

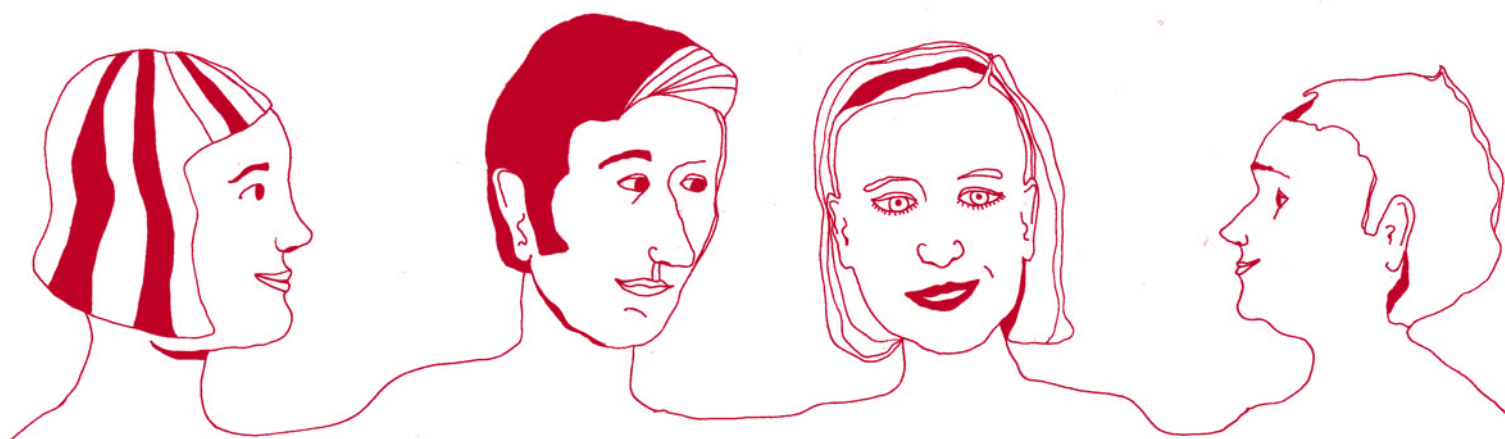
Tillitsfulle stemmer  
Unges møte med helsestasjonen

Greta Jentoft

Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap

Master of Public Health

MPH 2005:11







## Master of Public Health

– Uppsats –

Uppsatsens titel och undertitel				
Tillitsfulle stemmer. Unges møte med helsestasjonen.				
Författare				
Greta Jentoft				
Författarens befattning och adress				
Ledende helsesøster, Forebyggende helsetjeneste, Tromsø kommune, Rådhuset, 9299 Tromsø				
Datum då oppsatsen godkändes			Handledare NHV/extern	
30 mars 2005			Universitetslektor Ina Borup	
Antal sider	Språk – oppsats	Språk – sammanfattning	ISSN-nummer	ISBN-nummer
60	Norsk	Norsk/engelsk	1104-5701	91-7997-098-2

### Sammendrag

Helsestasjon for ungdom er et av flere tiltak innenfor det lokale folkehelsearbeidet hvor det gis en mulighet til å styrke unges mestringsevne og helseatferd i ungdomstiden og senere i voksen alder. Ungdom er framtidens brukere av den generelle helsetjenesten. De erfaringer unge gjør i sine første møter med helsepersonell vil ha betydning for deres nåværende og senere bruk av helsetjenesten.

Hensikten med denne studien var å få en bedre forståelse og innsikt i hva ungdom opplever i møtet og relasjonen med helsepersonell og helsestasjonen som system. Undersøkelsen gikk ut på å finne ut hvilke forventninger, erfaringer og opplevelser ungdom hadde til helsestasjonen i forhold til sine helsebehov. Datamaterialet er basert på intervju med ni ungdommer av begge kjønn i aldersgruppen 16-20 år rekruttert fra forskjellige helsestasjoner i Nordland og Troms fylke. Intervjuene i studien var semistrukturerte slik at informantene hadde muligheter til å fortelle beretninger. Metoden Grounded Theory ble brukt som analytisk tilnærming.

Resultatet av studien viste at unge opplever en umiddelbar tillit til personell og institusjonen helsestasjon for ungdom. Når så ungdom møtte helsepersonell med gode kommunikasjonsferdigheter som ivaretok deres behov for konfidensialitet og hadde tro på at unge er i stand til å gjøre gode helsevalg for seg selv, ga dette en sirkeeffekt med en fornyet eller bekreftet tillit til personell og institusjon. Tillit ble det sentrale analytiske fokuset i denne studien. Tillit er en forutsetning for å skape gode prosesser, der ungdom ikke bare ender opp med en mer tillitsfull relasjon til helsevesenet, men også med en større tillit til egne holdninger og vurderinger. Tillit inngår således som et sentralt element i en empowerment prosess hvor resultatet etter gode møter kunne bli mestring og økt selvfølelse og selvtilit. I motsatt fall ble møter disempowering og førte til tillitssvekkelse og redusert bruk av helsetjenesten. Studien peker også på fenomenet tillitssmitte, hvor den enkelte ungdom bringer med seg erfaringer fra helsestasjonen ut i vennekretsen og ungdomsmiljøet. Ungdom overtar den enes erfaring som igjen blir til den andres forventning.

Helsepersonell bør tilbys relevante etterutdanningsprogram for å sikre en kunnskapsbasert praksis hvor noe av innholdet i slike etterutdanningsprogram bør være å øke kompetansen om kommunikasjonens betydning i møtet med ungdom. Det gjelder for fagpersonell å forstå tillitens ”natur”, hvordan den oppstår, vedlikeholdes, og hvor sårbar den kan være. Uten at denne grunnleggende tillit er til stede, vil en vanskelig kunne lykkes i folkehelsearbeidet.

### Nøkkelord

ungdom, helsestasjon for ungdom, møter, kommunikasjon, tillit, empowerment, Grounded Theory



## Master of Public Health

– Essay –

Title and subtitle of the essay				
Trustful voices. Youths meeting with health clinics for adolescents.				
Author				
Greta Jentoft				
Author's position and address				
Public health nurse, Forebyggende helsetjeneste, Tromsø kommune, Rådhuset, 9299 Tromsø				
Date of approval			Supervisor NHV/External	
March 30, 2005			Assistant professor Ina Borup	
No of pages	Language – essay	Language – abstract	ISSN-no	ISBN-no
60	Norwegian	Norwegian/English	1104-5701	91-7997-098-2

### Abstract

Health clinics for adolescents are one of several services within the local public health. Such clinics may help adolescent to achieve control over the factors which affect their lives and their health behavior now and in the future. Adolescents are the next generation users of the general health services. The first experiences in their interactions with health professionals are of significance regarding later use of health services.

The purpose of this study was to increase our understanding of the relations between adolescents, health personnel and the health clinic as a system. The study tried to find out adolescents expectations, experiences and perception when they attended the service. Data was collected from youth of both sexes between 16-20 years who called on adolescent health clinics in two counties in northern Norway. The interviews were semi-structured giving the informants the possibility to do narratives. The interviews were analyzed in the tradition of grounded theory.

The results of the study showed that adolescents perceived spontaneous trust in the health clinics and health professionals. Effective communication skills, assuring confidentiality and confidence in the youth's ability to make good decisions regarding their own health, generated renewed trust in professionals and the institution. Trust became the analytic focus in this study. Trust is a key element in the empowerment process which may result in adolescents increased control and self-confidence. If not, it may have dis-empowering effects and thus lead to reduced trust and less use of health services. The study also points out the phenomena of trust as "catching", as one adolescent brings his and hers experiences to their group of friends. In this way, the perceptions of trust/mistrust fluctuate between and among the youth; one persons experience will be another's expectation.

Health professionals should be given access to relevant postgraduate courses in order to secure evidence based practice where the content of education should increase their attention about communication when they meet with young people in health services. Professionals have to understand the nature of trust, how it is generated, maintained and how easily it can be diminished. Without trust present, the public health work will suffer.

### Key words

adolescent, adolescent health services, communication, trust, empowerment, Grounded Theory

<b>FORORD</b>	3
<b>1 INTRODUKSJON</b>	4
1.1 Helsestasjon for ungdom – en helsetjeneste i utvikling.....	4
1.2 Helsestasjon for ungdom i et folkehelseperspektiv.....	4
1.3 Formål med studien.....	5
1.4 Problemstilling.....	6
1.5 Disposisjon av oppgaven .....	6
<b>2 UNGDOM OG HELSE</b>	7
2.1 Ungdomstiden .....	7
2.2 Ungdoms helse .....	8
2.2.1 Brukere av helsestasjonen .....	10
2.2.2 Områder som presenteres av brukerne.....	10
2.2.3 Kjønnsperspektiv .....	12
2.3 Unges møte med helsestasjon for ungdom .....	12
2.3.1 Systembetingelser .....	12
2.3.2 Møte med helsepersonell .....	13
2.3.3 Kommunikasjon .....	14
2.3.4 Tillitsoppbygging .....	17
2.4 Empowerment i helsestasjon for ungdom .....	17
2.5 Salutogenese .....	18
<b>3 METODE</b>	19
3.1 Valg av metode .....	19
3.2 Grounded theory .....	19
3.3 Datainnsamling .....	21
3.4 Det kvalitative forskningsintervju .....	21
3.5 Generaliserbarhet, reliabilitet og validitet .....	22
3.6 Etske overveielser.....	23
3.7 Analyse .....	24
<b>4 RESULTAT</b>	24
4.1 Helsestasjonen et trygt sted .....	26
4.2 Forventninger til fagpersonell .....	26
4.3 Steget ut i det ukjente .....	27
4.4 Enkle og vanskelige helsebehov .....	28
4.5 Når man skal gå dit.....	28
4.6 Mens man venter.....	29
4.7 Når man er kommet inn.....	30
4.7.1 Inspirert til å hjelpe seg selv .....	30
4.7.2 Det disharmoniske møtet .....	31
4.8 Når man har vært der.....	32
4.9 Når noe blir uforståelig.....	33
4.10 Forventning til helsestasjon som system .....	34
4.11 Møtet med helsepersonell.....	35
4.12 Tillitsprosessen.....	36

<b>5</b>	<b>DISKUSJON</b>	38
5.1	Metodekritikk .....	38
5.2	Resultatdiskusjon .....	39
5.2.1	Umiddelbar tillit til helsestasjonen.....	39
5.2.2	Lav sosial kompetanse på bruk av helsetjenester....	41
5.2.3	Nærhet med distanse .....	43
5.2.4	Mestring eller disempowering .....	44
5.2.5	Tillitssmitte .....	48
5.3	Oppsummering .....	50
<b>6</b>	<b>KONKLUSJON</b>	51
6.1	Tillit fra, gir tillit til .....	51
6.2	Praktiske implikasjoner .....	52
	<b>REFERANSER</b>	54

## LISTE OVER FIGURER

<i>Figur 1.</i>	Analyseprosessen .....	side	25
<i>Figur 2.</i>	Tillitsprosessmodell unge i møte med helsestasjon for ungdom.....	side	37
<i>Figur 3.</i>	Viser hvordan graden av kommunikativt rom kan ha innvirkning på resultatet av møtet og på tillitsutvikling/tillitssvekkelse.....	side	48
<i>Figur 4.</i>	Mulige konsekvenser for unge i møte med helsepersonell når møtene får forskjellig karakter i innhold avhengig av samhandlingsprosessen .....	side	49

## FORORD

Mitt første møte med fagområdet folkehelse var ved Statens institutt for folkehelse i Oslo hvor jeg tok "Folkehelsevitenskap for helsesøstre og sykepleiere" 1998. Jeg har videreført studiene ved Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap, Göteborg og mottok Diplom i folkehelsevitenskap i mars 2003. Plan for mastergradsoppgave ble godkjent november 2002. Jeg har gjennomført studiene parallelt med mitt arbeid som helsesøster i Tromsø kommune. Jeg vil takke min arbeidsgiver og spesielt min fagsjef og enhetsleder Liv Larsen i Tromsø kommune for å ha gitt meg denne muligheten. Uten hennes støtte ville dette studiet og denne oppgaven aldri ha blitt til.

Jeg skylder alle de unge informantene som var villige til å delta i denne studien en stor takk! Med deres hjelp har jeg fått en ny forståelse og kunnskap på et viktig område av min praksis. Likeså vil jeg takke ansatte ved Åpen helsestasjon for ungdom i Narvik og helsestasjon for ungdom i Tromsø som la forhold til rette for å få gjennomført intervjuer av utvalgte unge.

Jeg vil også takke min veileder Ina Borup for hennes støtte og omsorg. Hennes grundige kommentarer har fått meg videre i den analytiske prosessen og tro på at jeg kunne lykkes.

Takk også til mine lærere og medstudenter i "Workshop i Kvalitative metoder", NHV gjennom de siste to årene. Her møtte jeg et inspirerende og lærerikt miljø som ble betydningsfullt for meg for å igangsette og fullføre en kvalitativ studie.

Jeg er til sist ikke minst takknemlig for oppmuntring og tålmodighet fra familien, ikke minst fra min ektemann Svein. Han har lest, kommentert og bidratt med nyttige innspill på manuset spesielt i slutfasen.

Tromsø, februar 2005

Greta Jentoft

# 1 INTRODUKSJON

## 1.1 Helsestasjon for ungdom – en nykommer i helsetjenesten

Helsestasjon for ungdom er en relativ ny helsetjeneste i Norden. På begynnelsen av nittitallet eksisterte tilbudet i Norge i 12 kommuner, mens det i dag er etablert nærmere 300 helsestasjoner. Danmark har prevensjonskontor i noen fylker drevet av fylkeskommunen. For øvrig foregår veiledning og rådgivning til unge hos fastlegen. I Sverige ble Borlänge en modell for andre ved å starte opp ungdomsmottak på midten av syttitallet i forbindelse med den nye abortloven som da ble vedtatt. Motivet var å redusere antallet tenåringsaborter gjennom en lett tilgjengelig rådgivningstjeneste (Bak et al.1993). De første helsestasjoner i Norge ble mer eller mindre ”prevensjonskontor”. Selv om det er fortsatt et av de primære mål i tillegg til det å forebygge seksuelt overførbare sykdommer, så har man sett behovet for et mer utvidet tilbud. Prevensjon er ofte bare inngangsbilletten til å ta opp mange flere og sammensatte forhold. Det viste seg at når ungdom først kom til ungdomsmottak og helsestasjon for ungdom, så trengte de råd, veiledning, støtte i ulike spørsmål og problemstillinger som omhandlet helse og livsstil. Tilbudet måtte derfor omfatte mer enn prevensjon.

Det er flere grunner til den raske utviklingen i oppbygging av helsestasjoner for ungdom. Politiske føringer gjennom handlingsplaner for å forebygge uønskede svangerskap og abort og opptrappingsplan for psykisk helse samt andre statlige stimuleringsmidler har vektlagt økt innsats overfor ungdom. Ungdomsgruppen har blitt større og mer synlig gjennom forskning på forekomst av helseproblemer. Samtidig har unge selv i møte med ulike fagmiljøer; blant annet i skolehelsetjenesten, påpekt behovet for en egen helsetjeneste.

I ”*Ottawa-charteret om helsefremmende arbeid*” er det et sentralt prinsipp at helsetjenesten skal tilpasses brukerne (Helsedirektoratet 1987). Ungdom opplever det ofte vanskelig å søke hjelp innenfor det tradisjonelle helsevesen (Statens helsetilsyn 1998a). Ungdom uttrykker behov for og ønsker primært å benytte helsestasjon for ungdom (Sintef Unimed 2001). Ungdom trenger et tilrettelagt tilbud for deres behov og på deres premisser, blant annet ved å være gratis og ha en lett tilgjengelighet (Kelly 1998).

## 1.2 Helsestasjon for ungdom i et folkehelseperspektiv

Helsestasjon for ungdom er et av flere tiltak til ungdom innen det lokale folkehelsearbeidet (Engfeldt 2003). I rapporten *Programming for Adolescent Health and Development* (WHO 1999), vektlegges satsing på ungdoms helse og utvikling fordi framtidig økonomisk og generell utvikling er avhengig av at befolkningen både er velutdannet, sunne og økonomisk produktive. Av den grunn er det viktig å bedre de grunnleggende vilkårene for å fremme ungdoms helse gjennom en innsats fra nasjonale og lokale myndigheter, organisasjoner og familier. Det betyr at ungdom må sikres tilgang på informasjon, ha muligheter for å utvikle personlige ferdigheter og at de kan motta helsetjenester i et miljø som er støttende for deres helse og utvikling.



I et folkehelseperspektiv vil det være samfunnsøkonomisk kostnadsbesparende å etablere lett tilgjengelige tjenestetilbud som kan sette inn tiltak tidlig før langt mer kostnadskrevende innsats er nødvendig. Helsefremmende tiltak som gjør ungdom bevisst på hvilke forhold som påvirker egen helse og hvordan disse forholdene kan endres, vil medføre at en også i voksen alder mer effektivt kan oppnå kontroll over sin helse. En økt mestringsevne og overskudd av livsglede og energi i ungdomsårene, er viktige ressurser for framtidig helse (Klepp et al.1997). Ungdom viser at de tar ansvar når de selv tar initiativ til å oppsøke helsestasjon for ungdom og definerer sine egne behov for hjelp og støtte. Det gir ungdom bedre forutsetninger for å forstå, se sammenhenger og å handle i forhold til de faktorer som har innvirkning på deres helse og trivsel. I helsestasjonen gis det en mulighet til å styrke ungdoms mestringsevne og helseatferd gjennom ungdomstiden og senere i voksen alder (SHD 2003).

Dette tilsier at det eksisterer et behov for forebyggende og helsefremmende tiltak overfor ungdom, og at ungdom trenger et helsetilbud. Det er viktig å møte målgruppen der den er (Sverdrup & Lunde 2000). Det er også viktig å finne tilnæringsmåter som treffer og finne ut hvordan ungdom kan involveres og aktiviseres. Forutsetningen er at det er et lavterskeltilbud som ungdom kan og vil gjøre seg nytte av. Helsestasjoner spesielt beregnet på ungdom har nettopp blitt etablert i flere nordiske land de senere år for å møte dette behovet. Men det kan se ut som om det ikke er noen gitt modell for en ungdomsrådgivning i noen av de nordiske land. De fleste har fortsatt et sterkt fokus på prevensjonsveiledning for å forebygge aborter og uønskede svangerskap (Kelly 1998).

I et folkehelseperspektiv er ungdom en viktig målgruppe. Forskning viser at det er nødvendig å forsterke innsatsen blant ungdom for å bidra til en positiv helsemessig effekt (Dnlf 2001). Hvilken helserelatert atferd ungdom utvikler kan få konsekvenser både for kroppslig og psykisk helse. Kelly (1998) påpeker viktigheten av å følge utviklingen ved epidemiologiske studier for å kunne motvirke ungdoms helserisiko.

### **1.3 Formål med studien**

I ungdomsårene legges grunnlaget for helsen senere i livet. Ungdom er også framtidens brukere av den generelle helsetjenesten. De erfaringer unge gjør i sine første møter med helsepersonell vil ha betydning for deres nåværende og senere bruk av helsetjenesten. Det er derfor viktig å skaffe kunnskap om hvordan et så sentralt virkemiddel som helsestasjon virker overfor ungdom.

Selv om det synes klart at helsetjenesten må være tilpasset brukerens alder for å være effektiv, kan det være lite kunnskap om hva ungdom selv mener er viktig i møte med helsevesenet. Det kan være et tydelig gap mellom ungdoms og fagfolks meninger om hva som er betydningsfullt i helsetjenesten for ungdom (Jacobsen et al. 2001). Målgruppen må selv få anledning til å sette premissene og se hva *de* selv trenger, ikke hva *vi* som fagfolk trenger (Sverdrup & Lunde 2000).

Formålet med min studie er

- å få en bedre forståelse og innsikt i hva ungdom opplever i møtet og relasjonen med helsepersonell og helsestasjonen som system
- å gi helsepersonell et bedre grunnlag for å ivareta ungdom som brukere av primærhelsetjenester
- å bidra med kunnskap som kan styrke kvaliteten på eksisterende helsestasjoner for ungdom

#### **1.4 Problemstilling**

Hvilke forventninger, erfaringer og opplevelser har unge jenter og gutter til helsestasjonen for ungdom i forhold til deres helsebehov?

For det første; hvilke forventninger har de unge før de tar kontakt, og hva går disse forventningene ut på? Hvilke problemer, behov, erfaringer og sammenhenger springer disse forventningene ut av? En antagelse er at forventninger blir til i ungdomsmiljøene og at relasjonene mellom ungdom, herunder andres erfaringer med helsestasjonen, er av sentral betydning. Den enes erfaring blir således den andres forventning.

For det andre; hvilke erfaringer formidler ungdom om sitt møte med helsestasjonen? Får de svar på sine spørsmål og hjelp til sine problemer? Hvilke refleksjoner gjorde de seg om møtet med helsepersonell? Fikk de kunnskaper som gjorde at forventningene ble mer enn oppfylt? En må gå ut fra at kunnskapene de hadde om helsestasjonen på forhånd vil ha innvirkning på hvilken opplevelse de fikk.

For det tredje; på hvilken måte opplever de å bli mottatt? Blir det med det ene besøket, og i tilfelle hvorfor?

#### **1.5 Disposisjon av oppgaven**

Helsestasjon for ungdom er altså en ”ung” organisasjon og kunnskapen er liten med hensyn til hva ungdom selv kan formidle om møter med helsepersonell i denne organisasjonen. Analysefokus rettes mot relasjonen mellom helsepersonell og ungdom.

Opgaven er delt opp i seks kapitler. Kapittel 1 er en introduksjon til og formål med oppgaven. I kapittel 2 tar jeg opp teoretiske områder som danner grunnlag for å kunne si noe om ungdom og deres bruk av helsetjenester. Ungdomstiden og unges helse er sentrale punkter som gjennomgås. Her gis et bilde av hvem det er som er brukere av helsestasjonen og hvilke behov eller områder som ungdom vanligvis søker helsestasjonen for.

Helsepersonells kommunikative ferdigheter skisseres, likeså hva som skal til for å skape tiltro og tillit i relasjonen til helsepersonell og deres videre ivaretagelse av denne. På

slutten av kapitlet lanseres perspektiv på empowerment og salutogen tenkning og hvordan disse prinsippene kan influere møtet med ungdom.

Kapittel 3 omhandler valg av metode til problemstillingen. Studien bruker en kvalitativ tilnærming med intervju av ungdom. Kapitlet beskriver videre hvordan datainnsamling og analysen er gjort. Bruken av det kvalitative forskningsintervju drøftes og generaliserbarheten diskuteres.

I kapittel 4 gjennomgås studiens resultater. Her forsøker jeg å få fram de unges forventninger, opplevelser og erfaringer gjennom deres egne ord og sitater. I det påfølgende kapittel 5 drøftes metode og resultatene opp mot valgt teori og modeller som framkommer i resultatpresentasjonen.

Kapittel 6 gir en oppsummering av resultater og vurdering av hvilke implikasjoner resultatene kan ha for den videre praksis og forståelse av ungdoms møte med helsestasjon for ungdom.

## **2 UNGDOM OG HELSE**

### **2.1 Ungdomstiden**

Ungdomstiden betegner perioden mellom barndom og det voksne liv og omfatter aldersgruppen fra 10-20 år (Kelly 1998). Den starter med synlige pubertetstegn og avsluttes når en er klar for voksenlivet, ca. 20-25 år. Kelly (1998) beskriver og deler inn ungdommens psykologiske utvikling i tre stadier:

- Tidlig ungdomstid, jenter 10-13 år, gutter 11-14 år
- Mellom ungdomstid, jenter 13-17 år, gutter 14-18 år
- Sen ungdomstid, fra 17-18 år og oppover mot 20-årsalderen

Ungdom i tidlig ungdomstid forholder seg mest konkret til hvordan ting henger sammen, men begynner etter hvert å utvikle abstrakte måter å tenke på. De kroppslige endringer og den kognitive utviklingen fører til økt oppmerksomhet over kroppens signaler og utviklingen av sin seksualitet. Den psykologiske frigjøring fra familien begynner.

I mellom-ungdomstid videreutvikles den kognitive forståelsen og unge får mer fokus på egen identitet. Å prøve ut sin seksuelle rolle er en viktig del av identitetsutviklingen. Tilknytningen til venner forsterkes, mens frigjøringen fra familien fortsetter.

Perioden sen-ungdomstid preges blant annet av abstrakt tenkning på voksent nivå, god tidsoppfatning, økt trygghet på egen identitet, evne til å kunne ta realistiske valg og diskusjon om fremtidsønsker og yrkesvalg. Andre nære relasjoner utenfor familien utvikles mens venner fortsatt har stor betydning, men ikke på samme nivå som tidligere. I følge Kelly (1998) er det i denne perioden ungdom bestemmer seg for livsstil, har evne til å vurdere risiko og tenke konsekvenser av sine handlinger.

Overgangene mellom stadiene er glidende og innebærer store individuelle forskjeller. Fysisk, psykisk og sosial utvikling og modning er stor i disse årene. Dette vil påvirke evnen til og interessen for å ivareta egen helse. Ungdom er svært forskjellige, og kan nå ulike utviklingstrinn i forskjellige aldre. Den biologiske utviklingen behøver ikke å være sammenfallende med den psykologiske utviklingen. Unge skal skaffe seg nye erfaringer, prøve ut forhold og aktiviteter, videreutvikle relasjoner og egen identitet. Ungdom arbeider med å bli hele mennesker, bli akseptert og respektert for den de er.

For mange unge blir eksperimentering betraktet som viktig i livet, ta sjanser, oppleve noe nytt. Det gir spenning og en følelse av å leve livet fullt ut (Kelly 1998). Det kan være at unge har liten kunnskap om og forståelse for konsekvensene av sin eksperimentering i tillegg til sin oppfatning av å være usårbare (Klepp et al. 1995). Unge med kamerater med risikoatferd utsetter seg lett for tilsvarende risiko.

Men unge har på samme vis som risikofaktorer, også beskyttelsesfaktorer så som intelligens, kreativitet, utholdenhet, empati, sosiale kompetanser, evne til problemløsning og impuls kontroll, selvstendighet og optimisme (SOU 1997). Eksterne støttefaktorer som gode relasjoner til familie og venner, sosial støtte, sosioøkonomiske forhold, klare regler og strukturer virker sammen med de individuelle egenskaper gjensidig forsterkende gjennom ungdommens utviklingsprosess (Gjærum et al.1999).

Utviklingstrekk i ungdomskulturen kan få stor innflytelse på unges valg av livsstil og senere helseforhold. Det er i ungdomstiden vanemønstrene legges for videre god eller dårlig helseutvikling. Selv om de fleste unge integrerer mye av den helseinformasjonen som voksenverden formidler, så er det en del unge som gjør ugunstige valg og derved øker risikoen for helseproblemer. Det er spesielt på områdene knyttet til kosthold, mosjon, røyking, rusmidler, seksualitet, ulykker og skader som er av særlig betydning for helsen (Dnlf 2001).

Det er stadig nye valg og problemstillinger og situasjoner som unge må ta stilling til og trene seg på, i tillegg til sine kroppslige endringer og nye måter og tenke på. Det er nå de skal lære å velge, ta ansvar for sine valg og stå ved disse valgene. Mestring er en kompetanse som kan forsterkes og videreutvikles hvis det legges til rette for det (Gjærum et al. 1999). Enhver person og situasjon har i seg en mulighet til å kunne mestre. For at ungdom skal kunne mestre sine forsøk på å løse det som er vanskelig, er følelsen av sammenheng i tilværelsen og en voksen å snakke med, de viktigste faktorene for å kunne utvikle en god psykologisk og sosial kompetanse. Disse henger sammen med andre grunnleggende forutsetninger for psykisk helse og velbefinnende, det at tilværelsen oppfattes som begripelig, håndterbar og meningsfull (Antonovsky 2000).

## **2.2 Ungdoms helse**

Det er en vanlig oppfatning at ungdomsårene er den friskeste perioden i livet med lavt forbruk av helsetjenester (SHD 2000). Dette er riktig i forhold til barn i alderen fra 7 til

12 år (Kelly 1998). Til tross for jevnt over god helse i ungdomstiden sees en urovekkende økning av helseproblemer som gir grunn til bekymring. Ungdomstiden er i liten grad forbundet med alvorligere fysiske sykdommer, men psykosomatiske og mentale plager rapporteres å være utbredte og økende. En sammenligning mellom kjønn viser ifølge Aarø et al. (2001) at det finnes signifikante forskjeller i de fleste tilfeller som ikke er til jentenes fordel. Det er en klar økning i psykosomatiske problemer over tid og mest blant jenter (Aarø et al. 2001).

Spiseforstyrrelser er et helseproblem som i all hovedsak utvikles i ungdomsalderen, og særlig blant unge jenter. Det har vært en foruroligende økning i antall selvmord blant unge som kan tyde på mye skjult depresjon (Aarø et al. 2001). Institutt for allmenntilleggsmedisin ved Universitetet i Oslo la fram de første resultater fra en omfattende undersøkelse blant 7000 ungdommer i alderen 15 til 16 år i Norge. Her angir 40 % av ungdommene ulike helseplager som følge av sorg. For noen unge går disse plagene fort over, mens det for mange varer over år. Også i denne studien påvises kjønnsforskjeller i reaksjonsformer. Bare rundt 5 % av unge med sorg og helseplager har søkt hjelp (Aftenposten 2002; 06.09. *Fire av 10 unge sørger seg syke*). Det er 15-20% av unge som har rapportert at de har problemer som er så vanskelige at det går ut over deres hverdag (Statens helsetilsyn 1998a).

Mye tyder på at det er en hvis stabilitet i helseplager blant ungdom; undersøkelser viser at det er de samme som rapporterer samme plager på et senere tidspunkt (Klepp et al. 1996). Unge som i utgangspunktet har god helse fortsetter å ha det i ungdomstiden, mens en mindre gruppe som utvikler en ugunstig helse og livsstil sannsynligvis vil ha disse med seg videre i livet.

Ungdom har naturlig nok en lav frekvens av kroniske lidelser. Av skoleungdom i en flernasjonalt studie rapporterer 90 % at de føler seg relativt friske. Mange unge sier at de har regelmessig opptreden av symptomer som de behandler med medisiner uten at de mener seg syke. De kan ha plager som hodepine, magesmerter og ryggsmertor uten at de tillegger det å ha dårlig helse (Currie et al. 2000). Også i denne undersøkelsen rapporterer jenter gjennomgående en høyere frekvens av generelle helseproblemer, tilbakevendende smerter og negative følelser enn det som er tilfelle med gutter. Flere undersøkelser viser det samme resultat når ungdom rapporterer om sine helseplager (Wold et al. 2000, Grøholt et al. 2001).

En vanlig plage er hodepine som er ofte knyttet til stress (Kelly 1998). Mesteparten av hverdagen tilbringer ungdom på skolen og i hjemmet. Et stort flertall mener at skolen er bra og at de trives godt i sin klasse (BDF 2001-2002). Et godt forhold til skole og venner er bra for helsen, mens et negativt forhold til skolen og isolasjon fra venner, kan føre til helseproblemer. Skolen kan da representere en helsemessig risikofaktor (Aarø 1997).

De sosiale bestemmelsesfaktorene betyr mye for ungdoms helse og kan være svært forskjellige i vårt samfunn (Wilkinson & Marmot 1998). Mange unge lever under dårlige sosioøkonomiske kår og påvirkes negativt helsemessig av at foreldre er fattige, arbeidsledige og har sin opprinnelse i et ikke-vestlig land. Tre av ti hushold med ikke-

vestlig bakgrunn har en inntekt som er under grensen for lavinntekt (Norges Røde Kors 2001).

I følge Bremberg (1999) finnes ingen annen helserisiko som betyr like mye for dårlig helse under oppvekstårene som sosial status. Ungdom med risiko ut fra sosial ulikhet, burde ha en større tilgang på helsetjenester og kompetanse for å få tilgodesett sine behov (Engfeldt 2003).

### 2.2.1 Brukere av helsestasjonen

I Norge er de fleste ungdommer som oppsøker helsestasjonen i aldersgruppen 17-19 år og majoriteten er jenter (Engfeldt 2003). Av 111 har 73 helsestasjoner en gutteandel som er lavere enn 10 % (Engfeldt 2003). På tross av at mange forhold var blitt gjort for å øke gutteandelen, hadde ikke helsestasjonene lykket i særlig grad. Gutter velger muligens andre kanaler som nettbaserte spørretjenester. Til en nasjonal internett tjeneste kalt Klara Klok, er over 40 % av spørsmålene fra gutter (Ungdomsinformasjonen Nordland 2001). Erfaringen fra denne tjenesten viser at gutter i langt større grad er brukere av internett sammenlignet med andre helsetjenester i kommunene (Engfeldt 2003). Men som Hagelskjær (2004) drøfter i sin studie, kan internettjenester være en inngangsport for gutter til helsestasjon for ungdom. Informasjon på nettet, kan foruten å gi kunnskap, gi anbefalinger om hvor unge kan henvende seg med sin type problemstilling.

### 2.2.2 Områder som presenteres av brukerne

Når ungdom oppsøker helsepersonell så er deres behov for hjelp ofte svært sammensatt (Jentoft 1995). Ungdoms helsebehov er knyttet til noen bestemte områder. Det er noen kjønnsforskjeller i hva som presenteres av helsebehov, men de mest vanlige temaer er sammenfallende for begge kjønn. Det er prevensjon, seksuelt overførbare infeksjoner og seksualitet (Engfeldt 2003). Jenter tar fortsatt mye ansvar for prevensjonsbruken, og mange henvendelser handler om prevensjonsveiledning og utskrivning av resepter på prevensjonsmidler. At hovedmengden av henvendelsene handler om dette, kan skyldes at temaet er naturlig ut fra den gjennomsnittlige debutalder for unge (17,3 for jenter og 18 for gutter). Det kan også skyldes at mange helsestasjoner for ungdom ble etablert på statlige midler for å forebygge uønskede svangerskap og abort og dermed har markedsført seg med dette som hovedtema. De tidligere prevensjonskontorene var også forløpere til dagens helsestasjon for ungdom.

Spørsmål om genitale infeksjoner er vanlig besøksgrunn. I Norge blir ca. 16.000 unge hvert år rammet av klamydiainfeksjon (Aavitsland 2004). Unge mennesker kan reagere negativt på beskjed om å ha pådratt seg en seksuelt overførbart sykdom, og det er blitt vanlig å teste seg i forbindelse med nye partnere. Enklere undersøkelsesmetoder har bidratt til større testfrekvens hos unge, primært hos unge jenter (Aavitsland 2004).

Den somatiske helse er stort sett god og ungdom betegner seg som friske på tross av rapporterte symptomer på helseplager (Currie et al. 2000). De vanligste somatiske spørsmålene på helsestasjonen knytter seg til kropp og utseende; akne, økt hårvekst i ansikt/kropp, utslett, vekt, fysisk utvikling. Luftveisinfeksjoner, allergi, idretts- og småskader samt muskulære smerter sees jevnlig. Når unge med kroniske lidelser tar kontakt med helsestasjonen, er det som regel for å ta opp spørsmål om prevensjon eller andre forhold knyttet til ungdomstiden.

Unge besøker i økende grad helsestasjonen med helseplager som kan være psykosomatiske; sykdomsyttringene gir seg uttrykk i kroppslige plager, men som har sin opprinnelse på det psykiske plan og i psykologiske konflikter (Kelly 1998). Unge som har opplevd alvorlige traumer og vanskelige familieforhold henvender seg til helsetjenesten med fysiske plager (Haavet & Grünfeldt 1997). Ungdom som har opplevd familieoppløsning, har for eksempel mer subjektive plager som rygg- og nakkesmerter og svimmelhet enn unge som ikke har denne erfaringen (Bleidablikk & Meland 1999).

Problem med vekt og ernæring og spiseforstyrrelser kommer opp som tema i forbindelse med utskrivning av resepter på antikonseptia på grunn av redsel for vektøkning, i mindre grad for at de henvender seg til helsestasjonen med det som det primære helsebehov. Personer med spiseforstyrrelser har ofte manglende sykdomsinnsikt og benekter symptomene. Spiseforstyrrelser opptrer gjerne sammen med andre somatiske og psykiatriske sykdommer og lidelser (SHD 2003). Det samme gjelder selvskadning som kan være uttrykk for en rekke psykiske forhold (Skårderud 1999). Selvskadning oppdages gjerne ved prevensjonsveiledningen ved blodtrykksmåling av jenter. Men selvskadning kan også være tilnærmet normalatferd for å oppleve spenning, sjokk eller straffe sine foresatte (Skårderud 1999). Ungdom kan som et motsvar på psykisk stress skade seg selv for å føle fysisk smerte som tar bort oppmerksomheten fra det vonde eller vanskelige (Solvang & Kilsti 2000).

En kartleggingsundersøkelse av helsestasjonene i Norge viser at det er stadig flere unge som søker hjelp i helsestasjonen for psykiske problemer (Engfeldt 2003, SOU 1998). Psykiske plager kan være vanskelig å oppdage fordi de er mer eller mindre uttalte og ikke erkjent av den unge selv. Ikke alltid er fagpersonalet i stand til å fange opp signaler på at noe er galt (SHD 2003). Unge kan presentere generell nedstemthet, tristhet, lav selvfølelse og følelse av stress og skyld. Det har vært en økning i forekomst av lettere depresjoner, mens omfang av alvorlige tilfeller har vært stabilt (Grøholt et al. 2001).

Ikke sjelden tar unge opp ensomhet, sorg, mistriivsel, stress og skoleproblemer (Engfeldt 2003). For ungdom under 20 år er selvmord den vanligste dødsårsak nest etter ulykker (Grøholt et al. 2001) og noen unge i krise oppsøker helsestasjonen ved selvmordstanker. Bakgrunnen kan være sammensatt, men sosiale problemer er overrepresentert i gruppen med selvmordsforsøk (Solvang & Kilsti 2000). Av livsstilsrelaterte temaer er røykekutt og ernæringsspørsmål det vanligste å ta opp for å få hjelp til hos helsepersonell.

### 2.2.3 Kjønnsperspektiv

Jenter benytter helsetjenesten mer enn gutter og tar i større grad kontakt for veiledning og rådgivning i prevensjonsspørsmål. Kjønnforskjell i bruk og symptomatologi er et aspekt i møte med ungdom. En finsk studie blant ungdom i alderen 16-19 år, viste at unge sliter med til dels store problemer. Spesielt ga jenter uttrykk for problemer som tilbaketrekking, somatisering, depressive tanker og mangel på oppmerksomhet (Helstela & Sourander 2001). Blant highschool elever i USA, har man funnet det samme hos jenter, mens gutter rapporterer mer om utagerende atferd (Ostrov et al. 1989).

Engfeldt (2003) i sin studie av helsestasjoner i Norge, fant at det er forskjell i hva gutter og jenter presenterer som bakgrunn for besøket. Det som er minst vanlig for gutter å ta opp er seksuelle overgrep, spiseforstyrrelser, vold, etnisk bakgrunn, homofili og seksuell identitet. Idrettsskader og somatiske problem er vanligst, og i noen grad henvender gutter seg med psykiske vansker som mobbing, selvmordstanker, skoleproblemer, stress og sorg (Engfeldt 2003).

Foruten samliv og seksualitet som hovedområde hos jentene, ble det i denne undersøkelsen oppgitt at jenter dernest tar opp temaer relatert til psykisk helse med ensomhet, sorg, mistriivsel, stress, selvmord og skoleproblemer (Engfeldt 2003).

## 2.3 Unges møte med helsestasjon for ungdom

### 2.3.1 Systembetingelser

Det er av betydning for ungdoms bruk av helsestasjonen hvordan tilbudet er organisert med hensyn til åpningstider, lokaler, personell, innhold i tilbudet og unges medvirkning. Når unge finner at det tradisjonelle helsevesen er vanskelig å oppsøke, kan det ha flere årsaker. Det krever planlegging å bestille time hos sin lege, som betyr noe ventetid. I tillegg vil egenandelen og det økonomiske virke begrensende. I et forsøk med samlivs- og prevensjonsveiledning som ble gjennomført ved helsestasjoner for ungdom i to kommuner i Norge i perioden 1997-2000, ble brukerne spurt om hvorfor de ikke hadde gått til lege for å få prevensjon. Ungdommene oppga at årsakene var at de ikke hadde tillit til sin fastlege, det var for dårlig tilgjengelighet og at de er redd for å miste anonymiteten (Sintef-Unimed 2001).

Det innebærer at det kan finnes grupper av unge som ikke søker legehjelp hvis de opplever hindringer selv om de har et behov for helsehjelp (Engfeldt 2003). For at unge skal kunne bruke en slik tjeneste må det være gratis og lett tilgjengelig, det må ikke nødvendigvis være timebestilling og unges behov for anonymitet må bli ivaretatt (Berthinussen 2002). Beliggenheten til helsestasjonen er avgjørende for besøk slik at stedet kan nås etter skoletid. Ungdom mener også at interiøret har betydning, at det lett blir for kjedelig og sykehusaktig og at de som oftest er innredet for små barn. Brukermedvirkning etterlyses for utsmykning og utforming av lokalene for å føle stolthet og eierskap til stedet (Berthinussen 2002).



Det mest vanlige er at det er helsesøster og lege som arbeider i helsestasjon for ungdom som hovedsakelig organisert i helse- og sosialetaten (Statens helsetilsyn 1998b). Andre yrkesgrupper er jordmødre, barnevernspedagoger, psykologer og psykiatriske sykepleiere. En liten andel er mannlig personale; av 136 helsesøstere er det 1 mann, av 90 leger er det 26 mannlige, av 33 jordmødre er 2 menn (Engfeldt 2003). Det ble ikke funnet at sammensetning av fagpersonellet syntes å ha noe innvirkning på hvilke temaer som ble tatt opp av ungdom (Engfeldt 2003).

Ungdom som oppsøker helsestasjonen kommer dit frivillig og etter eget ønske. Kjennskapet til tilbudet har ungdom fått gjennom plakater, media og andre unges bruk av tjenesten. Det betyr at innholdet i tilbudet må markedsføres og at unge så gjør en vurdering om de vil benytte tjenesten. Andre ungdommers erfaringer gjennom "jungeltelegrafene" er trolig den viktigste grunnen for bruk eller ikke bruk av tilbudet (Hagelskjær 2004). Første møte og det inntrykket en som ungdom sitter igjen med etter besøket, vil nok ha betydning for videre bruk og den prosessen som settes i gang er positiv. En positiv prosess vil føre til at det utvikles et hjelpe- og tillitsforhold som er det grunnleggende elementet i omsorg (Watson 1985).

### 2.3.2 Møte med helsepersonell

Konsultasjonen er et profesjonelt møte mellom en privatperson som en ungdom og en profesjonell yrkesutøver. Det kan innebære en viss skjevhet i forholdet mellom dem. Selv om det er et møte mellom likeverdige mennesker med samme krav til respekt og tillit, så er det også et møte hvor helsepersonell vil være formidleren av kunnskap og inneha autoriteten. Den unge vil nødvendigvis være en mottaker som er noen år yngre. Rolledelingen behøver ikke nødvendigvis å medføre at den unge skal ha en passiv rolle, men innebærer heller at de befinner seg i en situasjon der de har krav på oppmerksomheten (Ravn Olesen 1997). Helsepersonells møte med unge mennesker kan også sees på som et menneske til menneske forhold som skiller det fra et vennskapsforhold (Travelbee 1999). Mens et vennskapsforhold ikke innebærer en forpliktelse til å ivareta den annens hjelpebehov, så vil helsepersonell ha en slik forpliktelse til å ivareta den unges behov for sykepleie. Konsultasjonen vil bli noe asymmetrisk hvor helsepersonen har forpliktelsen til å bygge opp et forhold til den unge, mens ungdommen ikke har en slik forpliktelse. Selv om det legges vekt på koselige fysiske omgivelser og en hyggelig og vennlig tone, er det ikke et sosialt møte, men et møte med en klar hensikt og en del av et offentlig helsetilbud. Ravn Olesen (1997) diskuterer forhold omkring rollen til helsesøster som den "profesjonelle venninne". Det er forskjell på dette å det å "være en venn" i forholdet, noe som advares mot i konsultasjoner med ungdom (Kelly 1998). Rollen "profesjonell venninne" innebærer både et nært og personlig forhold, men også en profesjonell forpliktelse. Dette viser også Ohnstad (1998) til for å få fram den gode samtalen. Hun snakker om at hjelper må være bevisst på hvilken "scene" han/hun befinner seg på og kravet til profesjonalitet hos hjelperen og hjelperens ansvar.

Grunnlaget for tillit legges ved en positiv prosess i møtet mellom hjelper og den unge som i følge Watson (1985) et grunnleggende element i omsorgen. For at det skal skje

må hjelper først bli kjent med den unge og legge et første grunnlag for tillit. Den første fasen vil måtte innebære en umiddelbar tillit til hjelpers kompetanse. Det er avgjørende om hjelper klarer å vise innlevelse og engasjement i den unges situasjon og viser sin interesse for akkurat denne ungdommen hun har foran seg (Morse 1991).

Ethvert møte som er basert på at unge tar direkte kontakt med helsepersonell uten noen form for timebestilling eller henvisninger fra andre, vil ha et element av uforutsigbarhet i seg. Som helsepersonell må en ta det som kommer av behov for kunnskap, problemer eller fortellinger. Det er likevel en rekke områder en skal være spesielt oppmerksom på forut før besøkene. Det innebærer for eksempel å ha god kjennskap til ungdoms utvikling, spesielle informasjonsbehov som unge har, oppdatert kunnskap på henvisningsinstanser etc. Likevel er møtet med den unge et sted hvor en som helsepersonell må være i stand til å fange opp signaler på hva akkurat denne unge vil med møtet på helsestasjonen. Den danske filosofen Søren Kierkegaard sier; *”Hvis det i sandhet skal lykkes at føre et menneske hen til et bestemt sted, må man først passe på at finde ham der hvor han er og begynde der. Det er hemmeligheten i al hjelpekunst”* (Kierkegaard 1848).

Helsepersonellens empati, deres evne til emosjonelle tilknytninger til andre, vil bli synlig gjennom deres interesse og engasjement i møtet med den unge. Watson (1985) mener at helsepersonells evne til å erfare den andres private verden og hans følelser, er helt grunnleggende for å kunne arbeide med andre i et hjelpeforhold. Det betyr at for å kunne utvikle et tillitsfullt og godt møte, vil det stilles krav til helsepersonells personlige egenskaper. En forutsetning for empati, er i følge Travelbee (1999) en personlig og profesjonell erfaring med gruppen som skal veiledes. Det innebærer at helsepersonells evne til å lytte og forstå den unge er betydningsfullt i møte med unge.

Helsepersonell vil alltid bringe noe inn i møtet med en annen. Fortolkning må til for å forstå en annen person. Nettopp fordi det er et annet menneske som ikke er deg selv, må en kunne forstå dette mennesket best mulig. I møtet og i samtalen starter en med noen forutanelser, forståelse hva som skal gjøres, hensikten med kontakten, erfaringer fra tidligere møter med unge. Denne forståelsen som finnes i forkant av møtet og samtalen, kaller Gadamer (1975) for en forforståelse. Vi kan ikke forstå uten å ha fordommer. Fordom må ikke oppfattes som noe negativt, men mer det som finnes i forståelsen vår fra før. I samtalen med unge, settes helsepersonells fordommer på prøve gjennom sin villighet til å endre og revidere dem. Det er med på å skape en åpenhet og frihet i samtalen igjen gjør at den unge føler seg anerkjent, velkommen og verdsatt.

### 2.3.3 Kommunikasjon

Kommunikasjon deles gjerne i hovedkategoriene verbal og ikkeverbal. I verbal kommunikasjon er innholdet språklig formidlet, mens ikkeverbal kommunikasjon innebærer for eksempel kroppsholdning, bevegelser, ansiktsuttrykk, blikk, stemmebruk og berøring. En samtale impliserer både verbale og ikkeverbale elementer på ulike nivåer og med ulik styrke. Kommunikasjonen er et mangeartet samspill, spesielt i den kommunikasjon som finner sted ansikt-til-ansikt. Det kan være forskjellige nivåer

innenfor det rasjonelle og emosjonelle, direkte og indirekte, distanserte og empatiske, kontrollerte og spontane, bevisste og ubevisste (Eide og Eide 1996). Dette sier noe om en samtales kompleksitet hvor aktelsesforhold, tillitsforhold og motivasjonsforhold kommer som en tilleggsfaktor som er vesentlig i kommunikasjon. Hvordan vi klarer å etablere og vedlikeholde alle disse forhold utgjør en viktig del av kommunikasjonsprosessen.

Daamsgaard og Nørrelykke (2000) skiller mellom den private og den profesjonelle samtale. Mens man i den private samtalen har en gjensidig utveksling av tanker og opplevelser, skal man i den profesjonelle samtale stå til rådighet for den andre, være til tjeneste og arbeide etter et aristotelisk prinsipp, hvor samtalen har en begynnelse, et forløp og en avslutning. I en personlig samtale er det ikke nok å være profesjonell, men den skal også være terapeutisk med det som mål å ”ta sin begynnelse der hvor klienten er” (Daamsgaard og Nørrelykke 2000). I en god terapeutisk samtale er både de verbale og de ikkeverbale uttrykk av betydning, og vesentlig at det ene understøtter det andre (Eide og Eide 1996).

Det er en rekke kommunikative ferdigheter som går igjen i de fleste samtaler, ti i alt som blant annet åpning av samtaleferdigheter, reflekteringsferdigheter, spørsmålstillings-ferdigheter, forklaringsferdigheter, ikke-verbale ferdigheter og ikke minst lyttingsferdigheter (Hargie et al. 1994). ”Lytting er en sammensatt og lært menneskelig prosess som består av å oppfatte, tolke, evaluere, lagre og reagere på verbale budskap” (Steil 1991). Hargie et al. (1994) omtaler fire kategorier lytting; innbefattende lytting som er lytting for å gripe en helhet, evaluerende lytting – lytting for å kunne gi kritikk, verdsettende lytting - lytting for å oppleve noen snakke og til sist empatisk lytting som er lytting til noen som trenger å snakke til noen. Konsentrasjon, god språklighet og evne til å plassere det en hører i passende kategorier gjør oss til bedre lyttere (Hargie et al. 1994). Aktiv lytting viser at en hører på det som sies og gjøres i vår kultur med smil, nikk, øyekontakt, kroppsstilling og så videre. Denne ferdigheten bringer fram historiene og hjelper unge videre med det som er møtets hensikt.

Samtalen er helsepersonells viktigste arbeidsredskap (Helseth 2002). Eide og Eide (1996) skisserer tre modeller for god profesjonell helsefaglig kommunikasjon: den lineære som fremhever formidling av budskap mellom hjelper og pasient og den prosessuelle som fremhever selve relasjonen mellom de to. Den tredje modellen kalles den profesjonsorienterte som fremhever ulike aspekter ved det profesjonelle grunnlaget for god kommunikasjon i omsorgsrelasjoner.

En samtale mellom helsepersonell og ungdom kommer ikke umiddelbart i gang uten at visse forutsetninger er tilstede. De fysiske omgivelser har betydning for å få fram ”den gode samtalen” (Ohnstad 1998). I tillegg til lokaler, vil tidsbruk og språkbruk bety noe i situasjonen. Språk skaper forståelse. Samtalen skal være toveis og ha flere hensikter. Ved hjelp av språk kan den unges verden formes og omformes, gi rom for mestring, forståelse, fortellinger om sin egen situasjon. Språket som en bruker i samtalen og utvikler i møtet med den unge er ikke uvesentlig. Språket kan være åpnende og skape trygghet, og det kan være med på å gjøre den unge fremmed og uttilpass. Mange

fremmedord og fagbetegnelser skaper avstand og ikke en relasjon til hvem den unge egentlig er som menneske. I samtalen er det spesielt viktig å bruke et språk som han eller hun opplever seg møtt i. Kelly (1998) advarer mot å stille for vanskelige og krevende spørsmål i denne sammenheng. Spesielt om det kan innebære intime betroelser som den unge kan angre på.

I følge Borup (2002), handler en god helsesamtale mellom unge og helsepersonell om å skape et kommunikativt rom for å lære noe om helse; det vil si å skape en arena som støtter opp om å være forberedt på og villig til å snakke, lytte og gi informasjon. Kompetanse, ekthet, åpen refleksjon og støtte fra omgivelser må være tilstede og avgjør størrelsen på det kommunikative rom både hos helsepersonell og den unge. *Kompetanse* i denne forbindelse menes kombinasjonen av kunnskap, kyndighet og holdninger, mens *ekthet* refererer til evnen til å være ærlig og tydelig og stimulere til en tillitsfull kontakt med andre. *Åpen refleksjon* er å være seg bevisst på å møte andres behov med åpent sinn, mens *støtte fra omgivelse* er definert som å møte forventninger og respekt fra andre basert på lokale forhold og verdier. Det kommunikative rom kan være enten snevert eller vidt avhengig av hvordan disse fire kategorier samarbeider i forhold til hverandre. Jo bedre forbindelse mellom kategoriene, dess større blir det kommunikative rom. I følge Borup (2002) vil helsedialoger som ikke er forankret i et kommunikativt rom, minimere muligheten til å lære fra samtalen og en vil nøle med å bruke helsetilbudet igjen.

En vellykket helsesamtale er avhengig av størrelsen og kvaliteten på kommunikative rom, og vil alltid resultere i refleksjoner om egen helse (Borup 2002). Følelsesmessig samstemthet er en tilstedeværelse i hverandres nærvær; det vil si å være "inne" i et kommunikativt forhold. I motsatt fall er en kun "i" et forhold og fjerner seg fra den kommunikative samhandling og følelsesmessig ustemthet oppstår (Wadel 1999). Det kan skje gjennom å bli opptatt av noe annet, at en tenker for mye på egen rolle i samhandlingen, at en blir for opptatt av samhandlingen som sådan eller for opptatt av den som en snakker med og ikke tenker på sin egen rolle. Det oppstår en fjernhet eller "brudd" som skaper en følelsesmessig ustemthet og ubehag. Det kan oppstå ustemthet av forskjellige grunner, blant annet ved at de forventninger en hadde til kommunikasjonsforløpet ikke blir innfridd, og kommunikasjonsproblemer oppstår. Slike situasjoner oppstår ofte ved at den ene part (eller begge) fjerner seg fra den kommunikative samhandling (Goffman 1972). Dette kan for eksempel oppleves som at samtalepartner er likegyldig og distansert, og er "utenpå" selve samhandlingssituasjonen.

Samtalen er den viktigste kommunikasjonsform vi har for å etablere og vedlikeholde sosiale relasjoner (Wadel 1999). Noen av samtalene vi har, blir med den ene. Men i de fleste tilfeller, også i helsestasjonen, vil forholdet fortsette over tid og gir muligheter til å utvikles videre. Habermas (1997) legger sterk vekt på dialogens muligheter. Dialog forutsetter utveksling mellom to eller flere parter, fra to eller flere synsvinkler (Branstad 2003). Hver part får beholde sin selvstendighet. Når en samtale er over, har helsepersonell en dokumentasjonsplikt av de helseforhold og eventuelle tiltak som iverksettes. Om dokumentasjonen er god, vil helsepersonell lettere følge opp temaer

eller problemstillinger fra dette første møte og bygge videre på et gryende personlig og nært psykososialt tillitsforhold (Morse 1991).

#### 2.3.4 Tillitsoppbygging

Tillit er sentralt i utviklingen av forholdet mellom to parter og kan betraktes som en grunnleggende forutsetning for utøvelsen av sykepleie (Bjørk et al. 2002). Tillit har lenge vært en erkjent ingrediens for vellykkede helserelasjoner (Wallston et al. 1973, Richardson 1987) og en forutsetning for pasient myndiggjøring (Gibson 1991). Men kunnskapen om fenomenet reflekterer mer hvordan fagfolk oppfatter dette og mindre ut fra hvordan brukerne ser på fenomenet (Thorne & Robinson 1988). Thorne beskriver noe som hun kaller "reciprocal trust", gjensidig tillit som består i at tillit fra helsepersonell fostrer tillit til helsepersonell. Dette skaper igjen selvtillit og bedret selvfølelse hos bruker av helsetjenesten gjennom bekreftelse og validering. Morse (1991) hevder at kontakten mellom sykepleieren og pasienten er et resultat av samspill og forhandlinger inntil en tilfredsstillende relasjon er nådd. Det er gjort flere studier blant voksne for å måle pasienttilfredshet i møte med helsetjenesten. Her framkommer det klart at atferd hos helsepersonell som innbyr til tillit vektlegges (Thom 2001). Etablering av tillit mellom ungdom og helsepersonell blir også oppfattet som helt essensielt om helsestasjonen skal fylle sin oppgave. I utredningsrapporten "Utkast til Faglige retningslinjer for helsestasjon for ungdom", 2001 fra Statens helsetilsyn, Norge heter det:

*"I alt helsefremmende og forebyggende arbeid blant ungdom står kontakt-etablering og dialogen sentralt. Ungdom oppsøker oftest helsestasjon for ungdom ut fra eget behov for å snakke med en kompetent voksen fagperson. Det er en frivillighet i møtet fra den unges side som fra starten er en positiv forutsetning, og som gir grunnlag for tillit".*

#### 2.4 Empowerment i helsestasjon for ungdom

For å møte dagens utfordringer i folkehelsearbeidet har Helsedepartementet uttrykt ønske at helsefremmende arbeid basert på empowerment-ideologi bør styrkes (NOU 1998). Empowerment som begrep er fortsatt noe uklart og ikke godt nok operasjonalisert (Eklund 1999). Begrepet springer ut fra et humanistisk menneskesyn (Sørensen et al. 2002). Det innebærer en grunnleggende antagelse om at mennesket under rimelige betingelser vil utvikle evner og ferdigheter som vil sikre overlevelse og et best mulig liv for både individet og fellesskapet. En forutsetning for dette er en opplevelse av tilstrekkelig kontroll over de faktorene som bestemmer vilkårene for en positiv utvikling. Empowerment kan defineres som en prosess hvor individer, grupper eller samfunn mobiliserer ressurser til å håndtere sine utfordringer. "Empowerment means aiming at enhancing the possibilities for people to control their own lives" (Rapaport 1981). Mennesker betraktes som subjekt og kapable til å styre sine egne liv. Ordet empower kommer fra det latinske ordet "potere" som betyr "å være i stand til".

Det er flere nivå i begrepet empowerment; psykologisk empowerment (individuell), empowerment i lokalsamfunn og organisatorisk empowerment (Zimmermann &

Rapport 1988). Disse nivåene er ikke atskilte, men høyst interaktive (Israel et al. 1994).

Empowerment benyttes ofte på gruppenivå, men kan også være individrettet som i en konsultasjon (Walseth & Malterud 2004) på helsestasjon for ungdom. Gjennom støtte og avgivelse av makt og styring, kan selvbilde endres og pasienten få økt kontroll. Helsepersonell kan veilede, bidra med kunnskap, være støttende og hjelpe til med å sortere pasientens egne tanker (Walseth & Malterud 2004).

Et mål i helsefremmende arbeid er å gjøre ungdom i stand til å ta gode valg for seg og sin helse. Samarbeid og brukermedvirkning er to begreper i interaksjonen mellom helsepersonell og unge. Samarbeid er å få den unge til å delta i sin egen løsning på sitt helsebehov, noe som er brukermedvirkning i praksis. Det betyr å se ungdom som partnere mer enn objekter for helsefremmende arbeid. I lang tid har det ikke vært vanlig å tenke på barn og unge som mennesker som har evne til å gjøre gode helsevalg for seg selv (Kalnins et al. 1992). Kalnins presiserer viktigheten av å ta i betraktning barn og unges oppfatninger og bekymringer som valide og anerkjenne deres kompetanse til å ta gode beslutninger. Cargo et al. (2003) peker på flere aspekter ved unges utvikling som øker deres empowerment. Disse aspekter inkluderer autonomi, identitet, utvidelse av livets muligheter, sosiale nettverk, det å bli sosial (delvis gjennom å danne relasjoner og bli kjent med helsepersonell), og aktiv deltagelse i lokalsamfunnet med en egen rolle og ansvar.

Om ikke møtet mellom helsepersonell og unge bygger på samarbeid og partnerskap, men på en hierarkisk holdning hos helsepersonell som opptrer som eksperter med synspunkter som alltid veier tyngst, vil slike møter ha lite av empowerment-prinsipper i seg. Møtet kan forårsake noe som er motstykket til empowerment; fremmedgjøring, hjelpeløshet, maktesløshet og håpløshet.

Omsorg basert på empowerment kan styrke møtet mellom unge og helsepersonell. Det at den unge selv tar kontakt for å få råd og veiledning omkring sin helse, er en mobiliserende situasjon som kan føre til endring (Kieffer 1984). Aktiv deltagelse virker som katalysator i prosessen mot empowerment (Zimmermann & Rappaport 1988).

## **2.5 Salutogenese**

Salutogenese i følge Antonovsky (2000) er læren om hva som skaper god helse. Yrkesgrupper innen helsevesenet har vanligvis forholdt seg til patogenese; hva som gjør oss syke. Antonovsky, en amerikansk sosiolog arbeidet med helse spørsmål og stresstoleranse, lanserte først begrepet. Han mente at individuelle motstandsressurser har betydning for hvordan vi takler sykdom og påkjenninger i livet. Helsepersonell må ikke bare fokusere på en medisinsk diagnose, men orientere seg mot hele livshistorien for å få utfyllende opplysninger. I stedet for å konsentrere seg om risikofaktorer som kan føre til sykdom, vil salutogenesisk teori rette blikket mot faktorer som fremmer helse. Mennesket vil til enhver tid befinne seg på et kontinuum av helse-uhelse. Optimal velvære er plassert i den ene enden, og total helsesvikt i den andre enden.

Antonovsky innførte begrepet *Sense of Coherence* (SOC), og betyr *en følelse av at ting har sammenheng*. SOC har tre hovedkomponenter; forståelighet, handterbarhet og meningsfullhet. Antonovsky understreket at disse tre komponentene utgjør en helhet og må sees i sammenheng. *Forståelighet* er den kognitive komponenten i teorien, og handler om i hvilken grad en opplever de ytre og indre stimuli som en blir konfrontert med som forståelige. *Handterbarhet* er handlingskomponenten som viser hvordan en person opplever at egne ressurser for å møte krav og utfordringer er tilgjengelige og under ens kontroll. *Meningsfullhet* er menings- og motivasjonskomponenten som omhandler i hvilken grad en føler at livet har mening og er verdifullt slik at de utfordringer en stilles ovenfor er verd å investere energi og engasjement i.

Mye av våre strategier i møte med motgang legges i oppveksten. Dramatiske hendelser kan ta tid å komme seg igjennom. Mange forhold kan virke uforståelige og utydelige for ungdom. Helsepersonell kan gjøre ting mer forståelig for den unge og rette oppmerksomheten mot ressurser og bidra til at målene tilpasses den unges kapasitet. Teorien kan også anvendes overfor helsepersonells opptreden (Walseth og Malterud 2004). Den unge styrkes når helsepersonells væremåte og handlemåte over tid er forutsigbar, konsistent og innbyr til medvirkning.

## **3 METODE**

### **3.1 Valg av metode**

Forskningen styres av det vi vil ha svar på noe som igjen bestemmer hvilke metoder vi benytter. Kvalitative metoder er velegnet for å undersøke ungdoms forventninger, erfaringer og opplevelser i møte med helsestasjonen (Kvale 1989). Metoden kan være med på å gi stemme til en gruppe som sjelden kommer til orde, og som et er lite fokusert på som brukere av helsetjenester. I den kvalitative forskningstradisjonen tar en utgangspunkt i virkeligheten slik den fremstår for hver enkelt. Den har til hensikt å finne ulike sider ved og vinne større forståelse for fenomen som sosiale reaksjoner, opplevelser, tanker, meninger, motiver og holdninger (Malterud 2003). I denne studien vil kvalitative intervju benyttes til innsamling av datamateriale og Grounded Theory vil bli brukt som analytisk tilnærming (Strauss & Corbin 1998).

### **3.2 Grounded theory**

Grounded Theory (GT) er en kvalitativ, holistisk tilnæringsmåte som tjener til å forstå og forklare menneskelig erfaring slik den oppleves for dem. Metoden søker etter det som er sannhet for bestemte personer i en gitt situasjon, der utsagnene formes av personenes tolkninger og meninger (Glaser & Strauss 1967).

GT innebærer at den produserte teori skal springe fram fra sine data som kan forklare sosiale fenomen og prosesser. Metoden er datastyrt og ikke ment å teste en teori. Datastyringen innebærer at det er data som skal styre utviklingen av teori. Utvikling av

teori fra data skal skje gjennom koding og memo-skriving i forskningsprosessen. I GT, som er en konstant sammenlignende metode, utføres datainnsamling, analyse og teoriutvikling samtidig for systematisk å generere teori fra data. Kategorier og begreper blir strukturert, restrukturert og utviklet kontinuerlig i løpet av forskningsprosessen. Dette leder til dannelsen av hypoteser og til slutt teorier. Ved denne metoden kan man ikke bestemme hvor stort utvalget skal være på forhånd. Kategoriernes teoretiske metning, eller når intet nytt framkommer av data, er det som bestemmer når forsker kan avslutte datainnsamlingen. En kan bruke data fra intervju, observasjon eller dokumenter, eller ved kombinasjon av disse (Glaser & Strauss 1967).

Glaser og Strauss var de første som beskrev metoden GT og utfordret den vitenskapelige verden på den tiden som var dominert av kvantitativ metodebruk. GT har sine røtter i den symbolske interaksjonisme tradisjonen innen psykologi og sosiologi. Symbolsk interaksjonisme er teori om menneskelig atferd. Mennesker handler ut fra den mening den har for dem. Den sosiale verden og fenomener i den studeres ut fra aktørens perspektiv og i det miljøet fenomenet forekommer. Glaser og Strauss utviklet etter hvert forskjellig syn på den klassiske GT som har resultert i "den reformerte metode" beskrevet av Anselm Strauss og Juliet Corbin i boken "Basics of Qualitative Research" i 1990. De tilhører en objektivistisk GT som aksepterer den positivistiske antagelse om at den ytre verden kan bli beskrevet, analysert, forklart og forutsett for å få fram en sannhet. Den antar at forskjellige observatører vil kunne oppdage "verden" og beskrive den likt.

I min studie blir en "konstruktivistisk" tilnærming brukt, en GT tilnærming som Charmaz (1995) først introduserte, og som tar høyde for en mer aktiv, åpen tolkende rolle av forskeren. Kategoriene reflekterer interaksjon mellom intervjuperson og forsker. Forskerens livssyn, fagbakgrunn og teoretiske bakgrunn og interesser vil influere hans eller hennes observasjoner og utspring av data (Charmaz 1995). Forskerens fagdisiplin og interesser skal være med på å utvikle, mer enn begrense forskningsprosessen når en studerer dataene.

En konstruktivistisk GT antar at mennesker skaper og opprettholder sine livsverdener gjennom dialektiske prosesser ved å sammenligne mening av virkeligheter og handler innenfor dem. På den måten eksisterer ikke den sosiale virkelighet uavhengig av menneskets handling. I følge Charmaz kan forskeren bevege GT-metodene videre inn i en tolkende verden som vektlegger mening. En konstruktivistisk GT erkjenner interaksjonen av datasamling og analyse, men er mindre positivisk, mer tolkende og så skiller den mellom det virkelige og det sanne. Den konstruktivistiske søker ikke sannheten – det ene, universelle og evigvarende. Likevel er den fortsatt realistisk, fordi den henvender seg til menneskets virkelighet og forutsetter eksistensen av virkelige verdener. Konstruktivistisk GT antar, at det vi tar som en ekte og objektiv kunnskap og sannhet, er basert på vårt perspektiv (Charmaz 2000). Mening søkes, både respondentenes mening og forskerens mening. For å søke etter respondentenes mening må en gå lengre enn den overflatiske og antatte mening. En må se etter synspunkter og verdier like mye som handlinger og fakta. I tillegg må forskeren se etter tro og ideologier så vel som situasjoner og strukturer. Det innebærer å lytte til deres historier



med åpenhet for følelser og erfaringer, og være på et mer intuitivt nivå enn på et objektivistisk nivå.

### **3.3 Datainnsamling**

Den konstruktivistiske GT er en god metode for å få aktørens perspektiv og et ”insiderperspektiv” hos ungdom i deres møte med helsestasjon og helsepersonellet som arbeider der. Metoden er velegnet for å avdekke et relativt nytt og lite utforsket felt. Helsestasjoner for ungdom er ”unge” helsetiltak, og gjennom å stille seg mest mulig åpen for dataene som framkommer, vil en ha muligheter for å forstå hvordan de unge konstruerer sin virkelighet i disse møtene med personell og institusjon (Charmaz 2000). Dette kan eventuelt følges opp med en spørreundersøkelse om en ønsker å gå videre i en senere studie.

I denne studien ble det gjort intervjuer med ni ungdommer i aldersgruppen 16-20 år som oppsøkte forskjellige helsestasjoner for ungdom i Nordland og Troms fylke. De unge hadde erfaringer fra mer enn fem forskjellige ungdomshelsetilbud. Utvalget er variert med hensyn til kjønn, alder og brukerhyppighet; seks jenter med en gjennomsnittsalder på 17,7 år og tre gutter med gjennomsnittsalder på 19,3 år. Alle informantene med unntak av to gutter og en jente, hadde besøkt helsestasjonen mer enn en gang. De hadde vokst opp i Nord-Norge, men kom fra syv forskjellige lokalsamfunn. Seks av de unge bodde på hybel mens tre bodde hjemme hos sin familie. Alle var i en utdanningsituasjon.

Informantene ble spurt om å delta i studien når de kom til eller hadde besøkt helsestasjonen. Plakater med informasjon om studien og ferdigfrankerte brev for tilbakemelding var fremlagt på hver av helsestasjonene. Utvelgelsen skjedde også gjennom ”snowball effect” (Carlson 1991). Tidspunkt og lokalitet for intervjuene ble avtalt på telefon.

Intervjuene i studien var semistrukturerte slik at informantene hadde muligheter til å fortelle beretninger. Intervjuet besto av tema som dekket hovedområdene selv om intervjusituasjonen fungerte som en samtale (Kvale 1996). Intervjuene som varte rundt en time, ble gjort i egnet lokale og tatt opp på lydbånd og transkribert umiddelbart.

### **3.4 Det kvalitative forskningsintervju**

Et kvalitativt forskningsintervju er en språklig hendelse, en spesifikk form for samtale (Kvale 1996). Hensikten er å samle inn informasjon for å kunne forstå intervjupersonens dagligliv ut fra den intervjuedes perspektiv. Intervjuet er et middel for å identifisere eller oppdage ukjente aktiviteter, egenskaper eller hendelser. I følge Kvale, er forskningsintervjuet likt den hverdagslige samtalen, men krever en bestemt metode og spørreteknikk. Det kvalitative intervju er et ikke-standardisert intervju, som innebærer at man på forhånd ikke kan vite hvilke spørsmål som er viktige og betydningsfulle. Oppgaven er å være sonderende og foreta en veiledende konversasjon.

Intervjueren må utvikle, tilpasse og følge opp det som er formålstjenlig for situasjonen og hensikten med studien. Spørsmål utvikles som følge av tidligere spørsmål og svar. Intervjueren er deltagende og medskapende til intervjuresultatet gjennom sin interaksjon (Starrin & Svensson 1996). Det kvalitative intervju kan på den måten bli noe uforutsigbar og kan by på overraskninger underveis.

Kvalitative intervju kan passe godt for studien når formålet er å få fram unges livsverden, hvor den unge kunne få gitt uttrykk for sine tanker, følelser og hendelser. I dette perspektivet ser en hvordan ulike aspekter av virkeligheten erfares av mennesker. Intervjuer henvender seg til den intervjuede som subjekt i en dialog som gir intervjupersonen en mulighet til å uttrykke sine erfaringer og hendelser av interesse (Mishler 1986). I følge Mishler er forskningsintervjuet som en metode der lytter til, men også gir styrke til stemmen i den annens verden. Med den konstruktivistiske tilnærmingen, vil forskerens interaksjon i intervjuet være medskapende i beretningen. "The story reflects the viewer as well as the viewed" (Charmaz 2000).

Intervjuguide ble utarbeidet på bakgrunn av uformelle samtaler med unge fra min praksis i skolehelsetjenesten i Tromsø med studiens formål som bakgrunn for spørsmålene. Hovedområdene i intervjuguiden var en innledende samtale "Om sosial bakgrunn og situasjon", "Om ungdoms bruk av helsetjenester", "Om deres egen bruk av helsestasjon for ungdom", "Om møte med helsepersonell" og til slutt "Om ungdoms helsebehov". Hovedvekten ble lagt på forventninger til helsestasjonsbesøket, erfaringer herfra, på hvilken måte de opplevde å bli mottatt, hvilke refleksjoner de gjorde seg omkring møtet med helsepersonell og hva som var betydningsfullt for dem i disse møtene. Nye tema framkom i løpet av intervjuene (Strauss & Corbin 1998), så som tiden før de tok initiativ til kontakt og kommunikasjonsegenskaper hos helsepersonell.

I følge GT, blir data samlet inntil metning; det vil si når all data passet inn i de eksisterende kategorier og lite nytt framkommer (Kvale 1989). Dette er i tråd med analysemetoden GT hvor datainnsamling gjennom intervjuene og koding skjer parallelt. Kodingsarbeidet gir opphav til nye ideer og spørsmål omkring temaet som studeres. Det innebærer en stadig komplettering og revidering av intervjuguiden, noe som også skjedde i denne studien.

### **3.5 Generaliserbarhet, reliabilitet og validitet**

En analytisk generalisering er basert på en sammenligning av likheter og forskjeller mellom to situasjoner hvor en studie kan gi grunnlag for å si noe om hva som kan skje i en annen situasjon. Det er vanskelig å kalle den kunnskap og de teorier som framkommer i studien som generaliserbar for ungdomsgruppen totalt sett. Utvalget til studien er hentet fra unge som allerede har tatt initiativ til å besøke en helsestasjon for ungdom og i tillegg selv har valgt å si noe om sine opplevelser; de utgjør et strategisk utvalg. Her kan man ikke snakke om generaliserbarhet, men mer om at kunnskapen kan være overførbart (Hallberg L. Forelesning, 2002. Workshop i kvalitative metoder. NHV, Gøteborg). Informantene representerte flere kommuner og tilhørte ikke en liten gruppe i

en gitt lokal kontekst. Kjønnfordelingen i studien samsvarer med et normalt utvalg av brukere av helsestasjonen, hvor de fleste er jenter (Engfeldt 2003).

Validitet handler også om de innsamlede data er relevante for den problemstilling som er valgt i studien. Studiens funn ble kontinuerlig sjekket, tolket og analysert for å finne sammenhenger og mønstre som ga mening ut fra mitt faglige skjønn. Datagrunnlaget i studien er relativt lite og kan således gi grunnlag for å diskutere overførbarheten. I intervjuene finner en forbindelser som er innholdsrelatert. Ved å analysere et mindre antall intervjuer og derigjennom få fram et essensielt innhold, blir det mulig å gi noen generelle uttalelser (Dahlberg 1997). Tidlig i studien framkom utsagn fra informantene som pekte på viktigheten av et godt og tillitsfullt forhold mellom helsepersonell og ungdom.

Reliabilitet viser om studien måler det den skal, og om forskningsmetoden er hensiktsmessig i forhold til problemstillingen. Intervjuformen ga stor mulighet for informantene til å forklare nærmere hva de mente å si både gjennom sine historier og sin egen analyse av situasjonen de hadde stått i. Men ingen kunnskap er allmenngyldig i den betydning at den gjelder under alle omstendigheter for ethvert formål (Malterud 2003). Når man i konstruktivistisk GT skiller mellom det virkelige og det sanne, så kan ikke sannheten søkes som den eneste universelle og evigvarende sannhet. Studien søker å vise til unge menneskers virkelighet som de selv forteller og slik forskeren tolker den. På den måten skapes et bilde av *deres* virkelighet, men ikke av *virkeligheten* som den objektiv, sann og ekstern, ekstern i den betydning at virkeligheten er noe utenforliggende og upåvirkbar.

For å få fram mest mulig nyttig kunnskap i en studie, må formidlingen av ervervet kunnskap være god. Forskerens evne til å kommunisere sin forskning påvirker den gyldighet som kunnskapen får. Kvale (1996) kaller dette den kommunikative validitet. Om ikke kunnskapen blir formidlet slik at andre forstår den, forblir den privat og den kommunikative validitet er lav. I denne studien har forskeren den fordel at det daglige arbeid består i kommunisere med unge som gir mindre grunn til misforståelser av beretningene som formidles.

Dataene ble gjennomlest av en utenforstående for å ta stilling til innholdets lesbarhet og relevans, noe som styrker validiteten (Malterud 2003). Relevansen ble bekreftet og det sier også noe om studiens kunnskap er brukbar kunnskap, eller har det som Kvale (1996) kaller pragmatisk validitet.

### **3.6 Ethiske overveielser**

Prinsippene for informasjonskrav, konfidensialitetskrav og nyttekrav i forhold til vitenskapelige undersøkelser ble fulgt (Robson 1993). Informasjon ble gitt til de helsestasjoner som informanter ble innhentet fra. Informanten besvarte og returnerte informasjonsskriv som var lagt ut ved helsestasjonene. *Informert samtykke* ble innhentet fra de unge selv forut for intervjuene. Foreldresamtykke var unødvendig når informanten var over 16 år og når spørsmålene kun omhandlet deres relasjon til en

offentlig helseinstitusjon og ikke data som kunne belaste informanten psykisk eller som kunne være svært personlig. Informantene ble lovet anonymitet. Deltagelsen var frivillig og informantene kunne når som helst i forløpet trekke seg. Lydbånd fra intervjuene ble oppbevart innelåst.

Prosjektbeskrivelse ble oversendt til komité for medisinsk forskningsetikk, Region Nord forut for intervjuoppstart og fikk godkjenning.

### **3.7 Analyse**

Analysen startet umiddelbart etter første intervju med koding og ideskaping til neste intervju. GT skiller mellom to typer koding; substantive koder og teoretiske koder. GT analysene deles i tre stadier; åpen koding som utforsker substantive koder, aksial koding som ser etter sammenhenger, mønster mellom de forskjellige kategoriene og i den tredje selektive kodingsfasen kan en kjernekategori identifiseres. Datainnsamling og koding skjedde parallelt med kontinuerlig sammenlignende analyse underveis i intervjuperioden. Jeg ønsket å se om det var et spesielt mønster som viste seg i materialet og om det også kunne være mulig å generere noen teori omkring dette møtet mellom ungdom og helsepersonell og institusjon (Hallberg 2002). Etter det sjuende intervjuet kom lite ny informasjon fram og det var tegn til metning i data. De siste to intervjuene var likevel med på å nyansere og verifisere de etablerte forbindelsene mellom kategoriene.

Matrisebruk kan være et nyttig hjelpemiddel for sammenfatning og validering i analysens slutfase (Malterud 2003). I matrisen var det mulig å se hvordan de forskjellige informantene bidro til de ulike kodene, og organisering og sortering av data blir etter en kodestyrt gruppering av meningsbærende enheter i materialet. Kodene var ikke et mål, men hjelp til organisering av dataene. For å sikre at kunnskapen i studien skulle ha overførbarhet, ble kodene gjennomgått flere ganger, sammenfattet og abstrahert.

## **4 RESULTATER**

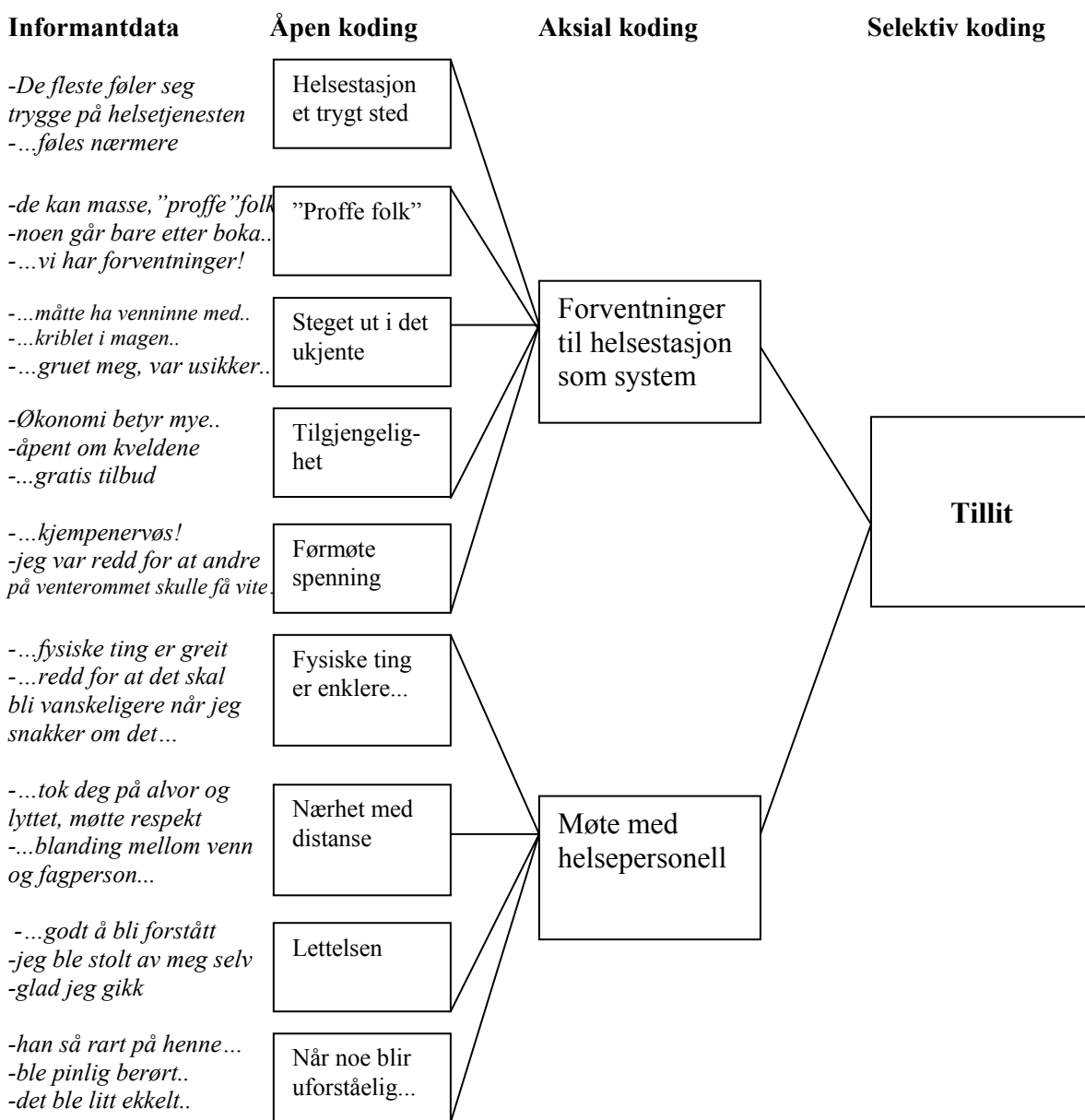
Presentasjonen av resultatene spiller gangen i et møte med helsepersonell fra kunnskap om og forventning til tjenesten, til etter besøket hvor de har gjort egne, og dels hørt andres erfaringer og opplevelser.

”*Tillit*” ble studiens kjernekategori da møte med helsepersonell på helsestasjon for ungdom er en samhandlingssituasjon hvor tillit er en forutsetning for og et resultat av samhandling. Tillit er et aspekt ved sosiale relasjoner som både dannes forut før møtet mellom to parter, og skapes, bekreftes eller endres i løpet av den samhandling som finner sted mellom de to.

Den åpne kodingen sier noe om forventningene til møtet med helsestasjonen fra før den unge har tatt kontakt, til selve møtet med påfølgende resultatet av samhandlingen. Gjennom aksial koding, utsprang to hovedkategorier fra ni subkategorier. "Forventning til helsestasjonen som system" ble utviklet fra fem av disse: "Helsestasjon et trygt sted", "Proffe folk", "Steget ut i det ukjente", "Tilgjengelighet" og "Førmøte-spenning".

Den andre hovedkategorien "Møtet med helsepersonell" ble videreutviklet fra "Fysiske ting er enklere", "Nærhet med distanse", "Lettelsen" og "Når noe blir uforståelig...". I alle kategoriene skjer det en fortolkning og kommunikasjon som handler om tillit i forskjellige former, på forskjellige stadier og som har sammenheng med hverandre.

Figur 1 viser analyseprosessen med eksempler fra informant data til utvikling av kjernekategoriene.



Figur 1. Analyseprosessen

I det følgende skal jeg utdype innholdet i hver av de ni subkategoriene. Her forteller unge om forventningene og tanker de gjør seg forut for møter med helsestasjonen og deretter noe om sine erfaringer og refleksjoner som de gjorde seg etter besøket, hvilken betydning det har hatt for dem personlig og for deres venner.

#### 4.1 Helsestasjonen et trygt sted

Det er lettere å ta opp forhold med fagpersonell som har taushetsplikt og som en ikke kjenner for godt. Samtidig sier en informant: *"...at helsestasjonen ikke må være noe fremmed og usikkert", "...du må føle trygghet...", "...en bretter seg ut, liksom – hengir seg..."*. Flere informanter peker på at det er tilbud som oppleves som mer tilgjengelig for dem som ungdom. En jente sa det slik: *"Det føles litt nærmere, ikke sånn geografisk..."* og en annen sa at: *"...helsestasjonen er liksom blitt en del av meg..."*. For noen var det et selvklart valg og det rette stedet når en gutt sier: *"Jeg anså dem som det riktige organ"*. Betydningen av nærheten uttrykkes også når det sies at: *"Jeg stoler på dem som venner uten at det blir for mye"*. En jente forklarte det med å si at forholdet var en *"...blanding mellom en slags venninne og en fagperson..."*.

Trygghet, det å kunne stole på fagfolkene er viktig for ungdom. Behovet for konfidensialitet går igjen hos informantene. En informant som kom fra en mindre kommune sier *"...at helsestasjonen var det eneste stedet jeg kunne gå for å prate..."* og *"...at i ei lita bygd vet man aldri hvem man kan stole på"*. Det enkleste var å gå til helsestasjonen og til helsesøster på stedet. Likevel hender det at ting ikke blir som forventet *"...hun virket kjempegrei og trivelig, men nå angrer jeg – hun brøt taushetsplikten..., de sa hun hadde taushetsplikt, derfor følte jeg det trygt å gå dit; jeg stolte på henne..."*. Ordene "stole på" går igjen i intervjuene med de unge, *"...jeg kunne stole på at de ikke gikk og sa det videre..."*, og *"...man må stole på folkene (på helsestasjonen), at det blir mellom fire vegger – mellom deg og legen"*. For unge som har fått kontakt med helsestasjonen og opplever trygghet ved å gå dit, blir institusjonen "deres" sted hvor de tenker som en sa det: *"...en person på helsestasjonen er liksom min person, ikke mammas og pappas..."*.

#### 4.2 Forventninger til fagpersonell

Ungdom velger likevel ut hvem av fagpersonellet som en kan gå til både ut fra yrkesgruppe og ut fra eventuell forhåndskunnskap om vedkommende. Ei jente sa for eksempel at: *"Jeg hadde ikke gått dit om det var tanta mi som var helsesøster..."*. Slektskapsforhold og fagfolk som de tror kan kjenne dem på forhånd blir for nært. Da blir det vanskeligere å åpne seg og ta opp sine helsebehov. En informant mente at unge ofte *"...finner sin yndlingslege..."* og går tilbake til den samme gang etter gang. Noen angir forventninger til at yrkesgruppene har forskjellige kvalifikasjoner i møte med dem som unge. En sa: *"...det er ikke like greit å gå til legen som til helsesøstera med psykiske ting"*. *"Helsesøstera, hun har litt mer med følelser å gjøre, mens legen skal"*

*dekke et større område...". Unge velger ut den yrkesgruppen en har tro på kan hjelpe med nettopp deres helsebehov.*

Unge har tro på den faglige standard, at personell som arbeider på helsestasjoner er profesjonelle i sitt fag; *"De kan sine ting".* En annen informant sa: *"De tar jobben sin seriøst og jobber profesjonelt".* Det betyr at de har formeninger om hva de skal kreve i møte med fagpersonell. *"Jeg vil møte en som er proff..."* og *"...må ikke tro at vi ikke har forventninger til tingene – vi tar ikke hva som helst..."*. Flere informanter tar opp personlig egnethet og uegnethet hos fagpersonell som arbeider med ungdom. Det pekes på at det er personell *"...som bare går etter boka..."*, eller *"...som er overprofesjonell..."*, *"...gjør bare jobben sin..."*, *"...er samlebandslege..."*. For ungdom oppleves fagpersonell i helsestasjonen som lite egnet om de bare gjør en rutinepreget jobb uten riktig involvering i deres helsebehov. For noen kan personell som ikke virker sikker i jobben, skape utrygghet. En gutt sier *"...usikkerhet smitter; hadde jeg vært 16 år hadde jeg blitt veldig usikker..."*. *"Jeg tenkte; kan han ikke faget sitt?"*. En annen informant sa; *"Utrygghet kan velte alt"*.

Helsepersonell må altså gjøre seg fortjent til den unges tillit. Som en jente formulerte det: *"Tillit må fortjenes"*. Tilliten her er sårbar og kan reduseres om unge oppdager at kompetansen ikke holder mål.

#### **4.3 Steget ut i det ukjente**

Det å skulle henvende seg til en helsestasjon for ungdom for første gang kan være både spennende og vanskelig. Alle informanter ga uttrykk for en viss usikkerhet for hva som skulle møte dem ved å ta kontakt. Det går både på det å føle spenning om hvordan en blir møtt og det å være redd for hvordan fagfolk skulle ta i mot den problemstilling en kommer til helsestasjonen med. *"Jeg gruet meg, jeg var redd for å bli konfrontert med noe ubehagelig"*. En annen informant sa: *"Jeg var litt sånn redd, litt redd for hvordan det skulle være, hvordan fagfolkene skulle være. Jeg var spent på hvordan jeg skulle bli møtt og det var litt pinlig å komme med de tingene jeg hadde, ...jeg var redd for at det skulle bli flaut og ekkelt. Det var skummelt å skulle ta opp noe med en voksen, ...jeg var redd for å være dum som hadde et slikt problem. Hva vil de tenke om meg?"* Vanlig usikkerhet gikk igjen, men selv en ung mann som var blant de eldste informantene ga uttrykk for det samme: *"Første gangen var jeg sånn usikker, selv om jeg var voksen så følte jeg usikkerheten. Folk skygger litt unna og vil ikke fortelle alle om de problem du har, man er litt redd for at andre skal få vite..."*.

Om usikkerhet er vanlig hos unge før det første møtet, så er det også flere som sier det sterkere og bruker ord som nervøs, kjempenovøs og at de grudde seg ekstremt. En av informantene måtte ha en venninne med som støtte: *"Jeg måtte ha en venninne med, jeg turte ikke å gå alene. Jeg måtte bare overleve..., men jeg var skikkelig nervøs"*. En annen sa: *"jeg var veldig nervøs, jeg skulle prate om noe som var vanskelig"*. *"Men det var en gang jeg ikke grudde meg; det var en gang jeg skulle ta opp et prevensjonsbehov, ... det var for meg en enkel ting"*. En informant sa noe om at det kan ta tid før en virkelig tar den første kontakten, at en også utsetter det å ta opp et vanskelig

helsebehov. *"Jeg fortalte ikke alt, jeg var bare innom de første gangene og ble litt kjent og så begynte jeg å fortelle, ...jeg har alltid passet på å være sikker på den personen før jeg sier noe som helst. Det kan òg være noen som skjemmes (føler skam)".* Denne informanten kom fra ei lita bygd og følte at bygdefolket lett fikk kunnskap om alle og at det var noen helseforhold som ble ansett som lite bra eller dårlig å komme ut for.

#### 4.4 Enkle og vanskelige helsebehov

Informantene skilte klart mellom det som for dem syntes enkelt å bringe opp på helsestasjonen og det som kunne være vanskeligere. Det går igjen i intervjuene at det er greit å komme for å få kunnskap om prevensjon og hjelp til fysiske forhold. *"Det er lett å ta kontakt om prevensjon og sånne ting",* og *"...fysiske ting er greit..."*. En gutt mener at: *"...sex og sex-problemer er mindre tabubelagte nå..."*, men likevel sier ei jente: *"Noen synes det er flaut med prevensjon"*. Selv om storparten mener at prevensjonskunnskap er en grei sak å komme med, så er det noen som fortsatt vil føle at det er ugreit. For eksempel sier en informant at det fortsatt er vanskelig å snakke om seksuell identitet. Det kan òg være vanskelig å ta opp andre sex og samlivsspørsmål som ikke handler om å få kunnskap for å ta gode helsevalg. For eksempel sier en informant: *"...om man tror man er gravid, det er kjempevanskelig, tenk om jeg er gravid- hva skal jeg gjøre?"*. Bare det å komme innom for å ta en graviditetstest kan være ugreit. Ei jente forteller om en undersøkelsessituasjon for seksuelt overførbare sykdommer: *"...det er ekkelt og flaut å kle av seg..."*. Ikke alle fysiske forhold er dermed like lett å ta opp. Fysiske forhold som går på seksuell helse og undersøkelser er fortsatt vanskelig for mange unge.

Etterspørsel etter kunnskap om egen helse er lett å ta opp, men det omhandler primært den fysiske helse. Ei jente sier: *"...å få prevensjon er greit, men å snakke om psykiske ting, det er noe annet..."*. En gutt bekrefter dette i en kommentar: *"...det fysiske er lettere å komme med enn det som går på det mentale og psykiske, det er mer tabubelagt"*. Flere informanter tar opp dette at mange unge sliter psykisk eller har personlige problemer. Det kan oppleves vanskelig å ta kontakt *"...for bare å prate..."*. Det kan ta lengre tid før en tar kontakt om en har slike problem; *"...en går og gnager på dette, ikke lett å gå for hjelp til noe en ikke forstår selv..."*. Noe av det samme sier ei jente slik: *"Det er vanskelig å gå med ting man ikke nødvendigvis selv vet svaret på"*. Det kan være oppfatninger om hva som vil skje videre om man tar opp personlige problemer, for eksempel sier ei jente: *"Jeg er redd for at det blir vanskeligere når jeg snakker om det. Jeg blir sliten av å snakke. Det er vondt å snakke om psykiske ting. Det å snakke om psykiske ting krever kjennskap til systemet og personene som jobber der. Det er ikke lett når det er kaos i hodet; man vet ikke helt hva man skal si"*.

#### 4.5 Når man skal gå dit...

Ungdom i undersøkelsen kom naturlig inn på viktigheten av at tilbudet om helsestasjon for ungdom var kjent i ungdomsmiljøet for at det kunne brukes. Spesielt guttene mente at tilbudet var viktig å markedsføre i skoler slik at det ble kjent. Blant jentene syntes det



som om kjennskapen var god nok og at venninner forteller til hverandre mer om slike tilbud når de finnes. Gjennomgående tar informantene opp det økonomiske aspektet. En helt typisk uttalelse er *"Jeg gikk dit fordi det var gratis"*, og en annen sier: *"Jeg gikk dit for jeg hadde ikke råd å gå til legen"*. En informant understøtter dette ved å si: *"...økonomi betyr mye"*.

Foruten at tilbudet ikke må koste noe, så er det åpningstidene på kvelden som gjør at de kan bruke det. Det var en viss usikkerhet med hensyn til hva en som ungdom kan bruke de forskjellige yrkesgruppene til ved helsestasjonen; *"...litt viktig å få vite hva man kan få svar på hos de forskjellige"*.

Selv om noen forhold av ulike grunner synes lett eller vanskelig å ta opp med fagpersonell på helsestasjonen, kan også fysiske rammer for driften av helsestasjonene ha betydning for hvor enkelt eller problematisk det er å ta kontakt. Det kan være uforutsigbarhet i åpningstider, lokaliteter som ikke innfrir til trygghet, men signaliserer det motsatte av unges forventninger til hvor og hvordan helsepersonell skal være og hvilke faggrupper som arbeider på helsestasjonen. En tillit til helsepersonell generelt kan svekkes om ikke forhold blir gjenkjennelige og forutsigbar. *"Jeg ble ikke behandlet profit"*, *"...han virka useriøs..."*, og *"...det ble brukt mange og vanskelige ord som jeg ikke helt forsto"*.

#### **4.6 Mens man venter...**

Mange snakket om at tilbudet ble mindre brukt av gutter enn jenter. *"Det er ikke like lett for en gutt å komme inn på et venterom når det sitter en gjeng med fjortisjenter der (fjortenårige jenter)"*. Det er en oppfatning blant både jentene og guttene at gutter tar mindre og senere kontakt. Ei jente sier: *"...tilbudet appellerer mer til jenter..."*. Hvor eller hvordan lokalene ser ut eller er plassert kommer lite fram. Sentral plassering synes viktigst: *"Fint at det er i sentrum"*. Men ei jente sier: *"Det bør være et eget lokale for ungdom, ikke i spedbarnslokaler. Det må være ungdomspreg på helsestasjonen"*.

Tanker på hvordan det er å komme og sitte på venterommet, er betydningsfullt. *"Unge er så sårbare når man kommer, man må føle seg trygg. Det er viktig å vise omtenkksomhet, for man vil ikke vise andre hva en er kommet for. Det er ekkelt at andre ser. Selv tenker jeg på hva de andre er kommet for"*. En annen informant sier: *"Jeg var redd for at andre skal vite om de problemene jeg har"*. En annen: *"Jeg ville ikke at det skulle komme ut"*. Det kan virke som om fagpersonellens omsorg og omtenkksomhet starter før selve møtet, allerede mens de unge sitter og venter på å få komme inn på helsestasjonen. Ei jente sier: *"Det var ei helsesøster som ikke ivaretok anonymitet når venninnen min skulle ta en prøve; hun ropte ut over venterommet det som venninna mi skulle gjøre"*. En annen informant sier: *"På en annen helsestasjon følt det vanskelig når urinprøvetaking måtte gjøres på et toalett bortenfor venterommet. Man må ut i gangen for å ta en urinprøve, på en liten plass får folk jo vite fort"*. Å sitte på venterommet og bli spurt for bakgrunn for besøk, kan òg være ubekvem: *"Det var noen av fagfolkene som spurte meg hva jeg kom for mens jeg satt der ute..."*

Tilliten til helsestasjonen og de som arbeider der settes på prøve allerede før det virkelige møtet; gjennom omtenkksomhet og ivaretagelse av gode konfidensialitetsprinsipper mens den unge sitter og venter på å få komme inn til fagpersonene. Mangel på tilrettelegging kan medføre at det er vanskeligere for enkelte grupper som for eksempel gutter å komme til helsestasjonen.

#### 4.7 Når man er kommet inn...

Fortellingene fra informantene har så langt handlet om tanker om og forventninger til møtet med fagpersoner på helsestasjoner for ungdom. De har uttrykt sin sårbarhet, sin spenning og usikkerhet før de tar kontakt. De har også egne synspunkter på hvilke helsebehov som er enkelt å presentere og hva som gjør det greit å besøke denne type helsetjeneste. Om mye synes generelt og handler om tanker og følelser i forhold til hva det innebærer å komme til helsestasjonen, så har de unge desto mer konkrete og detaljerte opplevelser fra selve møtet. Fagpersonellet velvilje, imøtekommenhet og kommunikasjonsferdigheter i møte har betydning for ungdom.

##### 4.7.1 Inspirert til å hjelpe seg selv

Når informantene forteller om sine erfaringer fra gode møter på helsestasjonen, er det mange ting som går igjen i historiene og som bli pekt på som av stor betydning for dem. Imøtekommenhet, respekt, velvilje og en involverende holdning fra personellets side hevdes å være viktig for at unge skal kunne føle seg velkommen og føle trygghet på å presentere sine helsebehov.

Fagpersonellets evne til å kommunisere vektlegges i møtet. Ei jente sier: *"Hun var åpen for det du sa, hørte på deg og spurte ordentlig og ville høre etter"*. Særlig godt er det når personellet er åpent og lyttende: *"Han lyttet og virket som om han var sikker på at jeg mente det jeg sa og respekterte det jeg sa, ...han tok deg på alvor, var trygg på det som han gjorde og i stand til å kommunisere. Han trodde på meg og hadde respekt, da ble jeg mer åpen og så fikk han mer ut av meg. Han engasjerte seg i meg, ...det ble en god kommunikasjon"*.

Det å bli møtt med forståelse, tatt på alvor og la den unge medvirke til løsning kommer fram i et sitat fra en jente: *"Hun fikk meg til å føle at nå hører jeg på deg og det du sier er viktig"* og en annen sier: *"Vi prata og sånn og hun forsto meg og så tenkte jeg at jeg får ta det opp med henne..."*. Det er ikke alltid like lett å få fram det en mener og her kan det være at fagpersonellet må hjelpe den unge litt på veien: *"Man trenger hjelp til å forstå, må forklare godt og hjelp til å si hva det handler om"*.

Unge har behov for kunnskap, men vil ikke bli fortalt hva de skal gjøre og ikke gjøre. *"Du må få være den du er, ikke bli fortalt hva du skal føle eller gjøre"*. Ei jente sier: *"De var veldig hjelpsomme, jeg fikk mer enn forventet og ble inspirert til å hjelpe meg selv"*. Det handler både om å klare å kommunisere med unge og skape en god atmosfære for en samtale når en annen informant forklarer: *"Helsepersonell må være"*

*opplysende og ærlig, samtidig litt personlig. De må ikke gå rundt grøten. Et godt møte har mye med stemning å gjøre, ...god stemning mellom partene, gjerne ha med humor*". En av informantene fortalte hvor godt det var å få le og spøke med en undersøkelseslampe som ikke ville fungere når hun skulle gjennomføre en gynekologisk undersøkelse. Hun hadde gruet seg svært til denne undersøkelsen, men legens humor fikk henne til å slappe av. *"Jeg måtte hjelpe til med å fikse lampa, vi samarbeidet og det var veldig okei. Det var en veldig utadvendt lege som var her og vi tøvet og tulla med den lampa. Det hele fikk meg sånn varmet opp og sånn til å slappe av; det var veldig bra. Jeg får selv en følelse av å være hos en venninne enn at jeg er hos legen på helsestasjonen"*.

Også her kommer ungdoms opplevelser av nærheten til fagpersonellet som vesentlig. En informant sier: *"Det må være en viss distanse til hjelper, men samtidig nærhet"*. En ung gutt påpeker det samme; *"...litt avstand – en viss grense en ikke bør gå over..."*. Den samme informanten sier senere at: *"...vi unge trenger hjelp til beslutninger, men vi må få ta avgjørelsene selv..."*. Behovet for kunnskap er til stede, men som en sier: *"...man må selv finne ut hva problemet er – få snakket om det, gå i dybden"*. Respekten for de unges egne handlingsløsninger på de forhold som presenteres framkommer når de forteller om møter som ikke ble så bra.

#### 4.7.2 Det disharmoniske møte

Når møter mellom ungdom og helsestasjon ikke betegnes som gode, handler det oftest om ikke å bli tatt på alvor, lyttet til uten å bli sett på som en byrde. Noen fortalte om møter som opplevdes stive, sterile og kalde, der det ble en trykket og dårlig stemning. *"Jeg ble avfeid og fikk ikke sagt det jeg ville"*, og en annen forklarer det slik: *"Han hørte ikke etter, gikk liksom bare etter boka, og giddet ikke å prate om det jeg fortalte"*. Samme informant forteller videre: *"Han virket overprofesjonell ...dette skal vi ha gjort så fort som mulig – rutinepreget"*. *"Jeg har ikke så mye kunnskap som en lege, men man kjenner like fullt sin egen kropp og jeg krever litt av personer som skal "interact" med meg"*. Det å gi lite tid, virker negativt for å få til et samarbeid i konsultasjonen. Helsepersonells bruk av faguttrykk kan skape avstand og gjøre møtet vanskelig og ikke brukermedvirkende. Det samme om fagpersonell inntar en ekspertrolle som en av informantene beskriver slik: *"Jeg følte det sånn; jeg er lege og du er pasient, du blir undersøkt og så skriver jeg noen papirer og så er vi ferdige"*. Unge vil ikke bli fortalt hva som er best for dem; som en sier: *"...det er noe med å bli fortalt alt, ...det er noe med det"*. De vil heller ikke at helsepersonell skal være "foreldre" med moralisering når de presenterer et problem på helsestasjonen. *"Man er jo ofte vant med at lærere og foreldre ...at hvis man har sagt noe sånt til foreldrene om man hadde et problem, så har man kanskje vært vant med at ...uff, nå igjen liksom, ...man trenger ikke noen sånn moralpreken"*. En jente forteller også om rollebytte ved besøk hos fagpersonell: *"...mange ganger så har jeg ikke samvittighet til å prate, så jeg bare lytter. Jeg tenker at egentlig burde hun gå til psykolog selv..."*.

Brudd på taushetsplikten virker svært negativt på unge og kan få konsekvenser. *"Jeg sa at jeg ikke ville at det skulle komme ut, men foreldrene mine fikk vite det likevel -*

*...mista all tillit. Det jeg sa var betydningsfullt for meg, dumt at det skulle ende i tillitsbrudd. Jeg mista respekten. Det gjør sånn at en ikke tør å åpne seg ...er usikker og ...gjør en mer usikker. Nå har jeg lært meg ...de som ikke respekterer meg, respekterer ikke jeg, ...for da hvis en respekterer en som ikke respekterer deg, så er du på en måte en som dilter etter ...bare for at du ikke tør å si i fra ...hvis du blir "hørsjet" med og sånt ...så jeg synes det er viktig å kunne si i fra". En informant hadde vært til stede sammen med sin venninne til helsestasjonen; "...det var ei venninne... hun var faktisk gravid... og gikk dit for å spørre om hun kunne få tatt en graviditetstest... og jeg synes jo det burde være anonymt og sånn der, ...og så kom helsesøstera og sa høyt – "skal du ta den der prøven og tisse i glasset og bli ferdig med det?" Hun var skikkelig sur. Hun burde jo ta i mot ungdom og ta mer vare på dem".*

Når unge har hatt møter som har skapt grobunn for mistillit, virker dette inn på deres videre forhold til helsestasjonen og kanskje også på annen helsetjeneste. Uttalelser som *"...det var en dårlig opplevelse, jeg går ikke tilbake..."* kom fram hos flere av informantene. Det handler også om å bli utrygg i et for dem viktig møte. Ei jente sa: *"...en får en slags tillitssvikt om første møte blir feil..., ...en får problemer med å forholde seg til alt mulig annet i helsesektoren, man blir skeptisk..."*. Den informanten som hadde opplevd at taushetsplikten ble brutt sier: *"...jeg mista all tillit til alt som heter helsepersonell..."* og *"...det tok lang tid før jeg oppsøkte noen igjen; hele fire år"*. Det var heller ikke bare i forhold til helsepersonell som dette fikk konsekvenser for, men også til andre viktige personer i den unges liv; *"...jeg hadde liksom mista alt, ...og det påvirka mitt forhold til skolen og lærerne..."*.

Men en av informantene mente at selv om et møte ikke ble så bra og det ble en dårlig opplevelse, så var hun villig til å prøve en ny helsestasjon på et nytt sted. Hun ville knytte sine negative erfaringer til personellet og ikke til institusjonen som sådan. *"Om jeg flyttet til en annen by og gikk til en helsestasjon der, så ville jeg ha tenkt at her er det sikkert nye folk"*.

#### **4.8 Når man har vært der...**

Etter at besøk på helsestasjonen er over, bemerker mange at det ga en god følelse å ha tatt skrittet fullt ut for å gå dit. Lettelsen over besøket ga seg utslag i en ren følelsesmessig god erfaring; *"Det å kunne gå derfra med en god opplevelse, rett og slett..."*. *"Det var godt å bli forstått og da føler man seg veldig god, ...som en stein har falt ned ...det kjennes godt"*. Om en har gruet seg og vært spent, så er det naturlig at de fleste føler lettelsen etter besøket. Det kan uttrykkes som: *"Jeg ble glad for å få den oppmerksomheten", det var artig å komme for en samtale med noen som er et par generasjoner eldre enn meg* og *"...jeg ble stolt av meg selv, ...ved å prøve ut nye ting får jeg en opplevelse av stolthet..."*. *"Tenk, jeg gjorde det, ...jeg fikk en sånn psykisk "boost", dette klarte jeg å gjennomføre!"*

Men det kan også være tungt å gå fra et besøk: *"...det ble en blandet opplevelse, jeg er tankefull på hva som ble sagt, litt sliten, nesten mer sliten enn jeg var før"*. At det har vært et besøk som opplevdes godt og likeverdig gir en informant et bilde av på denne

måten: *"Jeg ble møtt med respekt – det ble liksom en prosess mellom oss. Det er noe med å sette seg på samme nivå."* I og med at han tok i mot det jeg sa, følte jeg at han trodde på meg og hadde respekt. På den måten ble jeg mye mer åpen, ...han fikk veldig mye mer ut av meg enn en sånn "samlebåndslege" ville ha fått". Informanten følte at han var i stand til å ta opp mer og gå dypere inn i ting på grunn av legens kommunikasjonsevner.

Ved å ha gjennomført et møte med helsepersonell som gir en følelse av å ha mestret noe nytt, styrker unges tro på seg selv, noe som sannsynligvis vil ha ringvirkninger til andre områder i deres liv. Den sosiale kompetansen vil økes i nye situasjoner.

#### **4.9 Når noe blir uforståelig ...**

Det er lite forskjeller i historiene som gutter og jenter forteller om. Gutter vil i mindre grad bli oppfattet som hjelpetrengende og vil ikke sitte på venterom med mange jenter. Gutter er redd for at andre skal få vite noe deres problemer og legger stor vekt på anonymitet og konfidensialitet. De er like usikre før kontakt, og trenger ofte lengre tid før de henvender seg til helsestasjonen. Jenter mener at de må "presses" noe for å ta kontakt, gjerne av en venninne eller kjæreste. I følge jenter er de mer redd for å prate om følelser. De tar lettest kontakt om det er noe fysisk som plager dem. Gutter ønsker raske løsninger og vil helst prøve å finne løsning på problemet selv. Gutter vet mindre om helsestasjonene og trenger mer informasjon for å ta kontakt. De må også ha mer detaljert kunnskap om hva de kan komme for og hva de kan få hjelp til. Men historiene til jenter viser også at de legger vekt på konfidensialitet, at de kan synes det er mer vanskelig å ta opp følelsesmessige og psykiske forhold med personellet. Begge kjønn preges av usikkerhet og viser hvor følsomme de er for hva som blir sagt og ikke sagt, for kroppsspråk og selve kontaktsituasjonen.

Det er en vanlig oppfatning at gutter vil foretrekke å gå til en mannlig lege på helsestasjonen for undersøkelser. Dette avkrefter unge menn som er i undersøkelsen. Den ene informanten sier rett ut at han foretrekker en kvinne som lege, og synes det er mest naturlig. *"Jeg har stygga på at menn tar på meg, jeg vil helst gå til ei dame"*. Den andre mener at det egentlig ikke betyr noe hvilket kjønn legen har; *"...hvordan legen er, har mer å si enn hvilket kjønn legen har..."*. At legen er faglig sikker og direkte er viktig for samme informant. *"Det tror jeg er viktig i en sånn situasjon at han utstråler sikkerhet, for det smitter ...det smitter over på pasienten. ...Han ba meg om å legge meg på benken, og da igjen begynte han å virke veldig sånn usikker og forsiktig. "Ja, du må liksom ta av deg på underkroppen, så får vi se", sa han. Han var liksom så forsiktig ...og det utstråler usikkerhet, og for en pasient så blir det så veldig usikkert, altså. Jeg tenkte, okei han er nervøs. Ja og så legger jeg meg på benken, ...og så vil han ikke ta på meg. Da reagerte jeg! Altså er du profesjonell lege og da skal du ikke være flau over å ta på meg. ...Vel, jeg følte det som om han ikke var så redd for å ta på meg, men mer redd for hva jeg skulle tenke om han gjorde det. Jeg vil at legen skal være mer rett på sak og litt mer pågåendes"*.

Både gutter og jenter snakker om situasjoner hvor de opplever at en undersøkelsessituasjon blir pinlig, for intim. *"Det var ei som fortalte meg en gang at hun hadde vært hos legen, og så var det en mann... og så måtte hun bli undersøkt av han, og da hadde hun følt at han var veldig usikker i det han sa og gjorde og sånt, og så ble de sånn forlegen og reservert ...med tanke på at han holdt på med å undersøke henne. Hun følte at det ikke var noe artig, hun syntes det var dumt, at det var en mann her da, for han ble kanskje pinlig berørt av det, ...hun ville nok helst ha hatt en kvinnelig lege".* Flere informanter mener at det er bra at flere personer arbeider på helsestasjonene; det gir dem større valgmulighet når de skal kontakte helsestasjonen for sitt helsebehov.

Jenter synes selv at de lettere kan snakke om problemer og gå for å få hjelp om nødvendig. Men det er ikke så viktig for jenter om det er en mannlig eller kvinnelig lege. Kun når det er snakk om gynekologisk undersøkelser, da sier flere at de foretrekker en kvinne. *"Jeg var hos en kvinnelig lege for undersøkelse, tror jeg hadde nektet om det var en mann. Jeg synes det er litt ekkelt".* Denne informanten forteller også en historie som en venninne har opplevd og hvordan hun hadde tolket det som skjedde hos legen. *"...hun fikk en sånn gynekologisk undersøkelse og så var det en mann... og hun syntes det var helt forferdelig... Hun fortalte at han så rart på henne og sånn, jeg vet ikke... og sa hun til meg at han klappet henne på skuldra når hun skulle ut derfra... om det var for å være snill, eller?"* For begge kjønn er behovet for å bli fortalt godt nok hva undersøkelser går ut på og gjøre dem trygg i undersøkelsessituasjonen. På grunn av manglende informasjon og unges lave sosial kompetanse på området, kan mye misoppfattes. En gutt forteller om sin venns opplevelse hos legen som bare gjorde en rutineundersøkelse på unge menn; *"...vennen min mente at han ble befølt på testiklene og følte at han hadde vært utsatt for et overgrep hos legen..."*

Ungdom har behov for trygghet og konfidensialitet. De kan føle seg usikre i nye situasjoner og har behov for gode forklaringer på hva som skal skje, spesielt i undersøkelsessituasjoner. Uklare og nye ting blir fremmed og rare og de vet ikke helt hva som skjer. Egen usikkerhet blir overført til helsepersonellet og skaper en unødvendig usikkerhet. De er redd for reaksjonene når de presenterer sine helsebehov og synes noen ganger det kan være både flaut og skamfullt. De vil helst ikke bli "avslørt", vil ikke at andre skal vite om deres problemer. I møte med fagpersonell kan det være vanskelig å si klart i fra. Det kan ofte være at de ikke helt vet hva følelsene handler om, og da blir det desto vanskeligere å formulere dette for andre. Som en informant sa: *"...at når man kommer til en sånn tjeneste og ønsker svar på ting, da bretter man seg liksom ut, hengir seg til den personen".* En slik åpenhet fra den unges side krever varsomhet, omtenkksomhet, respekt og er en tillitserklæring. Tid er et vesentlig element når et tillitsforhold skal kunne utvikle seg. Unge har behov for å bli kjent og se hva helsestasjonen og dens personell står for. Det å bli kjent innebærer at begge parter får tid på seg til å forstå og vise hva en står for.

#### **4.10 Forventning til helsestasjon som system**

I det følgende vil jeg gå inn på innholdet i hovedkategoriene; *"Forventning til helsestasjon som system"* og *"Møtet med helsepersonell"* som ble utviklet fra de

beskrevne ni subkategorier. Gjennom sine forventninger og andres erfaringer gjør unge seg opp en oppfatning om helsestasjonen. Forventningene er i hovedsak positive. Informantene fortalte om sin tro på at helsestasjon for ungdom var det rette stedet for dem; et sted der hvor de *"...kan masse om sånne ungdomsting..."*, og at *"...det var det rette organ å ta kontakt med..."*. En gutt sa: *"De fleste unge føler seg trygg på helsetjenesten..."* og en annen sa: *"...at det ikke er noe snusk..."*, og *"...tryggheten om at man stoler på dem og får spørre for seg..."*. En informant formulerte det som: *"Trygt å vite at dem er der"*. Det signaliserer at unge har i utgangspunktet en tillit til systemet helsestasjon som gjør at de ønsker å benytte seg av dette tilbudet. Tillit og tro på helsepersonells kompetanse er stor; *"...jobber profesjonelt..."*. Venners tilbakemeldinger har betydning når informanter forteller: *"...venner informerte om helsestasjonen, og så tok jeg selv kontakt"*.

På tross av at forventningene er positive til helsestasjonen som system, så er de usikre på hva helsestasjonen står for og hvordan deres helsebehov vil bli mottatt. Noen er avventende og det tar tid før de føler seg klare for å besøke helsestasjonen; *"...jeg var litt sånn redd, litt redd for hvordan det skulle være..."*. Helt fram til øyeblikket og situasjonen hvor unge sitter på venterommet, blir forventningen til noe mer konkret på hva som skal skje; *"...følte usikkerheten mens jeg satt der inne, lurte på hva de andre kom for..."*. Det at de har tatt initiativ og faktisk har møtt opp for å snakke med helsepersonell, signaliserer en positiv forventning og tillit til at her arbeider det noen som er villig til å hjelpe.

Gjennom sine uttalelser viser unge sin tiltro og tillit til helsestasjon som ikke er av relasjonell karakter gjennom kjennskap til den enkelte som arbeider på helsestasjonen, men mer på at *"...der kan de sine ting"*. Helsepersonells generelle kunnskap verdsettes og troen på at de blir møtt profesjonelt er av betydning når de velger å ta kontakt. Denne forhåndsforventningen sier noe om ungdoms umiddelbare tillit til helsestasjon som system.

Dette understøttes av flere informanter i studien, der den umiddelbare tro på helsestasjonen og helsepersonellens ivaretagelse av deres behov for konfidensialitet framkommer. Flere sa: *"...jeg følte det var trygt å gå dit"*, *"...der kan man stole på ..."* og *"...er proffe på sånne ungdomsting..."*. Informantene vektlegger dette sterkt i tillegg til det å bli tatt på alvor, bli hørt og respektert for det de er og det de kommer til helsetjenesten med.

#### **4.11 Møtet med helsepersonell**

Når unge blir møtt med forståelse og de opplever positive møter som de kan bygge videre på, vil dette kunne gi unge en fornyet tillit (bekreftet tillit) som kan få innvirkning på deres videre bruk av helsestasjonen og andre helsetjenester. De vil ta kontakt igjen om de får behov for det, og det påbegynte kjennskap og forhold til helsestasjonen vil styrkes ved tilsvarende positive møter. Gode møter gir unge opplevelse av å mestre situasjonen og kan dermed være med på å gi økt selvtillit i forhold til å løse sine egne helsebehov, for eksempel som en sa: *"...inspirert til å hjelpe"*

*meg selv...* ". Men det er nødvendig at helsepersonell viser at de har tro på at unge selv kan gjøre gode valg og evner å vise dette gjennom kommunikasjon og mestringsstøtte. "*Hun lyttet...*", "*...han trodde på meg...*" og "*...respekterte det jeg sa...*" var utsagn om gode møter. Unge som opplever møtene som gode og tillitskapende, er "døråpnere" for annen ungdom. Andre unge får høre at dette er et godt sted å komme til, og disse vil også bli brukere av tjenesten om behovet melder seg. Tilliten til helsestasjonen kan på den måten synes å bli overtatt eller smitte over til andre personer.

I motsatt fall; om unge ikke stoler på helsepersonell og helsestasjon for ungdom som system, vil de i mindre grad gjøre seg bruk av den og heller ikke anbefale andre å gjøre det. På samme måte som gode og positive møter kommuniseres, vil også negative møter bli videreført om unge ikke fikk hjelp eller ikke en gang følt vilje til å gi hjelp. Den tro og tillit unge i utgangspunktet hadde til helsepersonell, vil svekkes. Det kan få betydning for videre kontakt med helsestasjon for ungdom. Unge vil utsette nye besøk eller ikke gå tilbake i det hele tatt.

Noen unge forteller at de vil kontakte helsestasjonen igjen på tross av at de hadde en dårlig erfaring tidligere; "*...om jeg flyttet til en annen by ...her er det sikkert nye folk...*". Men det er gjerne andre personer i tilsvarende roller som de nå vil prøve ut. Det betyr trolig at de ikke bedømmer det dårlige møtet bare ut fra helsestasjon som system, men at de har tro på at fagpersonell er forskjellig; noen er bra, andre ikke. De er derfor villig til å teste nye fagpersoner ut. Gjennom disse nye møtene kan unge starte et nytt og eventuelt tillitsoppbyggende forhold eller det kan bli et møte som ender i en ny mistillit.

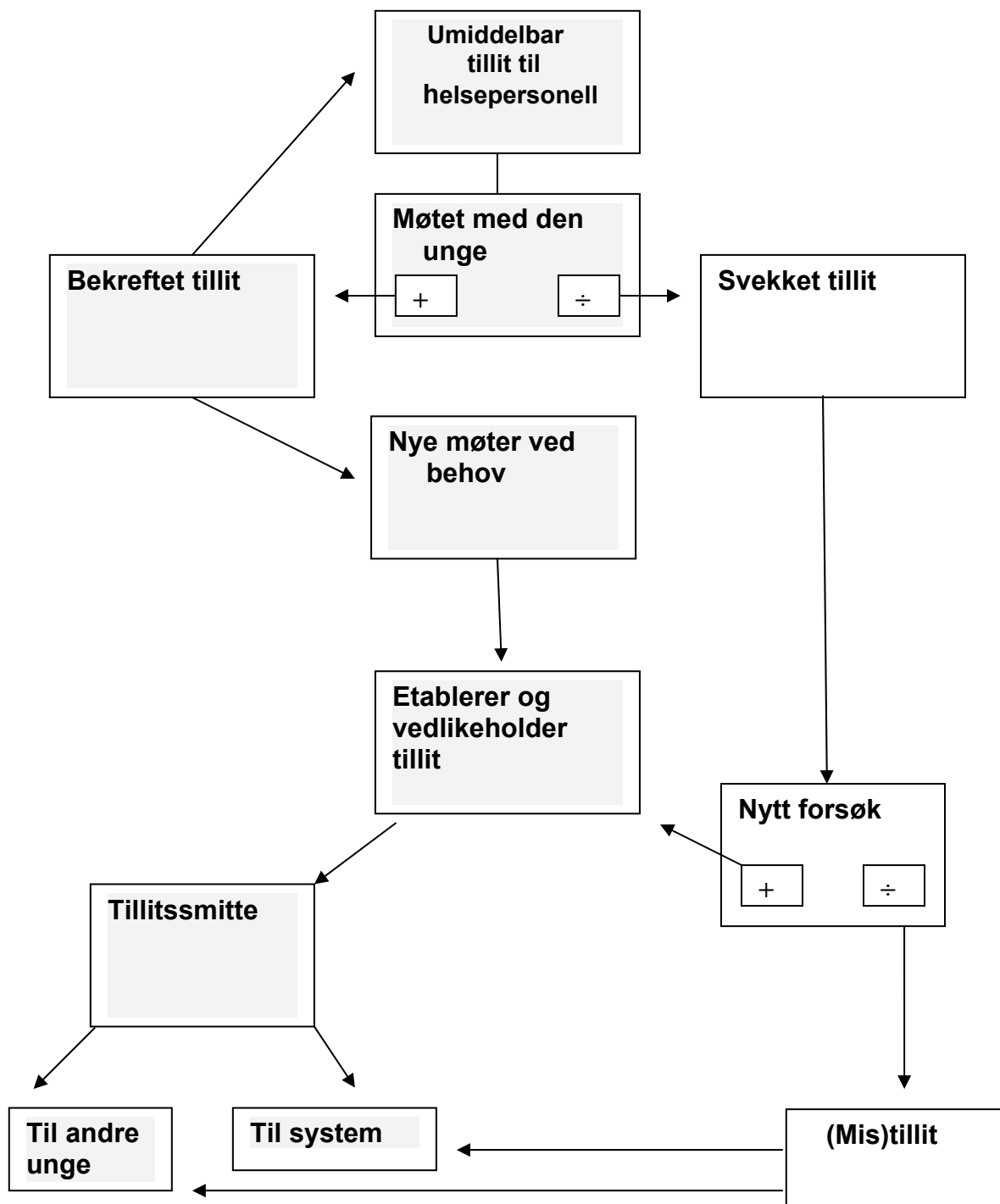
#### **4.12 Tillitsprosessen**

I begge hovedkategorier er begrepet tillit et gjennomgående tema både før-relasjonelt i planleggingen av et besøk og i samhandlingssituasjonen med helsepersonell. Unge i studien forteller om sine forhåndsforventninger til helsestasjonen. Disse forventningene er basert på en gitt kunnskap som ikke nødvendigvis er deres egne erfaringer. Når så relasjonen mellom unge og helsepersonell oppstår i et direkte møte, er tillit fortsatt et sentralt begrep, men da basert på egne opplevelser.

Jeg har framstilt dette gjennom en tillitsprosessmodell hvor ungdom i utgangspunktet har en naiv eller umiddelbar tillit til helsepersonell og hvilke konsekvenser det kan få for videre bruk når unges umiddelbare tillit til helsepersonell ender i enten gode (+) eller dårlige møter (÷). Møtene med helsestasjonen og helsepersonell kan gi forskjellige effekter i forhold til tilliten; bekreftelse, vedlikeholding, styrking, svekking eller en mistillit som får videre konsekvenser for bruken av helsestasjonen.

Besøket kan få betydning for den som besøker helsestasjonen, men også for andre som denne unge kommer i kontakt med. Tillit eller mistillit kommuniseres videre og gir det man kan kalle en tillits- eller mistillitssmitte til helsepersonell og til helsestasjon for ungdom.





Figur 2. Tillitsprosessmodell - unge i møte med helsestasjon for ungdom.

## 5 DISKUSJON

### 5.1 Metodekritikk

Jeg har arbeidet som helsesøster i forhold til ungdom i mange år. Jeg har selv bidratt til at en helsestasjon for ungdom er kommet i gang og har noe av min praksis der. Feltet er kjent for meg og det er både fordeler og ulemper med dette. Nærhet kan gjøre en blind. Å ha kjennskap til eget felt gir trygghet, men kan også skape en falsk fortrolighet til feltet (Wadel 1991). Min kunnskap kan gi trygghet gjennom forståelsen som jeg gir informantene. Det kan også medføre at informanten sier noe om hvordan ungdom møter helsestasjonen ut fra den praksis de har sett på gjeldende helsestasjon og det som informanten tror jeg forventer som forsker.

Jeg har møtt mange unge på helsestasjonene og i skolehelsetjenesten i videregående skole og har hatt mange forskjellige samarbeidspartnere blant fagpersoner som møter unge. Av den grunn kan jeg lettere leve meg inn i beskrivelsene som de tegner av disse møtene. Det blir enklere å sette seg inn i, men det kan også bidra til å overtolke og ”tro” at jeg forstår mine informanter. Det finnes flere utfordringer å være forsker i eget felt. Noe av utfordringen ligger i å få fram flere aspekter ved det å være en ungdom som oppsøker helsestasjon for ungdom. Noe av min viten kan være taus og ubeskrevet fordi jeg overser det selvfølgelig. En forsker som ikke har samme bakgrunn som meg ville kanskje ha vært mer nysgjerrig på andre forhold og ha evnen til å se det jeg kanskje overser og tar for gitt. Et slikt utenfra-perspektiv ville sett noe annet enn det jeg makter som er i landskapet og ser de nære detaljene.

Forforståelsen er også en viktig side av min motivasjon for å gjøre dette forskningsarbeidet. Jeg har tro på at jeg gjennom prosessen har et aktivt og bevisst forhold til min forforståelse slik at de verste fallgruver er unngått. Dette har stillet krav til meg om at tolkningen ikke bare kommer fra mitt ståsted som helsesøster på en helsestasjon for ungdom, men som forsker i denne studien. I GT skal teori springe ut fra dataene (Glaser & Strauss 1967). Jeg hadde som min første teoretiske referanseramme tillitsbegrepet og noe senere kom teorier som empowerment og salutogenese. Dette sier noe om mitt syn på praksis, min fag- og teoretiske bakgrunn. Jeg har opplevd dette mer som en styrke enn en svakhet og mener at dette ikke har influert på datainnsamlingen eller resultatene av studien. Til forskjell fra Glaser & Strauss mener Charmaz (1995) at forskerens fagdisiplin og interesser er med på å utvikle, mer enn begrense forskningsprosessen når en studerer dataene. Etter min erfaring, er GT er en god metode til å avdekke nye områder hvor man ikke har så mye kunnskap, og egner seg til å utlede modeller og generere teori. Dessuten er GT god til å analysere prosesser; her hva som fikk unge til å henvende seg til helsestasjonen og hvordan denne henvendelsen og møtet fikk utvikle seg.

I følge Malterud (2003) kan det ha betydning hvilket kjønn forskeren er når noen av et annet kjønn intervjues. Ungdom i studien mener at helsepersonells kjønn er av mindre betydning om bare de er kompetente og dyktige. Det kan være at det har mer betydning i en intervjusituasjon hvor det er jeg som skal samle kunnskap og få med viktig informasjon. Det er derfor vanskelig å si noe om jeg gikk glipp av informasjon på grunn

av mitt kjønn som kanskje informantene ville ha delt med en mannlig intervjuer (Malterud 2003).

Intervjuene med ungdom i undersøkelsen var personlige og bar preg av samtaler der de unge kunne presentere de historiene de ønsket å dele med meg. De visste at jeg som helsesøster og forsker var interessert i det de hadde å fortelle. Selv om intervjuer kan bære preg av å være personlige samtaler, skriver Føg (1994) at det er en illusjon å tro at en forskningssamtale er en gjensidig åpen samtale mellom to talere. Et kvalitativt forskningsintervju og en fortrolig samtale kan ikke likestilles. Samtalene med de unge var asymmetrisk i kraft av at vi hadde ulike roller. Jeg som forsker her har makt i kraft av å stille spørsmålene. Samtalens utskrift skulle brukes til noe jeg som forsker hadde regnet over.

Det ligger også en maktkomponent i det at samtalen ble tatt opp på bånd og ble til et produkt som jeg redigerte.

## 5.2 Resultatdiskusjon

### 5.2.1 Umiddelbar tillit til helsestasjonen

Når ungdom kommer for å snakke med personell på helsestasjoner, må det allerede være noe utenom deres helsebehov som har fått dem til å oppsøke nettopp dette tjenestetilbudet og ikke noe annet. Tidligere studier (Sintef Unimed 2001) har vist at unge ikke hadde tillit til sin fastlege når det gjaldt prevensjonsveiledning, at det var for lite tilgjengelig og at de var redd for å miste anonymiteten, noe som kan innebære at grupper av unge ikke søker hjelp når de har behov for dette (Engfeldt 2003). Studien her viser at de i utgangspunktet har informasjon og kunnskap som får dem til å velge helsestasjonen framfor annen helsetjeneste. Hvor kommer så denne umiddelbare tilliten og kunnskapen om helsestasjoner for ungdom i fra?

Tillit er i det hele mye av en forutsetning for at sosiale relasjoner skal etableres og samhandling foregå, særlig den samhandling som er basert på frivillighet (Statens helsetilsyn 2001). Det er nødvendig å skille her mellom tillit som en subjektiv følelse og tillit som tillitsfull atferd (Kee & Knox 1970). Å føle tillit betyr at en er rede til å stole på andre når spesielle omstendigheter krever det. Tillitsfull atferd er en subjektiv følelse satt i aksjon. Det fører til en observerbar atferd som fremkommer gjennom unges forventning til den andres (helsepersonells) velmenende motiv og intensjoner.

Helsestasjonen er en tjeneste som er myntet på ungdom og de forteller om trygghet ved å gå dit. *"De fleste unge føler seg trygge på helsetjenesten"*. Flere av informantene mente at dette var *"...det rette organ..."* og *"...her har de kunnskap om sånne ungdomsting"*. Det handler trolig både om konfidensialitet og trygghet på fagkunnskapen; *"Taushetsplikten er et stort poeng for meg"* og *"...her kan man føle trygghet; de vet hva de snakker om"*. *"Jeg ville ikke ha fortalt om jeg ikke visste at de hadde taushetsplikt"*. På mindre steder med få helsetilbud og færre helsepersonell å velge mellom, kan helsestasjonen være svært viktig. *"...i ei lita bygd ...det var det*

*eneste stedet jeg kunne gå for å prate.*”. Ungdommene i studien er i fase hvor relasjoner utenfor familien utvikles og venners innflytelse fortsatt er stor. De er i en selvstendighetsfase som også innebærer å ha sine ”egne” helsetjenester å kontakte når de har behov for det. *”En person på helsestasjonen er liksom min person... ”*, sa en av informantene. Samtidig lytter de til venners beretninger og anbefalinger om hvor og hva de kan gjøre seg nytte av for å fremme sine helsebehov. Det innebærer at tilbudet om helsestasjon for ungdom må gjøres kjent for målgruppen. Informasjon er en nødvendig forutsetning for å bli kjent og brukt. I tillegg må den være lett tilgjengelig med hensyn til fysiske rammer som åpningstider, beliggenhet etc. (Berthinussen 2002). Den lette tilgjengeligheten og troen på at det kan være et sted hvor unge kan få hjelp bidrar til at mange unge velger å bruke dette tilbudet.

Ungdom i studien har tro på at personalet er profesjonelle, dyktige og kan sitt fag. *”Der vet de hvordan ungdom har det og man kan stole på folkene der”*. Ungdom uttrykker her en tro på og en tillit til et helsetilbud som ennå kan være lite kjent for dem personlig, men basert på venners erfaringer og generelle oppfatninger omkring helsepersonell i møte med ungdom. Tillit er knyttet til det umiddelbare og er det fundamentale i all kommunikasjon og samhandling der trangen til åpenhet og følelsen av å *”...kunne stole på, og bli stolt på...”* dominerer. Forventninger til helsepersonells fagkunnskap og mulighet for å få hjelp virker positivt (Luhman 2001). Hagelskjær (2004) viste i sin studie av ungdoms tilfredshet med helsestasjon, at 99 % (76 av 77) av respondentene hadde tillit til de ansatte ved helsestasjon for ungdom.

Tillit er et mangfoldig begrep. Hva tillit egentlig er, hvordan den utvikles og hva tillit er forankret i, er spørsmål som tas opp innen flere fagdisipliner. Teolog og filosof Knud E. Løgstrup, psykolog Eric H. Erikson og sosiologer som Anthony Giddens og Niklas Luhman representerer ulike innfallsvinkler og ulike syn på tillit. Løgstrup (1978) mener at tillit er en livsytring, en grunnleggende betingelse forbundet med det å være menneske. Vi kan ikke leve uten tillit. Tillit forutsetter tillit. Erikson (1968) argumenterer for viktigheten av grunnleggende tillit versus grunnleggende mistillit i barnets første alder og at varig og underliggende svikt i tillit kan føre til alvorlige psykopatologiske tilstander.

Tillit eksisterer på flere nivå; tillit på systemnivå som defineres som ansiktløse forpliktelser og tro på objektiv kunnskap, mens tillit på individnivå er tillit mellom personer er forankret i ”ansikt-til-ansikt” relasjoner. Giddens inkluderer både person- og systemnivå i sin definisjon av tillit (Giddens 1997). Det samme gjør Luhman som mener at personlig tillit og systemtillit kan betraktes som måter å forholde seg på til alle utfordringene i det høykomplekse samfunn hvor vi ikke lengre kan basere oss på en fortrolig fellesverden. Av den grunn er det nødvendig med systemtillit, tillit til at for eksempel helsevesenet følger kvalitative regler og prosedyrer (Luhman 2001). Som informantene sier det; *”Han er lege og han kan sine ting”* og *”de tar jobben sin seriøst og jobber profesjonelt”*.

Tillit kan dermed både være et trekk ved relasjonen mellom to og flere individer og mellom individer på den ene siden og system eller institusjoner på den andre (Giddens 1997). Ungdom kan for eksempel både ha tillit til helsestasjonen som institusjon og til

konkrete personer som arbeider der. Ungdoms forventninger og tillit til helsestasjonen er antakelig i utgangspunktet av institusjonell karakter. Tilliten er sårbar i forhold til den relasjonen som i neste omgang etableres mellom den enkelte ungdom og de fagfolk som arbeider ved helsestasjonen. En i utgangspunktet positiv opplevelse av institusjonen vil lett kunne bli negativt om møtet med den enkelte fagperson oppleves negativt. En av jentene i studien sier noe om dette; *”...de sa at hun (helsesøster) hadde taushetsplikt, derfor følte jeg det trygt å gå dit... jeg stolte på henne...”. Videre ”...det jeg sa var betydningsfullt for meg, dumt at det skulle ende i tillitsbrudd. Jeg mista respekten...”*. Tillit kan være vanskelig å bygge opp, men er lett å bryte ned. En kan ikke ta for gitt et tillitsforhold eller det at helsepersonell klarer å holde på ungdommens tillit. Det er dokumentert i utallige undersøkelser, denne inkludert, at det må foreligge en forsikring om at det er trygt, at de kan stole på at deres anonymitet sikres.

Tillit fra helsepersonell fostrer tillit til helsepersonell (Thorne & Robinson 1988). Om ikke helsepersonell har tillit til at også unge kan gjøre gode helsevalg for seg selv, vil det igjen kunne resultere i redusert tillit til helsepersonell fra ungdom. Kalnins (1992) har presisert viktigheten av å anerkjenne barn og unges oppfatninger og bekymringer som valide og ha tro på deres evne til å ta beslutninger. Som en av de unge sa: *”Han trodde på meg og hadde respekt...”...jeg ble hørt på og ble spurt ordentlig hva jeg mente*”. Thorne & Robinson (1988) kaller dette for ”reciprocal trust”; gjensidig tillit. Det handler om at helsepersonell har tillit til unge og deres vurdering av egen situasjon og at den unge blir hørt og tatt på alvor.

Morse (1991), en amerikansk sykepleier og antropolog, kaller tillit som en har til et system for den umiddelbare tillit og naiv tillit. Hun har forsket på den personlige tillit i kontakten mellom pasient og sykepleier og har funnet at avhengig av kontaktens lengde, sykepleierens involvering og pasientens villighet til å stole på helsepersonell som en sykepleier, vil en av fire typer av gjensidig kontakt oppstå; en klinisk-, en terapeutisk-, en nær- eller en overinvolverende forbindelse (Morse 1991).

Hvordan helsepersonellet vil handtere denne første umiddelbare tilliten, vil få betydning for den videre utviklingen. Tillit har betydning for en vellykket helserelasjon (Wallston et al. 1973) og er nødvendig for pasient empowerment (Gibson 1991). Ved bruk av empowerment prinsipper i møte med ungdom på helsestasjonen vil det blant annet kunne skape selvtillit og bedret selvfølelse hos unge. I studien bekreftes dette også ved uttalelser som; *”...jeg ble stolt av meg selv ...ved å prøve ut nye ting får jeg en opplevelse av stolthet*”. En annen sa; *”...jeg fikk en sånn psykisk boost...!”* og til sist kan dette illustreres med et enkelt utsagn som; *”...jeg gikk med en god opplevelse*”.

### 5.2.2 Lav sosial kompetanse på bruk av helsetjenester

Informantene i studien er i gjennomsnitt 18,3 år og tilhører den gruppen som Kelly (1998) kaller ”sen ungdomstid” som varer fram til 20 års alder. Selv om denne perioden er preget av abstrakt tenkning på et voksent nivå, trygghet på seg selv og med evne til å handle og ta valg, så er de fortsatt i en modningsprosess psykisk og sosialt. Det er store individuelle forskjeller og den biologiske utvikling er ikke nødvendigvis

sammenfallende med den psykologiske. Det er i denne perioden de skal gjøre sine nye erfaringer, utprøve og utvikle sine kompetanser. Det er en ny situasjon for unge som de skal kunne mestre når de møter frivillig på helsestasjonen. De skal ha en erkjent grunn for besøket og kunne handle ut fra det. Resultatene i studien viser at unge mener det er noen forhold som er enkle å komme til helsestasjonen med, mens andre forhold som psykiske vansker er mer problematisk og presentere. *"Fysiske ting er greit, men å snakke om psykiske ting, det er noe annet"*. Noen unge opplever vansken med å ta opp forhold som de ikke helt forstår noe av selv, hva kan de si og hvordan kan de formulere sitt helsebehov; *"...en går og gnager på dette, ikke lett å gå for hjelp til noe en ikke forstår selv"*.

Til forskjell fra voksne, har kanskje ikke unge mennesker den psykologiske og sosiale kompetansen som skal til for å kjenne sin egen helse og det å kunne fullt ut forstå den situasjonen som et besøk på helsestasjonen medfører. Når informantene mener det er noen forhold som er vanskeligere å bringe opp på helsestasjonen, kan det ikke bare være at det er for dem problematisk å snakke om, men like mye at det ennå synes uforståelig og noe udefinerbart som bare gir seg utslag i diffuse vansker. *"Det er ikke lett å søke hjelp for noe en ikke helt forstår selv"*.

Det kan synes som om unge må ha både kunnskap og psykologisk innsikt til å vite hva det handler om før de kan klare å be om hjelp. Spesielt når det er noe som oppleves vanskelig som de vil prøve å løse, så er følelsen av sammenheng i tilværelsen nødvendig forutsetning (Antonovsky 2000). Hos en del unge kan indre stimuli som gjør livet problematisk, oppleves som uforståelig. De kan ha handlingskomponenten til stede når de prøver å gjøre noe med dette. For at unge skal kunne oppnå denne følelsen av sammenheng, må de kunne ha noen voksne å snakke med som kan tydeliggjøre deres situasjon og bidra til forståelsen. *"Man trenger hjelp til å forstå, ...må forklares godt og få hjelp til å si hva det handler om"*.

Gjennom dette kan den psykologiske og sosiale kompetansen utvikles slik at de skal kan mestre nye situasjoner, som for eksempel det å bruke helsetjenesten. I følge Gjørum et al. (1999) er mestring en kompetanse som forsterkes og videreutvikles når det legges til rette for det. Opplevelsen av møtene med fagpersonellet på helsestasjonen kan være en faktor som vil ha betydning for unges utvikling av kompetanse og mestring. Det blir nærmest en læring i det å være bruker av helsetjenester. Når unge opplever at legen blir flau, virker usikker eller ikke ønsker å ta direkte på dem i undersøkelses-situasjonen, kan det like mye handle om legens ønske om å skåne eller ta hensyn til den unges bluferdighet. Hvis det da ikke kommuniseres om dette, kan det føre til misoppfatninger eller misforståelser. *"Han var liksom så forsiktig, og det utstråler usikkerhet, og for en pasient så blir det veldig usikkert, altså"*. En gutt i studien forteller om sin venns møte med en lege som tydeligvis har gjort en rutineundersøkelse av gutten uten å forklare. *"Vennen min trodde han hadde opplevd et overgrep"*.

En skal gjerne ha vært i slike situasjoner før eller bli godt nok forklart, for å kunne tolke det som skjer riktig. Bekymringen for hva helsepersonell skal tenke når de får høre om deres problem, kan speile noe av ungdomstidens selvusikkerhet og følelse av å være

”...den eneste som har det sånn som meg...” som vil reduseres når den psykologiske og sosiale kompetanse og innsikt økes.

I hvor stor grad et besøk på helsestasjon for ungdom kan være til hjelp for å utvikle den sosiale kompetansen, er avhengig av flere faktorer. Gjennom møtet kan unge få motivasjon og inspirasjon til å mestre sin situasjon videre. *”De var hjelpsomme, jeg fikk mer enn forventet og ble inspirert til å hjelpe meg selv”*. I denne uttalelsen kan ligge flere forhold som er verdt å tenke på i møte med ungdom. Samtidig som en ønsker å skape en god og tett relasjon for å oppnå tillit, kan hjelpen kanskje være med på å skape en avhengighet som reduserer den unges evne til egenmestring.

De har behov for kunnskap, men vil ikke bli fortalt hva de skal foreta seg. *”Du må få være den du er, ikke bli fortalt hva du skal føle eller gjøre”*. *”Vi unge trenger hjelp til beslutninger, men vi må få ta avgjørelsene selv”*. Det kan ende med at de ikke finner det verdifullt og meningsfullt å ta utfordringen for endring på grunn av at møtet ikke ble som forventet. Begge forhold kan få betydning for den unge og deres videre bruk av helsetjenester.

### 5.2.3 Nærhet med distanse

Ungdom er i en sensitiv periode hvor de er selvpoptatt og følsomme for andres vurderinger. De ønsker at det tilbudet de skal oppsøke skal være trygt og at det skal være basert på konfidensialitet. Unge er redde for å miste anonymiteten (Sintef-Unimed 2001, Berthinussen 2002) når de oppsøker tjenestetilbudet. Denne studien bekrefter også dette. *”Helsestasjonen må ikke være noe fremmed og usikker, ...du må føle trygghet”*.

De opplever det som et ”nærmere” tilbud enn den ordinære helsetjenesten. Dette er ”vår tjeneste” som ikke er mulig for foreldre og andre voksne å bruke; *”...en person på helsestasjonen er liksom min person, ikke mammas og pappas...”*. Det kan handle om konfidensialitetsbehovet (Ford et al. 1997), men også om den psykologiske frigjøringen fra familie til egne sosiale nettverk og institusjoner (Kelly 1998). Informantene forteller at personellet på helsestasjon oppleves som ”venner uten at det må bli for nært”. En informant formulerte det som at helsepersonen *”...var en blanding mellom en slags venninne og fagperson...”*. Ravn Olesen (1997) har trukket dette fram i studier som omhandler helsesøsters hjembesøk hvor helsesøster betegnes som den ”profesjonelle venninne”. Møte med ungdom og helsepersonell er et profesjonelt møte med en klar rollefordeling selv om det handler om et møte mellom likeverdige mennesker med samme krav til respekt og tillit. Når unge snakker om at det bør være en distanse, en avstand, ikke bli for nært, så kjenner de unge at det er noe ulikevektig i rollen som personene i møtet har. Forpliktelsen i dette møtet er forskjellig. Helsepersonellet har kunnskap som skal formidles og skal inneha ansvaret for å bygge opp et forhold til den unge som da er mottaker og mye yngre i alder. Den unge er ikke en passiv mottaker, men i møte med helsestasjonen er den unge i en situasjon som gjør at de har krav på oppmerksomheten fra helsepersonellet (Ravn Olesen 1997).

Travelbee (1999) skiller møtet fra et vennskapsforhold i og med at en i et vennskapsforhold ikke har den samme forpliktelsen til å gi hjelp slik som helsepersonell vil ha det i en konsultasjon. Blandingsrollen som en venninne innebærer med andre ord både et nært og personlig forhold, men også en profesjonell forpliktelse. Kelly (1998) advarer mot en for stor nærhet i forholdet, spesielt i møte med ungdom. Ohnstad (1998) henviser til noe av det samme når hun peker på betydningen av å vite hvilken "scene" en befinner seg på i møtet hvor det kreves profesjonalitet og ansvar hos hjelper. En informant antyder også dette når han sier: *"Det handler om at man har tid til å snakke med pasienten og i det hele tatt ha kontakten med pasienten uten at man føler at det blir for mye da. ... Det skal ikke være sånn at man kryper opp i på fanget til hverandre..."*. Videre; *"...jeg stoler på helsepersonellet der som nære venner, men det skal fortsatt være litt avstand, å kunne vite at det er en viss grense en ikke bør gå over, ...holder noe profesjonelt fortsatt"*.

Grimen (1996) fremhever at det er en forskjellig type tillit en har til venner og det en har til den profesjonelle helsearbeider. Ungdom vil stole på helsepersonell som kompetente representanter for helsestasjonen eller yrkessgruppen. Giddens (1997) kaller dette systemets kunnskapsmessige ekspertise. Det første stadiet i oppbyggingen av et tillitsforhold er tiltroen til helsepersonellens nødvendige kompetanse og at helsepersonellet er villig til å hjelpe.

#### 5.2.4 Mestring eller disempowering

Det er elementer av uforutsigbarhet i møter hvor unge tar direkte kontakt uten noen nærmere forhåndsavtaler. Det gjelder for begge parter, men i denne studien handler det kun om opplevelsene til den unge. Informantene kan fortelle om spenning, nervøsitet og om det å være litt redd og usikker før møtet. *"Det er skummelt når man skal noe første gangen, det kribler i magen også tanken hva jeg skal gjøre der"*. Likevel er initiativet tatt til å oppsøke helsestasjonen. I det ligger allerede en mobiliserende situasjon som kan føre til endring (Kieffer 1984). De har sine forventninger til hvordan møtet skal bli og hvordan de skal bli møtt. Følelsene er mange og varierte før de kommer inn til fagpersonell. I denne situasjonen skal de ta opp et behov for helsehjelp som de kanskje har brukt lang tid på for å tørre å snakke om. En informant brakte inn også det som kunne oppleves som *"...skamfullt..."* å komme med, mange er redde for at *"...noen skal få vite om..."* og andre tar opp forhold som oppleves som tabubelagt. Møtene kan ha stor betydning for den unge og deres oppfatning av helsestasjonen, helsepersonell som sådan. De vil også ha innvirkning på hvordan de evner å ta i mot kunnskap og hjelp for sitt helsebehov.

Den umiddelbare tillit og tillit til helsestasjonen er til stede (Luhman 2001, Morse 1991). Ungdom forteller i studien om sin tro på at fagpersonellet innehar den nødvendige kompetanse. I følge Watson (1985) legges grunnlaget for tillit ved en positiv prosess i møtet mellom hjelper og den unge, og mener at det er avgjørende om helsepersonellet klarer å vise sitt engasjement og innlevelse i den unges situasjon og har evne til å få tak på den andres verden og hans følelser. Til dette kreves spesielle egenskaper og profesjonell erfaring som er en forutsetning for empati (Travelbee 1999). Nærmest alle



unge i studien vektlegger det å kunne lytte som en viktig egenskap hos fagpersonell og velvilje til å forstå hva det hele handler om. Fagpersonell må kunne fortolke for å forstå med sin kjennskap til målgruppen, med sin fagbakgrunn og forforståelse (Malterud 2001). Gjennom samtalen, som er helsepersonells viktigste verktøy, får møtet med den unge utvikle seg. Beskrivelser som unge bruker som tegn på tillitskapende helsepersonell er: ”...*interesse i meg...*”, ”...*forståelsesfull...*”, ”...*hadde innlevelsessevne...*”, ”...*lytter...*”, ”...*hadde tid...*” og ”...*virker som hun bryr seg...*”. Dette er for det meste kommunikasjonsferdigheter som får en til å føle at en blir hørt og tatt på alvor som er viktig for tillitsoppbygging.

Når informantene i studien forteller om gode møter med helsepersonell, er det foruten det å kunne lytte, å ha evne til å ta på alvor og respektere deg som person og det som blir sagt. De må kunne kommunisere og involvere seg, hjelpe den unge videre i samtalen, oppklare og bruke et forståelig og direkte språk. De møter velvilje til å bli hjulpet, en høy grad av imøtekommenhet. Det handler om å skape et kommunikativt rom (Borup 2002) som støtter opp om og forberedelsen og villigheten til å snakke, lytte og gi kunnskap og informasjon. ”*Det var noe i tonefallet, noe forsiktig og hun hjalp meg videre i samtalen...*”, ”...*jeg ble mer åpen...*”.

Om samtalen skal lede til å lære noe om egen helse, må personellet inneha kompetanse på ungdomstiden, hva det innebærer og være naturlig og ekte og stimulere til at den unge får komme fram med sitt. I det ligger at det er rom også for refleksjon slik at den unges historie kommer til godt nok fram. Om helsepersonellet er i takt med lokale forhold og verdier, vil dette virke understøttende på et vidt kommunikativt rom. I motsatt fall vil det ha sine begrensninger og bli snevert med mindre effekt. En informant sier i studien noe om helsepersonells verdigrunnlag som gjør den videre samhandling vanskeligere; ”*Hun var skikkelig sur ...hun mente det var feil å bli gravid, det er jo bare noe som har skjedd...*” og ”...*en trenger ikke moralpreken...*”.

Tidsbruk kan ha betydning for utviklingen av en god samtale. En jente sa; ”...*jeg fikk for lite tid til å ta opp ting*”. En helsesamtale dreier seg om å kartlegge hvilke behov, problemer og ressurser ungdommen har, og hjelpe individet til å utforske, vurdere å foreta valg (Mæland 1999). Helsepersonellens rolle er å være samtalepartner og rådgiver i en prosess som skjer på den unges premisser der den unges behov og ressurser er i fokus. Målet er å bidra til å støtte til å øke ungdommens kunnskaper, selvinnsikt og kompetanse. Helsepersonell som signaliserer dårlig tid, som ønsker å bli fort ferdige, vil gi mindre muligheter for den unge til å komme fram med det som en jente kalte; ”...*det å få letta litt på hjertet sitt*”. Hun ville ha en samtalepartner utenom familien som hun kunne snakke med. Slike samtaler krever en viss ro og tid for at det skal oppleves som et godt møte hvor en blir møtt på det en kommer for.

Resultatene fra studien bekrefter at det er betingelser og forhold som må være til stede for at de unge skal føle at det er et møte som inspirer og motiverer til å gjøre sine helsevalg. Samtaler som gir kompetanse til å delta og påvirke kan være ledd i empowermentprosessens fem faser som Kieffer (1984) beskriver. Han deler den inn i en *mobiliserende episode* som vekker en til bevissthet gjennom det som kan utgjøre en trussel mot det som er viktig. Neste fase betegnes av *usikkerhet og begynnende analyse*

av situasjonen. Den tredje fasen er prosessen som skal føre til en forståelse av situasjonen og en vurdering av *hvilke ressurser en har til rådighet*, mens den fjerde fasen er det å *prøve ut kunnskapene og reflektere over nye erfaringer*. Den siste fasen er evne til *deltakende kompetanse*. For noen unge kan dette møtet på helsestasjonen være den mobiliserende periode eller en begynnende analyse. Men det kan også være det å få innsikt over egne ressurser og muligheter, refleksjon eller inneha deltakende kompetanse (Kieffer 1984).

Ungdom har ofte tro på egen evne til forandring (SHD 2003). Gjennom helsepersonellens evne til å gjøre tydelig og hjelpe til forståelse kommer den unge lengre i prosessen til egenmestring. Positiv forsterkning styrker mestringsforventningene. Uten tiltro til at en kan klare å utvikle nye helsevaner, vil det ikke være gjennomførbart (Bremberg 1998, Mæland 1999). Banduras sosialkognitive læringsteori handler om teorien om mestringsforventninger – tiltro til egen evne til å gjennomføre en handling, og resultatforventninger – forventninger om at atferden vil føre til et ønsket resultat (Mæland 1999). *"Man må selv finne ut hva problemet er, få snakket om det, gå i dybden..."*; *"...kunnskap gir mulighet til å hjelpe seg selv..."*. Men innimellom er det tungt å ta fatt på den endring de selv føler må til; *"jeg trengte støtte og hjelp, litt dytting"*.

Et viktig aspekt av empowerment er å aktivt ta kommandoen alene eller kollektivt. Empowerment er ikke noe som en blir gitt eller gis tillatelse til, men mer at en tilkjemper seg "makten". Det kan innebære dels en utvikling mot en spesiell måte å tenke om seg selv, at man kjenner seg verdifull, at man har en mulighet til å handle, at man har tillit til seg selv og til andre. Empowerment refererer da til menneskets indre og ytre forhold, både til innsikt og til utsikt, til følelser og kunnskap. På den måten kan en si at empowerment både er en prosess og et mål (Swift & Levin 1987). Målet er kompetanse til å delta og påvirke. Prosessen er utviklingen av ferdigheter som skal til for å nå dette målet. Empowermentprosessen kan bli sett på som å bygge opp kompetanse ved gjentatte handlinger og refleksjon (Kieffer 1984).

Når unge har et helsebehov som er enkelt eller ukomplisert og som bare krever informasjon og kunnskap for å ta gode helsevalg, er sårbarheten i møtet mindre enn om det skulle være vanskelige forhold som de ønsker å samtale om. Et opplevd vanskelig helsebehov tar tid å komme fram med, de trenger hjelp og oppmuntring i samtalen og ikke minst aktiv lytting. Som en gutt sa i intervjuet; *"...han kunne kommunisere og engasjerte seg i meg og jeg ble mer åpen og han fikk på den måten mer ut av meg"*. Det er spesielt viktig i samtale med unge å ikke bruke et for vanskelig språk, men et språk som de føler seg møtt i (Kelly 1998). *"Jeg fikk svar, det ble brukt et direkte språk og hun gikk ikke rundt grøten"*. *"Helsepersonell må ikke bruke faguttrykk som en ikke forstår"*.

Walseth og Malterud (2004) mener at ved støtte og avgivelse av makt og styring kan selvbilde endres og gi pasienten økt kontroll. Informantene ønsket hjelp til å forstå og gode forklaringer. Når helsepersonell veileder og bidrar med sin kunnskap er dette understøttende til ungdoms sortering av egne tanker (Walseth og Malterud 2004). En samtale på helsestasjonen som baserer seg på disse prinsipper gir hva en informant

tydelig sa; *"jeg blir inspirert til å hjelpe meg selv"*. Det gir en god erfaring og gode opplevelser som uttrykkes som lettelse, stolthet og en styrket selvfølelse. Det gir i tillegg en fornyet tillit til helsestasjonen og til helsepersonell generelt.

Et snevert kommunikativt rom, et disharmonisk møte som ikke bygger på samarbeid og partnerskap vil i beste fall bare være en dårlig opplevelse. Men når informanter snakker om fagpersonell som bare vil bli fortrest mulig ferdig, er rutinepreget, uinteressert, sur, avvissende, nedlatende i sin holdning og moraliserende vil det få konsekvenser som er det motsatte av empowerment; hjelpeløshet, maktesløshet og håpløshet. Det blir et møte hvor en kan snakke om disempowering hvor en i beste fall ikke er følelsesmessig samstemt (Wadel 1999) eller som Borup (2002) beskriver som et snevert kommunikativt rom. I følge Wadel kan en ustemthet som lede til en fjernhet og manglende involvering. Den unge og fagpersonen er "i" et kommunikasjonsforhold, men ikke "inne" i situasjonen. Ustemtheten kan for ungdommen oppstå når forventningene til samtalen ikke blir innfridd. Resultatet kan bli at den unge blir rådvill, opprådd, tafatt eller flau. Sterkere følelser som forulemping, krenkelse eller følelsen av å bli såret kan også forekomme. Om helsepersonell *"...bare følger boka..."* eller *"...virket rutinepreget..."*, *"...overprofesjonell – dette skal vi få gjort så fort som mulig..."*, så gjør dette noe med selve samtalen og kommunikasjonen videre. En av effektene av snevre kommunikative rom kan være mindre bruk av helsetjenester (Borup 2002).

Den naive og umiddelbare tilliten er relativt sårbar og vil forvitte dersom unge oppdager at kompetansen de hadde tro på hos helsepersonell ikke holder mål (Thorne 1993). De mister sin umiddelbare tillit (Morse 1991) og kan få en generell mistillit til helsestasjonen, men også til andre etater og personer som er en del av unges hverdag som skole, foreldre og andre voksne. *"Man får problemer med å forholde seg til alt mulig annet i helsesektoren, man blir skeptisk"*. Om den unge har hatt en tidligere erfaring selv eller at andre har fortalt at der er det greit å gå, for så å erfare det motsatte kan tilliten svekkes. En institusjons praksis er ikke gjenkjennelig og blir uforutsigbar for mennesker når meningsinnholdet i relasjonen blir uklart (Nordnes 1993). Det kan skje om unge har en forventning til at helsepersonell har taushetsplikt, og så opplever unge at deres behov for konfidensialitet ikke ivaretatt. Det skjer noe alvorlig i relasjonen som kan være vanskelig å rette opp. Resultatet kan bli som en av informantene fortalte om; *"...en følelse av svik ved brudd på taushetsplikten som gjorde at hun mistet tillit til alt... og så til skolen"*. For henne tok det fire år før hun tok ny kontakt med helsetjenesten.

Under er Borups teori om kommunikative rom (2002) satt inn i en ny ramme for å se hvordan enkle og vanskelige helsebehov kan møtes av helsepersonell og gi grunnlag for på den ene siden inspirasjon til selvhjelp med økt selvfølelse og tillitsoppbygging versus møter som resulterer i disempowering, mistillit og i verste fall uten noe ønske om å vende tilbake til vedkommende helsestasjon og helsepersonell. Om personellet ikke ivaretar ungdoms behov for konfidensialitet vil det få alvorligere konsekvenser som kan ha betydning for mer enn bruken av helsetjenesten.

<i>Kommun. rom (Borup)</i>	<i>Enkle helsebehov</i>	<i>Vanskeligere helsebehov</i>
<b>snevert</b>	<b>Disharmoni</b> noe betydning for videre kontakt  <b>Utvikler skepsis</b>  Villig til å prøve andre <i>Tillitssvekkelse</i>	<b>Disharmonisk møte</b>  <b>Disempowering</b>  Kommer ikke tilbake <i>Mistillit</i>
<b>vidt</b>	<b>Inspirert til selvhjelp</b>  <b>Empowering</b> Selvtillit økes  <i>Tillitsoppbyggende</i>	<b>Involvering Tatt på alvor</b>  <b>Mestring</b> Utvikler tro på Kommer tilbake <i>Tillit</i>

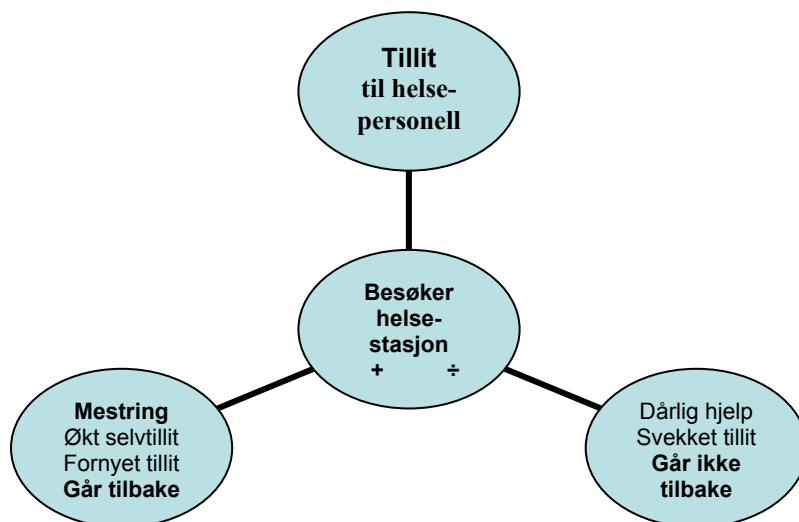
Figur 3. Figuren viser hvordan graden av kommunikativt rom kan ha innvirkning på resultatet av møtet og på tillitsoppbygging/tillitssvekkelse

### 5.2.5 Tillitssmitte

Noen møter vil være positive og noen vil være negative. Det generelle bildet en danner seg, vil en ta med seg i møtet med den enkelte (Bjørk et al. 2002). "Tillit må fortjenes", er hevdet i et av intervjuene. Det betyr at tilliten er der bare inntil videre for så å bli satt på prøve i "ansikt-til-ansikt" relasjonen når de møter på helsestasjonen selv. Den umiddelbare og naive tilliten er sårbar og forvirrer dersom kompetansen til fagpersonellet ikke holder mål (Thorne 1993). Det betyr at helsepersonell også må tydeliggjøre og få synliggjort sin kompetanse slik at unge kan få et grunnlag å gjøre vurderingen på. Om ikke, kan stereotype forestillinger om helsepersonell bli en barriere mot tillit. Oppfatninger om helsepersonell så vel som et positivt som et negativt møte vil kunne bli viderekommunisert i ungdomsgruppen. Det kan resultere i at unge gir råd til andre med behov for helsehjelp ved å anbefale helsestasjonen for ungdom. Den ene ungdoms tillit vil overdras til en annen ungdom som overtar denne tilliten; noe en kan kalle tillitssmitte. Tillitssmitte medfører at tillit knyttet til en form for relasjon eller rolle

overføres eller generaliseres til å gjelde en annen kontekst. Denne smitteeffekten er medvirkende både til at det etableres tillit og at den kan svekkes (Nordnes 1993).

Det betyr at relasjonene mellom ungdom og andres erfaringer med helsestasjonen, er av sentral betydning. Ungdom overtar den enes erfaring som igjen blir til den andres forventning. Helsepersonells taushetsplikt og verdigrunnlag som "omsorg for sin neste" kan være en rollebasert tillit som rettes mot yrkesgruppene. Denne rollebaserte tillit er en form for tillitssmitte som bidrar til å styrke unges tillit til helsestasjonen og tillit til helsepersonell generelt til å gjelde alt av helsetjenester. En tillitsoppbygging betyr at unge kommuniserer sin nye tiltro på individ og system videre i ungdomsgruppen. Det kan bety at den umiddelbare tillit, tillit til helsepersonell og det den står for, mulige tidligere positive erfaringer og det at unge har behov for hjelp vil påvirke interessen for og utvikle et forhold til helsepersonell (Luker & Chalmers 1990). Samtidig må en anta at tillit også etableres gjennom den "kommunikative refleksjon" som finner sted mellom ungdom som har hatt tilsvarende erfaringer med helsestasjonen, der ungdom sammenlikner sine erfaringer med helsestasjonen og sammen danner seg opp en mening om hva de skal synes om tilbudet. To unge med sterkt divergerende opplevelser vil i møte med hverandre måtte oppnå en slags enighet om hva helsestasjonen representerer på godt og ondt, og om den egentlig er tilliten verdig.



Figur nr.4. Mulige konsekvenser for unge i møte med helsepersonell når møtene får forskjellig karakter i innhold avhengig av samhandlingsprosessen.

Modellen ovenfor viser hvilken effekt gode (+) eller dårlige (÷) møter med helsestasjonen kan få for den enkelte ungdom. På den ene siden kan de fortelle om følelse av mestring, de blir inspirert til selvhjelp, oppnår økt selvtillit og bekreftet eller fornytt tillit til helsepersonell. Det medfører også gjerne et ønske om å ta kontakt igjen om behovet skulle melde seg. Et dårlig møte kan for det første gi liten hjelp, men også føre til svekket tillit til systemet og helsepersonell generelt. De vil dessuten ikke ha noe ønske om å gå tilbake til nettopp denne helsestasjonen eller til helsepersonellet.

### 5.3 Oppsummering

Ungdom opplever umiddelbar tillit til fagpersonell og til helsestasjon for ungdom (Hagelskjær 2004). De gir uttrykk for at det er lettere å gjøre seg nytte av denne enn annen helsetjeneste. At unge ikke har tillit til egen fastlege i prevensjonsveiledning (Sintef Unimed 2001) støtter behovet for en egen helsetjeneste for ungdom. Unge er i stor grad trygge på helsestasjonen og de har oppfatninger av hva som kan kreves av kompetanse hos fagpersonellet. Når unge formulerer at de ikke *"...tar hva som helst..."* så sier det noe om at de stiller krav. De ønsker å møte en profesjonell tjeneste. Men det er ikke alltid like lett å ta kontakt med helsestasjonen ut fra forskjellige perspektiver. Noen forhold oppleves greit å bruke helsestasjonen for, mens det kan være vanskeligere med andre ting. Det er spenning og forventninger før besøk til helsestasjonen som starter allerede på venterommet.

Unge gjør sine erfaringer i selve møtet og forteller om de gode møter hvor de opplever å bli tatt på alvor og inspirert til selvhjelp og til de mindre bra møter hvor det ikke har vært gode betingelser for den unge. Det er òg fortellinger om brudd på taushetsplikt som gjør at de har mistet den forhåndstillit de hadde til helsestasjonen.

Når ungdom i denne studien vektlegger så sterkt at tjenesten må være å kunne stole på og å være trygg på, så handler det først og fremst om at de helsebehov som presenteres skal behandles konfidensielt, at deres helsebehov ikke skal bli kjent for andre som kjenner dem. Ungdom vet at helsepersonell har taushetsplikt. I en periode vil ungdom være sårbare for andres innsyn i deres problemer. De ønsker å ha noen nøytrale voksne som er villig til å være nær og personlig, men likevel stå i dette forholdet med en viss avstand. Tillit til helsepersonellens kompetanse er nok i utgangspunktet av institusjonell karakter framkommet av andres erfaringer om helsepersonell som seriøse, ivaretaende og med ønske og vilje til å gi omsorg og hjelpe.

Når så helsepersonell ivaretar unges behov for konfidensialitet og har tillit til at de kan gjøre gode helsevalg for seg selv, vil det få en sirkeleffekt og gi fornyet eller bekreftet tillit til helsepersonell og institusjonen. Etter besøket forteller ungdommene om hva de fikk ut av møtet, hva det har betydd for dem. Dette sees i lys av at unge er sensitive og sårbare og i tillegg nye brukere av helsetjenesten med liten kompetanse på slik bruk. De har tydelige behov for kunnskap om hva og hvordan forskjellige ting henger sammen for å kunne ha en følelse av sammenheng i tilværelsen. Evner den unge i positive møter å mestre de utfordringer og de helsebehov de har presentert, vil resultatet kunne bli mestring og økt selvfølelse og selvtillit. I motsatt fall kan disharmoniske møter være disempowering og føre til tillitssvekkelse og redusert bruk av helsetjenesten.

## 6 KONKLUSJON

### 6.1 Tillit fra, gir tillit til

Tillit har vært det sentrale analytiske fokuset i denne studien. Tillit skal forstås som en grunnleggende holdning, basert på en positiv erfaring i møte med personer og institusjoner, som danner forutsetning for god kommunikasjon, læring, og i neste omgang atferdsendring. Jeg har hevdet det å skape slik tillit blant unge må stå helt sentralt i et folkehelseperspektiv rent generelt, og i møtet med helsestasjon for ungdom spesielt. Uten at denne grunnleggende tillit er til stede, vil en ikke kunne lykkes i folkehelsearbeidet. Uansett hvor godt og riktig budskapet er, vil en ikke nå fram om ungdoms relasjon til helsevesenet er preget av manglende tillit. En vil rett og slett ikke bli trodd eller tatt på alvor. Budskapet vil i stedet bli tolket som et av mange forsøk på belæring fra samfunnet og den voksne generasjon overfor de unge.

Tillit er også en forutsetning for å skape gode prosesser, der ungdom ikke bare ender opp med en mer tillitsfull relasjon til helsevesenet, men også med en større tillit til egne holdninger og vurderinger. Tillit inngår således som et sentralt element i en empowerment prosess. Tillit kan ikke bare smitte fra andre, den krever egne erfaringer. Møtet med helsestasjonen er en slik erfaring som, om den ikke er positiv fra første stund, kan virke nedbrytende, ikke bare i forhold til helsestasjonen, men i ungdommens forhold til seg selv. Av den grunn er tillit også en sentral kategori i et folkehelseperspektiv. Virkelig empowerment skjer først når ungdoms selvopplevelse er preget av tillit. Tilliten til helsevesenet og helsestasjonen kan bare være et steg – riktignok viktig – på denne vei.

Helsestasjonen har gode muligheter for å fange opp og gi støtte til ungdom som tar kontakt med helsestasjonen. Grunnlag for helsen senere i livet og vanemønstrene for videre god eller dårlig helseutvikling legges i disse årene. Mulighetene for å påvirke helsevaner er derfor størst i ungdomsårene, og det er i denne perioden ungdom bestemmer seg for en livsstil og har evne til å vurdere risiko og tenke konsekvenser av sine handlinger. Utviklingstrekk i ungdomskulturen kan få stor innflytelse på unges valg av livsstil og senere helseforhold. Ungdomsgruppen er derfor en særlig viktig målgruppe. Positive møter som styrker ungdom til mestring vil være et godt folkehelsearbeid (Engfeldt 2003). Bruk av psykologisk empowerment prinsipper innebærer støtte og styrking i forhold til å kunne påvirke egen livssituasjon. Den unges egne ressurser styrkes og kan motvirke manglende kontroll og undertrykking på ulike plan. Støtten fra helsepersonellet vil bidra til at unge får økt kontroll. Den økte mestringsevnen hos unge er en god investering og viktig ressurs for den framtidige helsen (Klepp et al.1997).

Omsorg basert på empowerment kan også være med på å styrke forholdet mellom unge og helsepersonell slik at forholdet preges av samarbeid og gjensidig respekt (Walseth & Malterud 2004). Medvirkning, partnerskap og helsepersonellens maktovergivelse er sentralt i disse møtene. Dette er med på å bygge opp tilliten til helsepersonell og til helsestasjonen som får konsekvenser for den unges videre bruk av helsetjenesten, men også for andre unges bruk av denne om tilliten overføres eller smittes. Unge har mindre

erfaring og kompetanse på nye situasjoner og vet lite hva som forventes av dem som nye brukere av helsetjenester. Unge må derfor ha tillit til sine omgivelser, kunne ta sosiale initiativ som det å ta kontakt med helsestasjonen når de har et behov for hjelp av helsepersonell selv om det innebærer en viss risiko ved samhandlingen og følelse av usikkerhet.

Ungdom viser gjennom oppmøte på helsestasjonen at de tar ansvar for egen helse når de har et helsebehov. Men en av hovedbetingelsene for at de vil bruke helsestasjonen, er respekt for deres behov for konfidensialitet. Unge synes å trenge tid til å bli kjent med helsepersonell før en tar opp litt vanskeligere forhold. Det tar tid å bygge opp et tillitsforhold, og unge må oppleve at helsepersonell er ekte og oppriktig interessert i dem og deres spesielle situasjon før de kan oppleve trygghet. På den ene siden skal det være trygt og vennskaplig, men på den andre siden må forholdet mellom unge og fagpersonell ikke bli for nært slik at det profesjonelle forsvinner. Følelsen av likeverdighet og gjensidighet kan få unge til å klare å åpne seg også for vanskelige ting. Det innebærer at helsepersonell må være villig til å avgi noe av den tradisjonelle makt som ligger i konsultasjonen og utvikle videre tro på at ungdom har evne til gode helsevalg for seg selv. Denne rollen til helsepersonell krever også trygge personer med tro på seg selv som fagfolk, noe som igjen vil reflektere trygghet i møtet med unge mennesker.

## **6.2 Praktiske implikasjoner**

Ungdom som inngår i denne studien har gjennom sine opplevelser sagt mye om hva som skal til av egenskaper hos helsepersonell som skaper og vedlikeholder tilliten, i motsatt fall hva som svekker den umiddelbare tillit som de har til helsepersonell. De har tro på og har krav til helsepersonells faglige kompetanse. Det er nødvendig at helsepersonell har kjennskap til gruppen utviklingsmessig og hvilke forhold som spesielt er viktig for individer i denne aldersgruppen. Helsepersonell bør tilbys relevante etterutdanningsprogram for å sikre en kunnskapsbasert praksis (Engfeldt 2003). Noe av innholdet i slike etterutdanningsprogram bør være å øke oppmerksomheten om kommunikasjonens betydning i møtet med ungdom.

Disse kommunikasjonsferdighetene må gjøre det lettere for ungdom å ta opp det som kan oppleves vanskelig. Likeså bør ungdommens ressurser og muligheter for selv å fremme og bevare sin helse vektlegges. Dette kan framholdes bedre om helsepersonell orienterer seg mot teorier som vektlegger hva som gir god helse mer enn hva som gjør oss syke (Antonovsky 2000). Ungdom som skal kunne mestre sine forsøk på å løse det som er vanskelig, må ha tilgang til helsepersonell å snakke med som forstår viktigheten av at tilværelsen oppfattes som begripelig, håndterbar og meningsfull (Antonovsky 2000) for derigjennom å kunne utvikle en god psykologisk og sosial kompetanse. Det vil forhindre negative og disharmoniske møter som resulterer i svekket tillit til helsestasjonen og helsepersonell generelt. I motsatt fall vil dette kunne bidra til tillitsoppbygging i helsestasjonen som igjen gir tillit til annet helsepersonell. Disse teorier vil dessuten styrke det generelle helsefremmende arbeid som gjøres på helsestasjonene.



Denne studien er ment å skulle gi bedre forståelse og innsikt i hva ungdom opplever i møtet og relasjonen med helsepersonell og helsestasjonen som system. Studien har vist at tillit og tillitsoppbygging er sentralt i møte med unge og helsepersonell. Jeg har funnet at den tillitsoppbyggende prosess er av stor betydning for hvilket utkomme møter med helsestasjonen har og får for unge. Tillit bygges hele tiden, prosessen stopper ikke, men kan lett bli brutt over tid. Tilliten er neppe særlig robust, men en skjør plante som trenger kontinuerlig vanning. Derfor må tillit alltid stå i fokus i det helsefremmende og forebyggende arbeidet blant ungdom. Den må inngå som et integrert element i selve tjenesten. Det gjelder for fagpersonell å forstå tillitens ”natur”, hvordan den oppstår, vedlikeholdes, og hvor sårbar den kan være. Tilliten avhenger opplagt av at systemer og rutiner fungerer. Helsestasjonen for ungdom er en institusjon med kunnskap, roller og rutiner som må legges til rette for at tillit etableres. Men tillit handler også mye om kommunikasjon mellom fagpersonell og klient. Ofte vil helt subtile ting være avgjørende, så som kroppsspråket.

Fenomenet tillitssmitte, at den enkelte ungdom bringer med seg egne erfaringer fra helsestasjonen med seg ut i vennekretsen og ungdomsmiljøet, gjør at kommunikasjonen ikke bare kan fungere konstruktivt det meste av tiden. Den må fungere hver eneste gang ungdom møter helsepersonell i helsestasjonen. Tillit er således noe en ikke kan ta lett på, noe en vier oppmerksomhet en gang i blant. Tilliten, og de faktorer den bygger på, er noe fagpersonell vil måtte tenke på hele tiden. For den unge kan det være et skjellsettende og viktig første møte, mens det for fagpersonellet er et møte av mange møter med ungdom den samme dag. Den sentrale betydning tillit har i møtet mellom fagpersonell og ungdom er hittil lite tematisert i fagutvikling og personalutdanning innenfor helsestasjoner for ungdom.

Om tillitsbygging ikke har en slutt, så har den en begynnelse. Den starter imidlertid ikke i det øyeblikk den unge trer over dørstokken til helsestasjonen eller banker på døren til helsepersonell. Den starter lenge før. Når, hvor og hvordan prosessen begynner er fortsatt viktig å forfølge. Det er følgelig et opplagt tema for videre undersøkelse.

## REFERANSER

- Aftenposten (2002) Fire av 10 unge sørger seg syke. Aftenposten 06.09.02, Oslo.
- Antonovsky A. (2000) *Helbredets mysterium: at tåle stress og forblive rask*. Hans Reitzels Forlag, København.
- Bak M., Gunnarson L., Ljungberg B. (1993) *Att ta emot ungdommar*. En utvärdering av ungdoms-mottagningarna i Göteborg. Göteborg Universitet, Göteborg.
- BDF (2001-2002) *Oppvekst og levekår for barn og ungdom i Norge*. St.meld.nr.39. Statens forvaltningstjeneste. Barne- og familiedepartementet, Oslo.
- Berthinussen IS. (2002) *Østenfor sol, vestenfor måne*. En studie av helsestasjonstilbudet for ungdom i Oslo. HBO-rapport 10/2002. Høgskolen i Bodø, Bodø.
- Bjørk IT., Helseth S., Nortvedt F. (2002) *Møte mellom pasient og sykepleier*. Gyldendal Norsk Forlag AS, Oslo.
- Borup IK. (2002) The school health nurse`s assessment of a successful health dialogue. *Health and Social Care in the Community* **10** (1), 10-19.
- Branstad A. (2003) Fra monolog til dialog. Fra en maktform til en annen? I *Helsefremmende arbeid i en brytningstid. Fra monolog til dialog?* (Hauge HA., Mittelmark MB. red). Fagbokforlaget, Bergen, 162-173.
- Breidablikk H-J. & Meland E. (1999) Familieoppløsning i barndom – helse og helseatferd i ungdommen. *Tidsskrift for Den norske Lægeforening* **119**, 2331-2335.
- Bremberg, S. (1999) *Bättre hälsa för barn och ungdom. En strategi för de sämst ställda*. Rapport 1998:38. Folkhälsoinstitutet, Förlagshuset Gothia AB, Stockholm.
- Cargo M., Grams D., Ottoson JM., Ward P. & Green LW. (2003) Empowerment as fostering positive youth development and citizenship. *American Journal of Health Behaviour* **27** (supplement), 66-79.
- Carlson B. (1991) *Kvalitativa forskningsmetoder*. Gummessons Tryckeri AB, Falköping.
- Charmaz K. (1995) Grounded Theory. In *Rethinking Methods in Psychology* (JA. Smith, R. Harrè & L. Van Langenhove eds). Sage, London, 27-49.
- Charmaz K. (2000) Grounded theory. Objectivist and Constructivist Method. In *Handbook of Qualitative Research* (2<sup>nd</sup> ed.). (NK. Denzin & YS. Lincoln) Sage, California, 509-536.

- Currie C., Hurrelmann K., Settertobulte W., Smith R. and Todd R. eds. (2000) *Health and Health Behaviour among Young People*. Health behaviour in school-aged children: a WHO cross-national study (HBSC) international report. WHO Europe, Copenhagen.
- Daamgaard I., Nørrelykke H. (2000) *Den personlige samtale*. En introduktion. Hans Reitzels forlag, København.
- Dahlberg K. (1997) *Kvalitative metoder för vårdvetare*. Studentlitteratur, Lund.
- Dnlf (2001) *Forskning og fagutvikling i forbyggende helsearbeid blant barn og unge*. Rapport fra arbeidsgruppe. Den norske lægeforening, Oslo.
- Dnlf (2003) *Mot i brystet ....stål i ben og armer*. Statusrapport om helse, helsefremmende arbeid for barn og ungdom. Den norske Lægeforening, Oslo.
- Eide H., Eide T. (1996) *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk*. Ad Notam forlag, Oslo.
- Eklund L. (1999) *From Citizen Participation towards Community Empowerment*. Doctoral dissertation. University of Tampere, Tampere.
- Engfeldt L. (2003) Helsestasjon for ungdom. En landsomfattende kartlegging av omfang og innhold. (Uppsats i Folkhälsovetenskap) MPH 2003:26. Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap, Göteborg.
- Erikson EH. (1968) *Barndommen og samfunnet*. Mariendals Boktrykkeri A/S, Gjøvik.
- Fog J. (1994) *Med samtalen som utgangspunkt*. Akademisk forlag, København.
- Ford CA., Millstein SG., Halpern Felsher BL. & Irwin CE. (1997) Influence of physician confidentiality assurances on adolescents' willingness to disclose information and seek future health care. A randomized controlled trial. *JAMA* **278** (12), 1029-1034.
- Gadamer HG. (1975) *Truth and Method*. The Seabury Press, New York.
- Gibson CH. (1991) A Concept Analysis of Empowerment. *Journal of Advanced Nursing* **16**, 354-361.
- Giddens A. (1997) *Modernitetens konsekvenser*. Pax forlag, Oslo.
- Gjærum B., Grøholt B., Sommerschild H. (1999) *Mestring som mulighet i møtet med barn, ungdom og foreldre*. Tano Aschehoug, Oslo.
- Glaser B. & Strauss A. (1967) *The Discovery of grounded Theory: Strategies for qualitative research*. Aldine De Gruyter, New York.
- Goffman E. (1972) *Relations in public*. Penguin Books, Harmondsworth.

- Grimen H. (1996) *Tillit og rutiner*. Notat 9618, LOS-senteret, Bergen.
- Grøholt B., Sommerschild H. & Garløv L. (2001) *Lærebok i barnepsykiatri*. Universitetsforlaget, Oslo.
- Habermas J. (1997) *Teorien om den kommunikative handlen*. Aalborg Universitetsforlag, Aalborg.
- Hagelskjær S. (2004) *Ungdoms tilfredshet med helsestasjon for ungdom*. En survey. Hovedoppgave ved institutt for sykepleievitenskap. Det medisinske fakultet. Universitetet i Oslo, Oslo.
- Hallberg L. R-M. (ed). (2002) *Qualitative Methods in Public Health Research – Theoretical Foundations and Practical Examples*. Studentlitteratur, Lund.
- Hargie O., Sounders C. & Dickson, D. (1994) *Social skills in interpersonal communication*. Routledge, London & New York.
- Helsedirektoratet (1987) *Ottawa-charteret om helsefremmende arbeid*. Oversatt fra WHO 1986, Oslo.
- Helseth S. (2002) Hjemmebesøket. I *Møte mellom pasient og sykepleier*. (Bjørk IT., Helseth S. & Nortvedt F. red). Gyldendal Norsk Forlag AS, Oslo. 23-37.
- Helstela L., Sourander A. (2001) Self-reported competence and emotional and behavioral problems in a sample of Finnish adolescent. *Nordic Journal of Psychiatry* **55** (6), 381-385.
- Haavet OR. & Grünfeldt B. (1997) Er barns livserfaringer av betydning for somatisk sykdomsutvikling? *Tidsskrift for Den norske Lægeforening* **25**, 3644-3647.
- Israel BA., Checkoway B., Schulz A. & Zimmerman M. (1994) Health education and community empowerment. Conceptualizing and measuring perceptions of individual, organizational and community control. *Health Education Q* **21** (2), 149-170.
- Jacobsen L., Richardson G., Parry-Langdon N. & Donovan C. (2001) How do teenagers and primary healthcare providers view each other? *British Journal of General Practice* **51** (471), 811-816.
- Jentoft G. (1995) Åpen dør i skolehelsetjenesten. I *Ungdom for helse*. (Klepp K-I., Thuen F. & Wilhelmsen BU. red). Kommuneforlaget AS, Oslo, 6-17.
- Kalnins I., McQueen DV., Backett KC., Curtice L. and Currie CE. (1992) Children, empowerment and health promotion: some new directions in research and practice. *Health Promotion International* **7**, No.1.

- Kee HW., Knox RE. (1970) Conceptual and Methodological Considerations in the Study of Trust and Suspicion. *Journal of Conflict Resolution* **14**, 357-366.
- Kelly K.B. (1998) *Ungdomsmedicin*. Liber AB, Stockholm.
- Kieffer CH. (1984) Citizen empowerment: a developmental perspective. In *Studies in empowerment: steps toward understanding and action*. (Rapaport J. & Hess R. eds.) Howarth Press, New York.
- Kierkegaard S. (1848) Synspunkter for min Forfatter-Virksomhed. En ligefrem Meddelelse, Rapport til Historien. Annet avsnitt, kap.1, § 2. Posthumt utgitt 1859.
- Klepp K-I., Thuen F. & Wilhelmsen BU. (1995) *Ungdom for helse*. Fra teori til praksis i helsefremmende arbeid med ungdom. Kommuneforlaget AS, Oslo.
- Klepp K-I., Natvig Aas H., Mæland JG. & Alsaker F. (1996) Selvrapportert helse blant yngre tenåringer. *Tidsskrift for Den norske Lægeforening* **17**, 2032-2037.
- Klepp K-I., Aarø L.E, Rimpelä M. (1997) Ungdom, samfunn og helse. I *Ungdom, livsstil og helsefremmende arbeid*. (Klepp K-I. & Aarø LE red.) Universitetsforlaget, Oslo, 9-21.
- Kvale S. ed. (1989) *Issues of Validity in Qualitative Research*. Studentlitteratur, Lund.
- Kvale S. (1996) *Interviews*. Sage Publication, Thousand Oaks.
- Luker KA. & Chalmers KI. (1990) Gaining Access to Clients: The case of Health-Visiting. *Journal of Advanced Nursing* **15**, 74-82.
- Luhman N. (1999) *Tillid - en mekanisme til reduktion af social kompleksitet*. Hans Reitzels Forlag, København.
- Lögstrup K. (1978) *Skapelse og tilintetgjørelse*. Metafysik IV. Gyldendal, København.
- Malterud K. (2001) Qualitative research: standards, challenges and guidelines. *Lancet* **11**, 358: 483-488.
- Malterud K. (2003) *Kvalitativ metode i medisinsk forskning. En innføring*. Tano Aschehoug, Oslo.
- Mishler EG. (1986) *Research interviewing. Context and narrative*. Harvard University Press, Cambridge.
- Morse J. (1991) Negotiating Commitment and Involvement in the Nurse-Patient Relationship. *Journal of Advanced Nursing* **16**, 455-468.

- Mæland JG. (1999) *Forebyggende helsearbeid i teori og praksis*. Tano Aschehoug, Oslo.
- Nordnes MB E. (1993) *Konto for tillit. Tillit i sosiale relasjoner*. En sosiologisk undersøkelse av forholdet mellom kunde og bank. Hovedoppgave i Samfunnsvitenskap. Universitetet i Tromsø, Tromsø.
- Norges Røde Kors (2001) *Sosial puls. Brister i velferdssamfunnet*. Norges Røde Kors, Oslo.
- NOU (1998) *Det er bruk for alle. Styrking av folkehelsearbeidet i kommunene*. Oslo: Statens forvattningstjeneste, NOU 1998:18. Norges offentlige utredninger, Oslo.
- Ohnstad A. (1998) *Den gode samtalen*. Samlaget, Oslo.
- Ostrov E., Offer D. & Howard KI. (1989) Gender differences in adolescent symptomatology: a normative study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* **28** (3), 394-398.
- Rapaport J. (1981) In praise of paradox: a social policy of empowerment over prevention. *American Journal of community Psychology* **9**, 1-25.
- Ravn Olesen B. (1997) *Omsorg som profession – en studie af roller og replikker i sundhedsplejebesøget*. Munksgaard, København.
- Richardson BK. (1987) Seven ways to win your patient's trust. *Nursing* **3**, 44-45.
- Robson C. (1993) *Real world research. A resource for social scientists and practitioner researchers*. Blackwell Publishers Ltd., Oxford.
- SHD (2000) *Faktarapport om årsaker til psykiske plager og lidelser*. Sosial- og helsedirektoratet, Statens trykksakekspedisjon, I-0982B, Oslo.
- SHD (2003) Foreløpig rapport. *Helsestasjon for ungdom - et helsetilbud på ungdoms premisser*. Sosial- og helsedirektoratet, Oslo.
- Sintef Unimed (2001) *Forsøk med samliv- og prevensjonsveiledning i kommuner 1997-2000*. Hovedrapport. Seksjon for Epidemiologisk forskning. Sintef-Unimed, Trondheim.
- Skårderud F. (1999) *Uro: en reise I det moderne selvet*. Aschehoug, Oslo.
- SOU (1997) *Røster om barns och ungdommars psykiska hälsa. Delbätänkande av Barnpsykiatrikommittèen*. SOU 1997:8. Socialdepartementet. Statens offentliga utredningar, Stockholm.

- SOU (1998) *Det galler livet. Stod og vard till barn och ungdomar med psykiska problem. Slutbetankande av Barnpsykiatrikommitten*. SOU 1998:31. Socialdepartementet. Statens offentliga utredningar, Stockholm.
- Solvang IL., Kilsti S. (2000) *Ungdom og mental helse*. En kvalitativ undersokelse for SHD og Mental Helse. Norsk Gallup Institutt A/S, Oslo.
- Statens helsetilsyn (1998a) *Helsefremmende arbeid for barn og unge 0-20 ar*. IK-2621, Statens helsetilsyn, 5-98, Oslo.
- Statens helsetilsyn (1998b) *Veileder for helsestasjon og skolehelsetjenesten*. Statens helsetilsyn, 2-98, Oslo.
- Statens helsetilsyn (2001) *Oppsummering av felles tilsyn med skolehelsetjenesten 2000*. Statens helsetilsyn, Oslo.
- Strauss A. & Corbin J. (1998) *Basics of qualitative research*. Sage publications, Thousand Oaks.
- Starrin B. & Svensson, P. (1996) *Kvalitative metoder i teori och praktik*. Studentlitteratur, Lund.
- Steil L. (1991) Listening training: the key success in today's organizations. In *Listening in everyday life*. (Borisoff D. & Purdy M. eds). University of American Press, Maryland.
- Sverdrup S. & Lunde TK. (2000) *Evaluering av Handlingsplan 1995-1998 for forebygging av uonskede svangerskap og abort*. Asplan Analyse, Sandvika.
- Swift C. & Levin G. (1987) Empowerment: An emerging Mental Health Technology. *Journal of Primary Prevention* **8** (1-2), 71-94.
- Sørensen M., Graff-Iversen S., Haugstvedt K-T., Enger Karlsen T., Narum IG. & Nybø A. (2002) Empowerment i helsefremmende arbeid. *Tidsskrift for Den norske Legeforening* **122**, 2379-2383.
- Thom DH. (2001) Physician behaviors that predict patient trust. *Journal of Family Practice* **50**, 323-328.
- Thorne SE. & Robinson CA. (1988) Reciprocal trust in health care relationships. *Journal of Advanced nursing* **13**, 782-789.
- Thorne SE. (1993) *Negotiating health care. The social context of chronic illness*. Sage Publication, London.
- Travelbee J. (1999) *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Universitetsforlaget, Oslo.

- Ungdomsinformasjonen Nordland (2001) *Intern rapport Klara Klok*.  
Ungdomsinformasjonen Nordland, Bodø.
- Wadel C. (1991) *Feltarbeid i egen kultur – en innføring i kvalitativt orientert samfunnsforskning*. Seek a/s, Flekkefjord.
- Wadel C. (1999) *Kommunikasjon- et mangfoldig samspill*. Seek a/s, Flekkefjord.
- Walseth TL., Malterud K. (2004). Salutogenese og empowerment i allmennt medisinsk perspektiv. *Tidsskrift for Den norske Lægeforening* **124**, 65-66.
- Wallston KA., Wallston BS. & Gore S. (1973) Development of a scale to measure nurses' trust of patients. *Nursing Research* **22**(3), 232-235.
- Watson J. (1985) *Nursing. The Philosophy and Science of Caring*. Colorado Associated Press, Colorado.
- WHO (1987) *Helse for alle innen år 2000*. Helsedirektoratet, Oslo.
- WHO (1999) *Programming for Adolescent health and Development*. Report of a WHO/UNFPA/UNICEF study Group on Programming for Adolescent Health. WHO, Geneva.
- Wilkinson R. & Marmot M. (red). (1998) *Solid facts. Social determinants of health*. WHO Europe, Copenhagen.
- Wold B., Hetland J., Aarø LE., Samdal O., Torsheim T. (2000) *Utviklingstrekk i helse og livsstil blant barn og unge fra Norge, Sverige, Ungarn og Wales*. HEMIL- rapport nr. 1. Universitetet i Bergen, Bergen.
- Zimmermann M. & Rapaport J. (1988) Citizen participation, perceived control and psychological empowerment. *American Journal of Community Psychology* **16**, 725-750.
- Aarø LE. (1997) Skolen – ressurs eller risikofaktor? I *Ungdom, livsstil og helsefremmende arbeid*. (Klepp K-I. & Aarø LE red.) Universitetsforlaget, Oslo, 214-225.
- Aarø LE., Haugland S., Hetland J., Torsheim T., Samdal O. & Wold B. (2001) Psykiske og somatiske plager blant ungdom. *Tidsskrift for Den norske Lægeforening* **121**, 2923-2927.
- Aavitsland P. (2004) Den nye chlamydiaepidemien blant ungdom. *Tidsskrift for Den norske Lægeforening* **124**, 1617.



