psykoterapi som utviklingsprosess: sentrale bidrag fra to utviklingspsykologiske kunnskapsfelt». I: Holte, A., Høstmark, G. Nielsen og H. Rønnestad (red.): *Psykoterapi og psykoterapiveiledning; teori, empiri og praksis*. (91–111). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Smith, J.M. (2004): «Adolescent males' view on the use of mental health counselling services». *Adolescence* 39: 77–82.
- Sosial- og helsedirektoratet (2003): «Opptrappingsplanen for psykisk helse 1999–2006: Sosial- og helsedirektoratets forslag til tiltak 2003–2006» (Rapport Sosial- og helsedirektoratet).
- Stiftelsen for helsetjenesteforskning (HELTEF) (2002): *Helseprofil med fokus på barn og ungdom*. Akershus universitetssykehus.
- Statens legemiddelverk (2004): *Depresjon hos barn og ungdom* [online]. Tilgjengelig fra URL: <http://www.legemiddelverket.no/terapi/publisert/Depresjon-hos-barn.htm> [Nedlastet 08.09.04].
- Sundet, R. (2000): «Selvopplevelse og samspill som metafor for terapi med ungdom». I: Johnsen, A., R. Sundet og W.W. Torsteinsson (red.): *Samspill og selvopplevelse – nye veier i relasjonsorienterte terapier*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Svantorp, T. (2001): «Naturlig miljø som terapirom?» *Fokus*. 29: 98–112. Oslo: Universitetsforlaget.
- Weist, M., P. Myers, H. Ghuman og Y. Han (1999): «Psychosocial functioning of youth receiving mental health services in the schools versus community mental health centers». *Community, Mental Health Journal*, 35: 69–81.

- Wibeck, V. (2000): *Fokusgrupper. Om fokuserade gruppintervjuer som undersökningsmetod*. Lund: Studentlitteratur.
- Williams, R. (2000): «A cunning plan. The role of research evidence in translating policy into effective child and adolescent mental health services». *Current Opinion in Psychiatry*, 13: 361–368.
- Winzer, R.(2003): Hur skattar ungdomar och unga vuxna sin psykiska hälsa? Utvärdering av ett unga vuxna project vid S:t Lukas. Innlegg på forskningskonferansen *Unga vuxna dagar* ved Karolinska Institutet i Stockholm 4.–5. desember 2003.
- Wrangsjö, B. (1993): *Ungdomsutveckling och ungdomsterapi i ljuset av Daniel Sterns självtæori*. SfpH's monografiserie, 36: 3–45.
- Waaktaar, T. og H. J. Christie (2000): *Styrk sterke sider*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Ystgaard, M. (1993): *Sårbar ungdom og sosial støtte*. Rapport. Oslo: Senter for sosialt nettverk og helse.
- Ystgaard, M., K. Tambs og O.S. Dalgard (1999): «Life stress, social support and psychological distress in late adolescence: a longitudinal study». *Social Psychiatry Epidemiology*, 34: 12–19.
- Øvreeide, H. (2000): *Samtaler med barn. Metodiske samtaler med barn i vanskelige livssituasjoner*. Kristiansand: Høgskoleforlaget.
- Aamodt, L. (1997): *Den gode relasjonen: støtte, omsorg eller anerkjennelse?* Oslo: Ad notam.
- Aarø, L.E., S. Haugland, J. Hetland, T. Torsheim, O. Samdal og B. Wold (2001): «Psykiske og somatiske plager blant ungdom». *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*, 121: 2923–2927.

Summary

Young people, mental health and professional counselling

This article discusses the role of professional counselling in promoting coping skills amongst young people. The article is based upon a study of what young people, community nurses and school counsellors consider important when dealing with young people in difficult circumstances. According to the study, there are four recurring topics concerning professional interaction: care, neutrality, confidentiality and autonomy. The study also reveals that culturally embedded perceptions of femininity and masculinity play a central role in the establishment of a professional relationship and the development of problem-solving skills. These findings indicate that the advancement of professional counselling must incorporate knowledge of youth culture and of young people's attitudes and values.

Kristin Andresen Soldal

STØTTEKONTAKTER

Soveputer eller ressurser i velferdssamfunnet?



Støttekontakter er et hjelpetiltak som blir brukt i stort omfang overfor mennesker med ulike former for funksjonshemninger, psykiske lidelser og rusproblemer og overfor barn og ungdom. Dette er den første norske læreboken på 20 år som er skrevet om dette arbeidsfeltet.



FAGBOKFORLAGET

Youth Counselling in School Health Services: The Practice of 'Intentional Attentiveness'

Kari Langaard, PhD student – Ruth Toverud PhD

ABSTRACT

Background: *In Norway, school health services are regarded as an important field for youth counselling. However, theory appropriate to counselling within this context is poorly developed. This article contributes to a theoretical framework for counselling within this setting. Practice that aimed at enhancing the adolescents' active participation in change processes was taken as a point of departure.*

Method: *Participant observation was performed during 13 counselling sessions conducted by experienced school nurses and mental health professionals at two high schools in Oslo, Norway, 2006. Grounded theory method provided analytical guidelines.*

Findings: *The consultations were characterized by the counsellors' attention to the adolescents' narratives on the one hand, and interventions guided by certain intentions pursued by the counsellors on the other hand. The core concept 'intentional attentiveness' was constructed around five main dimensions: a) attentiveness to the adolescents' narratives, b) structuring the narratives, c) encouraging self expression, d) helping the adolescents to remain in school and e) encouraging an outlook on the future. Discussion focuses on how the concept 'intentional attentiveness' can inform practice in school health services.*

Conclusion: *Youth counselling characterized by 'intentional attentiveness' adapts well to a framework of health promotion that underpin school health services. It also supports and expands findings from other studies conducted within this context, and should be further explored and integrated as a part of the knowledge base of school health services.*

Keywords: *Youth, professional counselling, school health services, grounded theory, Norway*

Background

Currently, the mental health condition of youth is receiving considerable attention as a matter of concern in Western countries, and the importance of providing services that are easy accessible to young people in need of mental health counselling is strongly recommended (1-4). To adapt to this situation, in Norway school health services are seen as an important field of improvement (5).

Making professional counselling available to large groups of adolescents puts particular demands on outlining the counselling within a framework that strengthens their capacities to cope with their lives. Edwards et al. (6), suggest that counselling in schools should approach young people in ways that promote participation and activity and avoid passivity and dependency. Mandel & Quazilbash (7) emphasize the importance of a model that recognizes adolescents as change agents when practicing counselling in school based health centres. However, studies that focus on the characteristics of school health practice that intend to involve children and adolescents in their own change processes are few. An exception is a Danish study conducted by Ina K. Borup (8). Her study demonstrated that when the pupils took active part in decisions about what should be worked on, the counselling became more sensitive to their needs and thereby more useful. Conversely, if the pupils did not participate actively during the consultations, there was a risk that the counselling did not make any difference to them.

Aim

The aim of the present study is to contribute to a knowledge base appropriate to counselling young people with psychosocial problems. The term *psychosocial* refers to the interplay between the inner state of the adolescents and their social surroundings. To adapt to the goal of health promotion, a framework with a marked focus on the agency and resources of young people should guide the consultations. How the counsellors transformed the basic idea of active involvement when encountering adolescents in need of professional support, is the focus of the study.

Method

The study is based on the assumption that theories for use in practice are best developed by studying what experienced practitioners are doing in real counselling situations (9). Data from participant observations during 13 counselling sessions in school health services provide the empirical grounding. The study is part of a larger participatory action research project (PAR) conducted at two high schools in Oslo, Norway. The PAR project established two teams at the actual schools by recruiting experienced school nurses and mental health professionals (both groups hereafter called counsellors). This project group

intended to increase students' access to mental health consultations and simultaneously reflect upon how practice could be performed within a framework characterized by focus on the young person's resources and participation in change processes. The PAR project also included interviews with adolescents at the two schools. The interviews focused on how they considered adult support in difficult life situations (10).

Ethical considerations

The study was evaluated by the Regional Committee for Medical Research and approved by the Norwegian Data Inspectorate. It also received approval by the head teachers of the schools. The participants were informed verbally and in writing that they could withdraw from the study at any time. To safeguard confidentiality all the names used in the article are pseudonyms.

Participants

15 adolescents, mostly aged 17 to 18 years, participated. The data comprised 11 individual sessions. In addition, two girls met together in one session and, in another, two siblings. The majority of the participants were girls (11 girls and 4 boys), ten with ethnic majority background, and five from ethnic minorities. Most of them (11) lived with their parent(s), three lived alone and one girl lived with her relatives. The participating counsellors were women aged between thirty and sixty, with an ethnic majority background.

Procedure

To ensure sample diversity, criterion sampling was performed to select cases that met predefined criteria (11). The counsellors were instructed to choose cases that demonstrated the diversity of psychosocial problems they usually deal with in their daily practice, as well as variation by gender and ethnicity. The adolescents were asked whether the researcher (first author) could be present, and it was emphasized that focus would be on how professionals talked with young people. All the young persons approved participation. The counselling sessions were audio-taped and transcribed verbatim. Most of the sessions were followed by a short conversation involving the

counsellor and first author, where the counsellor's reflections on her interventions during the session were given attention.

Analysis

A key characteristic of theory development using grounded theory is that collection and analysis of data is a simultaneous process (12). After each session the first author wrote a short memo containing her immediate impressions and thoughts before proceeding to the next session. According to Charmaz (13), initial coding should be conducted by remaining open and staying close to the data. After this first coding procedure, the data were coded into NVivo software for qualitative data analysis. The transcripts were reviewed several times using the constant comparative strategy (14). At this stage constructivist grounded theory guided the analysis, which means that concepts are grounded in data and then constructed by the researcher(s) (13;15). The analysis focused upon sequences that reflected how the practitioners interacted with the adolescents in ways that intended to involve them in change processes. The focused codes and dimensions were continuously discussed with the second author to confirm that interpretations were in accordance with the data. To capture testimonial validity (16), the findings were reviewed by the participating counsellors and their reflections were incorporated in the further analysis (17). Finally theoretical sampling was used to determine the core concept and bringing together main dimensions and sub dimensions to provide a coherent theory (14).

Findings

The practice of “intentional attentiveness”

The kind of psychosocial problems that the adolescents came up with varied extensively. Some of them described relationship problems with parents, partner, friends and teachers resulting in sleeping problems, anxiety or depression. Others told about school demands that they did not manage to fulfil, others about traumatic experiences that still influenced their lives, and some described mental health problems or poverty in the immediate family. These problems influenced their daily functioning considerably, and most of them were, or had been, in danger of school dropout. Although the severity and also

complexity of each situation varied, some of the adolescents told about severe psychosocial problems, including long-term neglect and lack of adult support. Overall, the adolescents' approaches to their difficulties were characterized by insecurity and confusion about how to cope with their situations.

The counsellors' approaches to the adolescents were characterized by attentiveness to their narratives on the one hand, and certain intentions that gave direction to the counselling on the other hand. The intentions were structured along the following dimensions: Bringing in structure to the narratives, encouraging self-expression, helping the adolescents to remain in school and encouraging an outlook on the future (Table 1). These dimensions interacted continuously during the consultations.

Table 1. Main and sub- dimensions of intentional attentiveness

Core concept	Main dimensions	Sub dimensions
Intentional attentiveness	a) Attentiveness to the adolescents' narratives	Listen, connect, give attention to the activities of the young person, grant his or her initiative, offer a neutral space for reflection.
	b) Structuring the narratives	Addressing concrete and narrow issues that can be worked upon.
	c) Encouraging self expression	Invite reflections on <i>what</i> to say and <i>how</i> to say it. Recognizing and expressing the adolescents' right to set limits and to make their own decisions. Assessing when more active involvement is necessary.
	d) Helping the adolescents to remain in school	Invite reflection on how to <i>come</i> to school and how to <i>remain</i> in school. Assess when to involve actively; for example: talk with school staff to make special arrangements.
	e) Encouraging an outlook on the future	Focus on positive and active elements. Attend to what might be by connecting to the current situation, and what may point ahead.

Attentiveness to the adolescents' narratives

To attach to the adolescents' descriptions of their situations in an open-minded way emerged as a key characteristic of the counselling. One of the counsellors expressed this attitude in the conversation afterwards by saying: '*I listen carefully and connect to what they say.*' However, particularly early sessions could be dominated by the adolescent being overwhelmed and seeing no solution. A high degree of attentiveness was then required in order to connect in a manner which encouraged the young person's active involvement in a meaningful way. One way could be to attend to the fact that the adolescent actually *did* something to change the situation, simply by coming to the consultation.

Another way of engaging the adolescents was to let them decide which aspects of their situation that should be focused on. Even if they did not readily know how to use this opportunity, the possibility could be appreciated. One of the girls highlighted the significance of providing time and open space for talking about different aspects of life. She had so much she needed to talk about, she said, and just talking to somebody about part of her story was not enough. An important dimension of attentiveness thus seemed to be readiness to provide an open space and connect interventions to what appeared to be vital issues for the young person.

Structuring the narratives

Often the adolescents found themselves in chaotic circumstances. When they presented their situations in ways characterized by ambiguity and confusion, the first step of the counsellor was to intervene in ways that created structure to their descriptions. By listening carefully, they tried to engage the young person in ways that made it possible to pick out issues narrow and concrete enough to be handled and also opened up for new perspectives. The case of Evelyn (pseudonym), a girl of 17, echoed many of those who initially put across accounts that appeared complex and overwhelming. When the counsellor asked her what was the most important thing to talk about she said:

There are a lot of things, school, for example. I worry so *much*, I am not motivated at all. I don't even have the energy to draw a line. I feel like I've hit a wall. I have received warning letters in all subjects which were sent my parents. I saw them first, and then I just threw them away.

Counsellor: So your parents have not seen them yet?

Evelyn: No, I don't want to cause them any grief or stress.

Evelyn continued by giving small glimpses of domestic circumstances that pictured a girl worrying much about family members and taking much responsibility for the family's daily life. However, she preferred not to talk so much about *that*, she said.

Counsellor: But what could help you figure out what you might want to do?

Evelyn: Nothing. When my head is in a mess, then everything around me is also in a mess. My room – you should see it. It looks as if it's been bombed! I should have done a lot of things but everything is so messy that I can't fix it. Like, what should I do? School doesn't work. I realize that I've got lots of work to do. I intend to do things and I know how, but it just doesn't work out. Everything is just so messed up...

At this point, facing a girl who was overwhelmed and confused, the counsellor attempted to engage her in sorting things out. In this process she let the girl decide what *she* sees as the most important issue to attend to.

Encouraging self expression

To enhance the adolescents' ability to express their thoughts and opinions and in this way influence their environments, guided the counsellors' involvement in a fundamental way. This dimension was demonstrated in different situations where they could discuss with the young person how to talk to teachers about school issues, or how to talk about experiences of neglect or abuse. In one case, expulsion from the country and how to speak with public agencies was the dominant issue. In these situations *what* to say, to *whom* and also *how* to say it was essential. The counsellors' interventions were based on assurances that the adolescents had the right to set their own limits, to make their opinion known, and to decide on their own. By providing a safe place to reflect upon a situation and how to handle it, they encouraged exploration of new ways of acting. This became evident in the case of Judy, who in her last conversation with the counsellor told for the first time that she had been sexually abused by a relative some years ago. Now this

episode influenced her life because she had got a boyfriend and she had problems with having sex. This problem took much of her energy and affected her capacity to concentrate on school. The counsellor's approach was to explore the situation together with Judy, and to emphasize her right to set her own limits. She advised her how to do this by suggesting that she could tell her boyfriend that she needed time because of some previous negative experiences, but without necessarily involve him in all the details of these experiences.

Some situations called for more direct and active support from the counsellor's side. This was visualized in the interaction with two girls, Sarah and Emma, who came together to the consultation. They both lagged behind in mathematics, and Emma had been home from school several times because of headaches. They needed more support than the teacher provided, and they also had some critical viewpoints on how the teaching was practiced. During the session the following exchange took place:

Sarah: If you could just be there with us. You don't have to say anything, but just be there to support us ...

Emma: I feel that it is very easy to brush us aside. (She quotes the teacher): 'Oh, yes that's your opinion, but now I must rush to my next classes'. Maybe it would be a bit easier if you are there to exercise your power. Then they understand that we aren't just...

Counsellor: Yes, exercise some power.

The counsellor encouraged the girls to express their meanings, and also invited them to reflect on how to do it. The girls hesitated however, and called for more active involvement from the counsellor. In this case the counsellor connected to the girls' description of their situation and provided room for reflection. She must also assess *whether* and *how* she can support the girls outside the consultation room.

Helping the adolescents to remain in school

How the counsellors encouraged and supported the adolescents' efforts to remain in school permeated the consultations. Their interventions could vary from simply asking if the youngster had been to school the last days and then concentrating on other issues to detailed exploration of the absence as visualized by Eric, a 17 year-old boy. He had

difficulties catching up at school after being absent for a long time after a car accident. He told the counsellor that he had managed to go to school three days last week. His problem was not to stay in school, he said, but to *come there*.

Counsellor: What actually are the obstacles?

Eric: I don't know.

(Long pause)

Eric: If someone pushes me out of bed.

Counsellor: What does it take to push your self out of bed?

Eric: It's damn well not easy to say. It could be a lot of things.

Counsellor: Yes, as an example...

Eric: Just get out of bed

Counsellor: Get out of bed, yes, but it isn't that easy?

In this case the counsellor provided a space to reflect by not being too quick to give advice, or by '*not putting words into their mouths*' as one of them said. On the other hand, Eric also pointed to the active elements in the counsellor's approach that gave him new ideas about how he could handle the situation. At the end of the consultation the counsellor asked him if this way of talking helped him. Eric's response was that it made him more conscious of the problem and gave him new thoughts about how to do better. He continued: '*It is easy to fool yourself. It seems as if somebody must spell it out for me.*' The balance between introducing new ideas and to safeguard time and space for the adolescent to reflect on, and eventually integrate the counsellor's interventions thus seemed important.

The dimension of helping the adolescent to remain in school, however, often included co-operation with the school staff. If the young person was behind in some subjects, the counsellor could offer to take part in talking with teachers to find a solution by advocating his or her need of special arrangements to accomplish school.

Encouraging an outlook on the future

To give attention to future positive possibilities was one of the main dimensions of the counselling. This approach however, was practiced in a very sensitive and cautious way,

particularly when the young person found him or herself in circumstances hallmarked by severe psychosocial problems that had lasted for years. By listening carefully and pointing to differences between past and present, the counsellor tried to introduce a new perspective that had the potential to break through a repetitive story.

Typically, the counsellor was the one who initiated an outlook on the future. Overall, the adolescents were so occupied with their problematic situation that the counsellor's ability of passing on trust in the possibility of a better situation in the future, seemed to be crucial. One way of practicing this was to give attention to positive and active elements in the young person's narrative. This was demonstrated in the case of Shazia, a 17 year old girl who, during her conversations with the counsellor, told about severe problems at home resulting in difficulties in concentrating on school and consequently in school absence. The counsellor's approach to Shazia was to help her to remain in school. How she (the counsellor) connected to active elements in the girl's narrative and introduced future possibilities emerged in the following dialogue:

Counsellor: What do you think about the next year then?

Shazia: Actually, I don't know if I can take time off or not, but I will thoroughly consider it now. Because I'm thinking if I take time off I won't bother to just stay at home. It could make you feel really bad. It could even make you ill. So I actually thought about attending a designer course next year. I'll see if I can manage that. If I can't, I'll take time off.

Counsellor: What would it take for you to be able to pull this off?

Shazia: ...I think I will have a go at making new friends next year.

The counsellor's question seems to encourage Shazia to think about what she can pursue. She points to a direction and also provides space for the girl to find her own way. By connecting to the girl's own ideas and also encouraging her to reflect on how to reach her goal, she initiates an outlook on possible positive changes in the future.

Discussion

The practitioners' interventions were guided by the overall goal of engaging the adolescents in problem solving processes. Taking this as a point of departure, the most outstanding result from the study was the manner in which the counsellors balanced their interventions with attentiveness to how they could connect to the adolescents' own ideas and engagement. This approach seemed to facilitate the young person's active involvement during the sessions. These findings support other studies conducted in school based health services. Davis (18), contends that active listening and attentiveness to individual needs is the single most important factor when counselling adolescents. Johansson & Ehnfors (19), noticed in their study that attentiveness was related to the school nurses' ability to listen to what the student told without '*jumping immediately into a new subject*' (p. 12). Borup (8) found that a good dialogue was attached to the nurse's authenticity, to her reflective openness and also attentiveness to the pupils' competencies. The nurse's awareness of the uniqueness of each case and also her readiness to let the need of the pupil guide the consultations was essential regarding the pupils' readiness to make use of the counselling.

Other key dimensions of the construct *intentional attentiveness* was related to how the counsellors' interventions were guided by intentions of structuring their stories, encouraging their self expression, helping them to remain in school and initiating an outlook on the future. Taking a developmentally oriented perspective as a point of departure, it is important to face that adolescents need to find their own direction in life, and simultaneously are in need of adult support and guidance. Larson (20) states that the most important question in youth counselling therefore is: when to push and when to hold back. This study demonstrates how finely attuned the interaction between the young person and the counsellor might be in this sense.

Counselling practice that aims to involve the adolescent in problem solving processes is a process of co-construction. Problems do not present themselves as given. They are constructed from materials of very complex and problematic situations which are puzzling, troubling and uncertain (9). Involving adolescents in co-constructing work calls

for sensitivity and finely attuned interventions that adapt to the uniqueness of each case where the practitioners balance their activity with the young persons own efforts to handle their difficulties.

To approach youth in ways that enhance their engagement and activity can also be recognized in current counselling practices such as solution-focused therapy and positive youth development therapy (21;22). Because these models focus on strengths of the adolescents and also on how to support them in constructing a preferred future for themselves, one might argue that utilizing one of these models in school health services is pertinent. On the other hand, the application of one definite counselling model can threaten the counsellor's flexibility and attentiveness to uniqueness of each case because she will look for cues to fit into one particular theoretical model (9). The adolescents' perspectives might easily get lost, and hence the possibility to involve him or her in problem-solving processes. Because the situations counsellors in school health services must deal with are characterized by high degree of variety and different degrees of complexity, particular demands are laid upon them to approach the young person in an open and non- instrumental way. Counselling models that build upon active involvement of the adolescents should therefore inform but not be fully adapted as working models in school health services.

McLeod (23) contends that counselling practice is not only influenced by the interaction itself, but also by the context within which it is performed. School health services are located at the point of intersection between two powerful organizational systems: the public health system and the education system. The intention of supporting adolescents in danger of school drop out, appear to have a distinct meaning related to being part of the school environment. Since school health services operate within the legislation of public health, they provide a supportive relationship of another kind than professionals within the educational system. Confidentiality, in particular, has been highlighted as one of the decisive condition for school health counselling (24; 25; 26; 27).

Methodological reflections

The main task of school health services is to offer available, helping relationships within the context of health promotion. Another key task is to assess the need of referral to more specialized services. The focus of this study was how the consultations could be practiced in ways that enhanced the adolescents own capacities to cope with difficult life situations. Some adolescents presented severe mental health problems which activated the question of referral to specialty mental health services. This was an important issue that the counsellors paid attention to during the consultations. Morrow-Bradley & Elliott (28), claim that in qualitative counselling research it is always a danger to overlook important conditions in an effort to make the study more manageable. We denote that assessments of referral to specialty health services should be analyzed more in-depth than was possible within the frames of this study. Another limitation can be related to the empirical grounding of the study. According to the claim of concept saturation, the concept *intentional attentiveness* might have been more developed or saturated. However, constraints related to time and access to consultations influenced sampling. In spite of these limitations we consider that 13 consultations is sufficient to provide a meaningful analysis. Moreover, in line with pragmatic validation proposed by Steinar Kvale (29), the concept *intentional attentiveness* and the dimensions related to this concept, can be viewed as knowledge claims that should be further developed by the practitioners themselves.

Conclusion

Many young people today need professional support in difficult life situations. As a part of public health system and simultaneously situated in schools, school health services have unique possibilities to provide available health care to young people. Counselling that gives priority to the adolescents' active participation in change processes adapts well to the goal of health promotion. We therefore suggest that an approach characterized by *intentional attentiveness* should be further elaborated in the development of a framework for youth counselling within this setting.

Funding

The study is funded by the institutions: Health and Rehabilitation and Centre for Child and Adolescent Mental Health, Eastern and Southern Norway.

Accepted for publication 16.07.2010

Kari Langaard, clinical social worker/cand.polit., Nic Waals Institutt, Lovisenberg
Diakonale Hospital

Ruth Toverud, PhD, director, research methods, Centre for Child and Adolescent Mental
Health, Eastern and Southern Norway

Correspondence: Kari Langaard, Nic Waals Institutt, Pb. 43, 0801 Oslo, Norway. Tel:
+47-22028845. E-mail: kari.langaard@lds.no

References

- (1) Samargia LA, Saewyc EM, Elliott BA. Foregone mental health care and self-reported access barriers among adolescents. *J Sch Nurs* 2006 Feb;22(1):17-24.
- (2) Brener ND, Wheeler L, Wolfe LC, Vernon-Smilely M, Caldart-Olson L. Health services: results from the School Health Policies and Programs Study 2006. *J Sch Health* 2007 Oct;77(8):464-85.
- (3) Costello-Wells B, McFarland L, Reed J, Walton K. School-based mental health clinics. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs* 2003 Apr;16(2):60-70.
- (4) Weist MD, Proescher E, Prodent C, Ambrose MG, Waxman RP. Mental health, health, and education staff working together in schools. *Child Adolesc Psychiatric Clin N Am* 2001;10(1):33-43.
- (5) The Norwegian Government's Strategic Plan. The government's strategic plan for child and adolescents mental health [-sammen om psykisk helse-: regjeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse]. [Oslo]: Helsedepartementet; 2003.
- (6) Edwards OW, Mumford VE, Serra-Roldan R. A positive youth development model for students considered at-risk. *Sch Psychol Int* 2007 Feb;28(1):29-45.
- (7) Mandel LA, Qazilbash J. Youth voices as change agents: moving beyond the medical model in school-based health center practice. *J Sch Health* 2005 Sep;75(7):239-42.

- (8) Borup IK. The school health nurse's assessment of a successful health dialogue. *Health & Social Care in the Community* 2002 Jan;10(1):10-9.
- (9) Schön DA. *The reflective practitioner: how professionals think in action*. New York: Basic Books; 1983.
- (10) Langaard K., Toverud R. "Caring involvement" a core concept in youth counselling in school health services. *Int J Qual Stud Health Well-Being*. 2009 Aug;4(4):220-227.
- (11) Patton MQ. *Qualitative evaluation and research methods*. 2nd ed. Newbury Park: Sage; 1990.
- (12) Hallberg LRM. The "core category" of grounded theory: Making constant comparisons. *Int J Qual Stud Health Well-Being* 2006 Sep;1(3):141-8.
- (13) Charmaz K. *Constructing grounded theory: a practical guide through qualitative analysis*. London: Sage; 2006.
- (14) Strauss AL, Corbin JM. *Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory*. Thousand Oaks, Calif.: Sage Publications; 1998.
- (15) Charmaz, Henwood K. Grounded theory. In: Willig C, Stainton-Rogers W, editors. *The SAGE Handbook of qualitative research in psychology*. London: Sage; 2008. p. 240-59.
- (16) Stiles WB. Quality control in qualitative research. *Clin Psychol Rev* 1993;13(6):593-618.
- (17) Hill CE, Thompson BJ, Williams EN. A guide to conducting consensual qualitative research. *Couns Psycho* 1997 Oct;25(4):517-72.
- (18) Davis TK. Beyond the physical examination: the nurse practitioner's role in adolescent risk reduction and resiliency building in a school-based health center. *Nurs Clin of North Am* 2005 Dec;40(4):649-60.
- (19) Johansson A, Ehnfors M. 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.
- (20) Larson R. Positive youth development, willful adolescents, and mentoring. *J Community Psychol* 2006 Nov;34(6):677-89.
- (21) O'Connell B. *Solution-focused therapy*. London: Sage; 1998.
- (22) Lerner RM, Almerigi JB, Theokas C, Lerner JV. Positive Youth Development A View of the Issues. *J Early Adolesc* 2005 Feb;25(1):10-6.

- (23) McLeod J, Machin L. The context of counselling: A neglected dimension of training, research and practice. *Br J Guid Couns* 1998 Aug;26(3):325-36.
- (24) Webb V, Bannor B. Collaborating with key school partners: triumphs and challenges. *Nurs Clin North Am* 2005 Dec;40(4):689-97.
- (25) Lightfoot J, Bines W. Working to keep school children healthy: the complementary roles of school staff and school nurses. *J Public Health Med* 2000 Mar;22(1):74-80.
- (26) Langaard K. Young people, mental health and professional counselling [Ungdom, psykisk helse og profesjonell hjelp]. *Journal of Youth Studies [Tidsskrift for ungdomsforskning]* 2006;6(2):25-40.
- (27) Lines D. *Brief counselling in schools: working with young people from 11 to 18*. London: SAGE Publications; 2002.
- (28) Morrow-Bradley C, Elliott R. Utilization of psychotherapy research by practicing psychotherapists. *Am Psychol* 1986 Feb;41(2):188-97.
- (29) Kvale, S. *Interviews: an introduction to qualitative research interviewing*. London: SAGE publications;1996.

