



UiT Norges arktiske universitet

Det helsevitenskapelige fakultet

Helsestasjon for ungdom anno 2022

Gutter sin oppfatning av helsestasjon for ungdom

Elin Brenden

Masteroppgave i helsesykepleie, HEL-3964, november 2022

Forord

Når jeg nå skriver ned de siste ordene i denne masteroppgaven ser jeg tilbake på en spennende, lærerik, men også krevende periode. Det har vært en bratt læringskurve som har gitt meg erfaringer jeg ikke ville vært foruten.

Jeg vil benytte denne muligheten til å takke alle som har gjort det mulig.

Først om fremst takk til alle guttene som lot seg intervjuet. Takk for ærlige tanker, meninger, og reflekterte uttalelser. Dere er grunnlaget for at prosjektet kunne gjennomføres.

Takk til helsesykepleiere og ansatte på skolene som hjalp til å rekruttere og tilrettelegge for intervjuer.

En stor takk til min kunnskapsrike veileder, Lisbeth Valla. Takk for uvurderlig faglige innspill og veiledning, tålmodighet og oppmuntring gjennom hele prosjektet. Din støtte og engasjement har vært av stor betydning for å nå målet.

Videre vil jeg benytte anledningen til å takke kollegaer og mine fine medstudenter som har bidratt med inspirerende diskusjoner og motivasjon. En ekstra takk til min medstudent Emilie som alltid har vist interesse og engasjement for prosjektet. Helsesykepleierfaget er heldige som har deg med på laget.

Avsluttende vil jeg si takk til min kjære Morten, venner og familie for alt dere har vært i denne perioden. Takk for alt fra forståelse, korrekturlesing og uendelig støtte. Takk for at dere aldri slutter å heie!

Elin Brenden

November, 2022

Sammendrag

Bakgrunn: Helsestasjon for ungdom er et av de viktigste lavterskeltilbudene til ungdom i alderen 13-23 år. Helsestasjon for ungdom er en tjeneste som har gode besøkstall, som viser at tilbudet blir benyttet. Samtidig er det en stor kjønnsforskjell i bruk. Nyeste forskning viser til at 8 % av guttene på videregående skole i Norge har brukt helsestasjon for ungdom siste året, mot 27 % av jentene (Bakken, 2022). Nasjonal faglige retningslinjer peker ut en sterk anbefaling om at helsestasjon for ungdom må tilrettelegges for å nå flere gutter, uten at besøkstallene har blitt endret.

Formålet med studien var å belyse gutter sin oppfatning av helsestasjon for ungdom, for å bedre kunne forstå hvordan tjenesten kan tilrettelegges for å være et mer aktuelt tilbud til gutter.

Problemstilling: Hvilke oppfatninger har gutter som går siste året på videregående skole av helsestasjon for ungdom?

Teori: De teoretiske perspektiver som er inkludert i oppgaven er helsefremmende og forebyggende arbeid, og herunder teori om salutogenese og opplevelse av sammenheng (OAS), brukermedvirkning og teori om ungdomstiden.

Metode: Denne studien har en kvalitativ metode. Utvalget består av åtte gutter som går siste året på videregående skole på tre ulike skoler. Datainnsamlingen er gjennomført med individuelle intervju ved bruk av semistrukturert intervjuguide. Analysen av datamaterialet ble gjennomført med Braun og Clarke sin tematiske analyse.

Resultat: Den tematiske analysen avdekket fem kategorier som utgjør det empiriske materialet. Funn i studien viser at informantene fremhever at helsestasjon for ungdom oppfattes som lite tilgjengelig, samtidig som at det er et lavterskeltilbud de ønsker å kunne benytte seg av. Videre viser funn at informantene har en oppfatning om at helsestasjon for ungdom er en trygg plass å ta kontakt, men at de viser til at gutter og jenter har ulike behov. Til slutt hadde informantene i studien klare forventninger om at helsesykepleier skulle ha nok ressurser og kunnskap til å kunne ivareta gutter som besøker helsestasjon for ungdom.

Avslutning: Funnene i studien belyser hvilke oppfatninger informantene har til helsestasjon for ungdom og viser både til styrker og svakheter med dagens tilbud. Funnene er diskutert opp mot tidligere forskning og viser et behov for å tilrettelegge tjenesten for å kunne nå flere gutter.

Nøkkelord: Helsestasjon for ungdom, gutter, helsefremmende og forebyggende arbeid, brukervedvirkning, kvalitativ, tematisk analyse

Summary

Background: Adolescent health clinics are among the most important low-threshold services for adolescents aged 13-23 years. These clinics have high visitor numbers which shows they are being used; however, there is a large difference in use between sexes. The latest research shows that 8 % of boys in upper secondary school in Norway have used an adolescent health clinic in the past year, compared to 27 % of girls (Bakken, 2022). National professional guidelines have strongly recommended that the health centers increase outreach towards boys, but the visitor numbers have not changed.

The aim of this study was to examine boys' perceptions of adolescent health centers to better understand how they can be a more relevant low-threshold service for this population.

Research question: What perceptions do boys in their last year of upper secondary school have of adolescent health clinics?

Theory: The theoretical perspectives applied in this thesis were health-promoting and preventive, including the theory of salutogenesis, experience of connection (EOC), user participation, and theory of adolescence.

Method: This study used a qualitative approach. The sample included eight boys in their last year of upper secondary school at three different schools. Data were collected from eight individual interviews using a semi-structured interview guide. The data analysis was conducted using Braun and Clarke's thematic analysis.

Result: The thematic analysis revealed five categories comprising the empirical material. The findings showed that the informants perceived the adolescent health clinic as difficult to access, but a low-threshold service that they would like to use. Furthermore, findings show that they have a perception that adolescent health clinics are a safe place to make contact, but noted that boys and girls have different needs. Lastly, the informants had clear expectations that public health nurses should possess the resources and knowledge to care for boys who visit the adolescent health clinic.

Conclusion: This study examined the perceptions of adolescent health clinics carried by boys in upper secondary school and highlighted both the strengths and weaknesses of the services currently offered. The findings are discussed relative to previous research and show a need to better organize the clinics in order to reach more boys.

Keywords: Adolescent health clinics, boys, adolescents, health promotion and preventive work, user participation, qualitative, thematic analysis

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	1
1.1	Bakgrunn.....	2
1.1.1	Kjønnsforskjeller av helse i ungdomstiden.....	2
1.1.2	Helsestasjon for ungdom	3
1.2	Problemstilling og hensikt	4
1.3	Begrepsavklaring.....	5
2	Tidligere forskning	6
2.1	Forskjell på bruk av helsetjenester for ungdom blant gutter og jenter	6
2.2	Mulige barrierer og fremmede faktorer for å bruke helsetjenester for ungdom	7
2.3	Helsesykepleier og helsefremmende arbeid	9
2.3.1	Relasjonens betydning i forebyggende og helsefremmende arbeid.....	9
3	Teoretisk perspektiv.....	11
3.1	Helsefremmende og forebyggende arbeid.....	11
3.1.1	Salutogenese og opplevelse av sammenheng (OAS).....	11
3.1.2	Empowerment: brukermedvirkning	13
3.2	Ungdomstiden	14
4	Vitenskapsteoretisk perspektiv	16
4.1.1	Hermeneutikk.....	16
4.1.2	Fenomenologi	17
4.2	Forforståelse.....	17
5	Metode	20
5.1	Metodologi.....	20
5.2	Utvalg og rekruttering	20
5.2.1	Rekruttering av informanter.....	21
5.3	Verktøy og datainnsamling.....	21
5.4	Gjennomføring av intervjuene	22

5.4.1	Refleksjoner av intervjuopprosess	23
5.5	Transkripsjon	23
5.6	Dataanalyse	23
5.6.1	Analyseprosessen	24
5.7	Metodiske refleksjoner	27
5.7.1	Reliabilitet.....	27
5.7.2	Validitet og overførbarhet.....	28
5.7.3	Metodekritikk.....	29
5.8	Forskningsetiske overveielser	30
5.8.1	Informert samtykke	30
5.8.2	Konfidensialitet.....	31
6	Presentasjon av det empiriske materialet	32
6.1	Tilgjengelig tilbud	32
6.1.1	Informasjonsbehov	32
6.1.2	Lettere å bruke skolehelsetjenesten	33
6.1.3	Synlighet.....	34
6.2	Behov for et lavterskeltilbud utenom skoletid	34
6.2.1	Åpent når det er behov	35
6.2.2	Digital kommunikasjon	35
6.3	Trygghet.....	36
6.3.1	Relasjon	37
6.4	Helsestasjon for ungdom – jentenes arena?.....	37
6.4.1	Gutter og jenter har ulike behov	38
6.4.2	Kleinere å være gutt som trenger noen å snakke med.....	39
6.5	Forventninger til tilbudet	39
6.5.1	Tilstrekkelig fagkompetanse.....	39
6.5.2	Tillit til tjenesten	40

6.5.3	Å bli tatt på alvor.....	40
7	Diskusjon.....	41
7.1	Tilgjengelighet	41
7.2	Behovet for et lavterskeltilbud utenom skoletid	43
7.3	Betydningen av trygghet.....	45
7.4	Gutter og jenter har ulike behov.....	48
7.5	Forventninger til helsestasjon for ungdom	50
8	Avslutning	53
8.1	Implikasjoner for praksis og videre forskning	53
	Referanseliste	56
	Vedlegg 1: Informasjonsskriv til ledende helsesykepleier, rektor og helsesykepleier i skolehelsetjenesten	61
	Vedlegg 2: Informasjonsskriv og samtykkeskjema.....	62
	Vedlegg 3: Intervjuguide	65
	Vedlegg 4: Fremleggsvurdering REK	66
	Vedlegg 5: Svar fra NSD.....	68

Tabelliste

Tabell 1 – Eksempel fra analyseprosessen	25
--	----

1 Innledning

Det er viktig at helsetjenester er godt tilpasset ungdom. På denne måten har vi en unik mulighet til å forebygge og behandle tidlig, og i tillegg er erfaringer ungdom gjør seg viktig for å legge grunnlag for deres videre relasjon til helsetjenester senere i livet (World Health Organization, 2012).

Det har i flere år vært et politisk satsningsområde å utjevne forskjeller i helse og helsetjenestebruk og sikre likeverdige helsetjenester uavhengig av diagnose, bosted, kjønn og livssituasjon (Barne- og familiedepartementet, 2008; Helse- og omsorgsdepartementet, 2016a). I Stortingsmelding nr. 8 blir det påpekt at ved å utjevne forskjellene kan det medvirke til å bedre helsen til befolkningen og i tillegg gi en bedre kvalitet på helse- og omsorgstjenestene. Elementer som trekkes frem i arbeidet er et innarbeidet kjønnsperspektiv i helse- og omsorgstjenestene, økt forskning om helse og økt kunnskap om kjønnsforskjeller i bruken av helsetjenester (Barne- og familiedepartementet, 2008).

Helsestasjon for ungdom er et supplement til skolehelsetjenesten, og har på lik linje mål om å øke ungdoms helse og trivsel (Økland & Glavin, 2009). Helsestasjon for ungdom er et lavterskel-tilbud til ungdom i alderen 13-20 år og skal være en del av den lovbestemte helsetjenesten i kommunen. Tjenesten er en bidragsyter og pådriver i arbeidet for å nå nasjonale mål og prioriterte innsatsområder overfor ungdom (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016a).

Det har de siste årene blitt satt søkelys på hvorfor flere jenter enn gutter oppsøker helsetjenester for ungdom, men uten konsensus i årsak (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). I 2017 ble det etablert en sterk anbefaling i nasjonale faglige retningslinjer for helsestasjon for ungdom at:

Helsestasjon for ungdom (HFU) bør, ved behov, sette i verk tiltak for å nå gutter i større grad, og dermed jevne ut forskjeller i bruk av tjenesten. For å nå frem til gutter i større grad, er det viktig at guttene opplever god tilgang til skolehelsetjenesten og HFU, og at tilbudet tilpasses gutters behov (Helsedirektoratet, 2017).

Likevel ser vi at gutter oppsøker helsetjenester i mye lavere grad enn jentene, og kjønnsforskjellen ser ut til å øke med alderen. Årets Ungdata-rapport viser til at 8 % av guttene på videregående skole i Norge har brukt helsestasjon for ungdom siste året, mot 27 % av jentene (Bakken, 2022). Det vises også til funn om at besøkstallene for gutter til

helsesykepleier på skolen og helsestasjon for ungdom er på vei nedover (Bakken, 2022). Flere forhold kan tyde på at gutter ikke har mindre behov for hjelp enn jentene. Rapporter viser blant annet at selvmordsraten er dobbelt så høy for gutter som for jenter, gutter faller i større grad ut av skolesystemet og rammes oftere av atferds- og konsentrasjonsproblemer. I tillegg får flere gutter enn jenter alkohol – og stoffavhengighet. Gutter er også, på lik linje som jenter, disponert for sosiale utfordringer med kroppspress, seksuelle krenkelser og andre faktorer som kan påvirke psykisk helse (Derdikman-Eiron et al., 2012; Kendler et al., 2003; Rasmussen et al., 2014). I tillegg viser rapporter at tre ganger så mange jenter som gutter tester seg for seksuelt overførbare sykdommer, samtidig som gutter har høyere prosentandel av positive tester sett i forhold til de som tester seg (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016b). På bakgrunn av dette vil det derfor vært viktig å se på helsetilbudet til denne gruppen og finne ut hvordan helsetjenester som helsestasjon for ungdom bør tilrettelegges for å være et attraktivt tilbud for gutter i ungdomsalderen.

1.1 Bakgrunn

1.1.1 Kjønnforskjeller av helse i ungdomstiden

Ungdomstiden kan bli beskrevet som en fin, men også kaotisk og krevende periode for mange. Overgangen fra barn til ungdom eller ungdom til voksen fører med seg endringer både kroppslig, sosialt og relasjonelt (Tetzchner, 2019). I Ungdata-undersøkelser blir ungdom bedt om å rapportere egen situasjon på flere områder – for eksempel helse, holdninger eller rus. Den siste rapporten viser at hele 85 % av ungdommen har det bra og er stort sett fornøyd med den selvrapporterte fysiske og psykiske helsen sin, gutter i noe høyere grad enn jenter. Samtidig kan vi se at guttene rapporterer høyere bruk av rusmidler eller begåtte kriminelle handlinger (Bakken, 2022). Ungdata-undersøkelsen viser oss også at gutter sjeldnere fullfører videregående opplæring sammenlignet med jenter (Bakken, 2022).

Kjønnforskjeller i den selvrapporterte opplevelsen av helse kan ifølge flere studier skyldes at jenter og gutter reagerer og håndterer utfordringer på ulike måter. Forventninger til kjønn kan spille inn på ungdommens vurdering av egen mestring og engasjement. Gutter kan være mindre villige enn jenter til å rapportere om følelser ettersom det kan passe bedre inn i et feminint enn i et maskulint ideal (Collishaw, 2015; von Soest & Wichstrøm, 2014; Sletten & Bakken, 2016).

I tenårene er gutter oftere utsatt for skader og ulykker, og diagnostiseres oftere med for eksempel adferdsproblematikk som ADHD og andre hyperkinetiske lidelser eller utviklingsforstyrrelser enn jenter. Jenter har hyppigere selvskadingsproblematikk og selvmordstanker, mens gutter langt oftere enn jenter tar selvmord (Mæland & Haugland, 2007; Grøholt et al., 2019).

Aarø, Samdal & Wold (2017) viser til at jenter ofte internaliserer vanskelige følelser – «reagerer innover» og får helseplager, mens gutter kan «reagere utover» - eksternaliserer med aggressiv og utagerende adferd. Noen av kjønnsforskjellene kan også være kulturbetinget som at guttene kan leke hardere og driver med mer tøffere fysisk aktivitet. På denne måten kan de være mer utsatt for skader (Mæland & Haugland, 2007). Med bakgrunn i statistikken vist tidligere, kan vi tolke en kjønnsforskjell i handlingsmønster og uttrykk. Funn i studier viser at dersom gutter oppsøker helsetjenester er det ofte med et «fysisk problem» - de bruker lang tid på å etablere tillit for dypere samtale. Dette belyser viktigheten av at helsepersonell har kunnskap om kjønnsforskjeller i tilnærmingen til ungdom (Granrud et al., 2019).

1.1.2 Helsestasjon for ungdom

Helsestasjon for ungdom ble en lovpålagt helsetjeneste for kommuner i 2003 (Økland & Glavin, 2009). Alle kommuner skal ifølge forskrift om helsestasjon- og skolehelsetjenesten §3 ha et gratis tilbud i helsestasjonstjenesten for ungdom opp til 20 år (Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten, 2018). Noen kommuner har hevet aldersgrensen til 25 år. Helsestasjon for ungdom har egen nasjonal faglig retningslinje som lovfester og gir anbefalinger til hvordan helsestasjonen skal rette arbeidet mot barn og unge (Helsedirektoratet, 2017). Mange bruker tjenesten for å få svar på spørsmål knyttet til seksuell helse, prevensjon og seksuelt overførbare infeksjoner. Tjenesten benyttes også av ungdom som har behov for å snakke om eksempelvis kjærlighetssorg, spiseforstyrrelser, selvbilde, mobbing og rusmidler. Det er vektlagt at helsestasjon for ungdom skal være et supplement for skolehelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2017). Helsestasjon for ungdom, sammen med skolehelsetjenesten, er regnet som en av de viktigste lavterskel helsetjenestene for ungdom (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016a). Helsestasjon for ungdom er et tilbud til alle ungdommer i alderen 13-20 år. Helsepsykepleiere er derfor i en unik posisjon hvor de kan komme i kontakt med en bred gruppe ungdom. Skolehelsetjenesten vil kunne dekke flere av ungdommens behov for helsepsykepleier, men helsestasjon for ungdom vil også kunne nå ungdom som har droppet ut av skolen av ulike årsaker, og lærlinger og ungdom som ønsker å

benytte tjenesten utenfor skoletid. Helsestasjon for ungdom har gjerne åpningstider om ettermiddagen eller kveldstid, noe som gjør at ungdom ikke trenger å være borte fra skole eller arbeid for å oppsøke tjenesten.

Det er en sterk anbefaling i Nasjonale faglige retningslinjer for helsestasjon – og skolehelsetjenesten å iverksette tiltak for å få flere gutter til å oppsøke helsestasjon for ungdom (Helsedirektoratet, 2017). Retningslinjen henviser til eksempler på tiltak som at gutter må kjenne til tilbudet, ha egne guttedager på helsestasjon for ungdom eller skape muligheter for å ta kontakt via digital kommunikasjon. Andre tiltak som nevnes er for eksempel å ansette mannlig helsepersonell samt å sørge for at guttene får være med å utvikle tjenesten gjennom brukergrupper og fokusgrupper. Disse tiltakene bygger på tidligere forskning (Helsedirektoratet, 2017). I Norge har flere kommuner forsøkt å sette inn ulike tiltak, og noen kommuner har åpnet helsestasjon for gutter (HFG) som innebærer noen timer eller hele dager som er forbeholdt guttene. Flere kommuner som har forsøkt å tilrettelegge viser til gode tilbakemeldinger fra guttene, og at antall guttebesøkende har fordoblet seg. Andre kommuner viser til at tilrettelegging ikke har gitt ønsket effekt, og det lite konsensus i årsak (Økland & Glavin, 2009).

1.2 Problemstilling og hensikt

Hensikten med oppgaven er å søke større innsikt og forståelse av gutter sin oppfatning knyttet til helsestasjon for ungdom. Dette vil kunne bidra med kunnskap til arbeidet helsesykepleier gjør for å utvikle et helsetilbud som er like attraktivt, ufarlig og relevant for begge kjønn. I dette vil brukermedvirkning være sentralt.

Som nevnt innledningsvis ble det i 2019 kunngjort en sterk anbefaling i Nasjonal faglige retningslinjer om at helsestasjon for ungdom og skolehelsetjenesten skal tilrettelegge for å nå flere gutter inn i tjenesten. Samtidig viser nyeste Ungdata-rapporter at det på landsbasis ikke har vært noen endring i antall besøk av gutter (Bakken, 2022). Årsakene kan tenkes å være mangel på ressurser og bemanning i kommunene, eller at tiltakene som er iverksatt ikke har fanget guttenes ønsker. Det vil derfor være viktig å undersøke hva guttene tenker og mener om helsestasjon for ungdom.

Problemstillingen i denne studien vil med dette være som følger:

- *Hvilken oppfatning har gutter som går siste året på videregående skole av helsestasjon for ungdom?*

1.3 Begrepsavklaring

Dette avsnittet tar for seg de viktigste begrepene som er relevante for problemstillingen og oppgaven.

Oppfatning: Oppfatning ligger til grunn i å mene og fortolke noe (Thornquist, 2018). I denne oppgaven ønskes det å studere guttene sin mening, holdning og tanker om helsestasjon for ungdom. Disse meningene og fortolkningene kan være oppfattelser fra både teoretiske, praktiske og kulturelle lærdommer (Thornquist, 2018). Med å undersøke guttene sin oppfatning er det nærliggende å tro at oppfatning kan tolkes som egen og andres erfaringer. Det vil være viktig at intervjuguiden setter rammer for å undersøke deres generelle oppfatning av helsetjenesten. Det vil med andre ord ikke være et krav om guttene selv har erfaring med helsestasjon for ungdom.

Gutter: Kjønn kan sies å være en grunnleggende side ved en persons identitet (Barne- og familiedepartementet, 2008). Kjønn kan deles opp i tre kategorier. Biologisk kjønn; det kjønn du er født med. Psykologisk kjønn; det kjønn du føler deg som. Sosialt kjønn; det kjønn andre oppfatter deg som og som du sosialiseres inn i (Barne-ungdoms- og familiedirektoratet, 2015). Studien vil ta utgangspunkt i gutter etter biologisk kjønn.

2 Tidligere forskning

I forkant av søket etter tidligere forskning ble problemstillingen satt inn i et PICO-skjema. Hvilken oppfatning (O) har gutter (P) av helsetjenesten helsestasjon for ungdom (I)? Det ble notert ulike synonymer og aktuelle søkeord. Synonymer ble funnet gjennom MeSh begrep og bruk av ordnett.no. Gutter: boy*, young boy*, young men, adolesc*, youth*. Helsestasjon for ungdom: health clinic*, health centre, health station, health services, health*, health behaviour. Oppfatning: understand*, opinion, perception, view*, meaning. Søkeordene ble brukt med å kombinere ulike søkeord med OR, AND og NOT. Det ble gjennomført søk i databasene Google Scholar, Medline, Cinahl og Pubmed. Det ble satt inklusjonskriterier med kjønn (gutter), alder (13-24 år), publisert (>2010) og språk (norsk, svensk, dansk, engelsk), land (Europa, USA, Australia og Canada). Eksklusjonskriterier: forskning gjort på spesifikk ungdomsgruppe (minoriteter).

Andre inklusjonskriterier for søk var at studien måtte ha overføringsverdi til norsk skolehelsetjeneste og helsestasjonstilbud og være overførbart til helsesykepleiere. Ettersom faget stadig er i endring satt jeg eksklusjonskriteriet på at artiklene ikke skulle være eldre enn fra 2010. Jeg begynte med å lese artiklenes tittel og sammendrag. Deretter valgte jeg ut hvilke jeg fant interessante for å besvare oppgavens tema og problemstilling.

Dette søket viste seg å ikke være presist nok ettersom jeg fikk mange treff, hvor ikke alle var relevante, men ga nye ord til søkene (help-seeking behaviour og public health). Dette ga færre, men relevante treff.

2.1 Forskjell på bruk av helsetjenester for ungdom blant gutter og jenter

Finpå et al. (2017) gjennomførte en studie hvor det ble undersøkt hvordan norsk ungdom sin bruk av skolehelsetjenesten var opp mot egenvurdert helse. Utvalget besto av 12 000 ungdommer mellom 13-16 år. Studien viser at en av ti ungdom hadde brukt helsesykepleier tre ganger eller mer siste året. Funn i studien viser til kjønnsforskjell i bruk av skolehelsetjenesten og etter å ha kontrollert for fysiske, psykiske og sosiale faktorer var det å være jente det som ga størst sannsynlighet for bruk. Depressive plager eller å ha blitt mobbet ble assosiert med bruk for begge kjønn. Fysiske plager var en viktigere indikasjon for bruk av skolehelsetjenesten blant gutter enn hos jenter (Finpå et al., 2017).

Finpå et al. (2017) skriver videre om skolehelsetjenestens profil med samtale som mestringsform, forventninger til den mannlige kjønnsrollen og betydningen av helsefremmende allmenndannelse (health literacy) som mulige barrierer for guttene.

Sand og Kvarme publiserte i 2018 en kvalitativ studie med fokusgruppeintervju som metode. Det ble gjennomført tre fokusgruppeintervjuer med ni helsesykepleiere som jobbet på ungdomsskole. Målet med studien var å undersøke hvordan helsesykepleiere kan bidra til å fange opp nedstemthet hos ungdom tidlig. Funn fra studien viser at helsesykepleiere har en opplevelse av at det er vanskeligere å oppdage nedstemthet hos gutter enn hos jenter. De begrunnet dette blant annet med at det kan vises på en annen måte hos guttene. Dette kan for eksempel være ved en indre uro som kan gi symptomer i form av sinne, aggressivitet, eller passivitet og apati. Funn i studien viser at helsesykepleier har en opplevelse av at gutter som har depressive symptomer ofte kan oppleves mer avflatet følelsesmessig (Sand & Kvarme, 2018).

Studien trekker frem funn om at helsesykepleier opplever at det er sjeldnere at gutter tar kontakt selv. Videre viser funn i studien at tidlig intervensjon kan forhindre at psykiske vansker utvikler seg til psykiske lidelser. Det blir fremhevet viktigheten om at alle instanser rundt ungdommen samarbeider – som familie, skole, helsevesenet eller andre instanser. Rollen til helsesykepleier vil i det tverrfaglige samarbeidet være å gi ungdommen «en stemme», lytte til deres opplevelse av situasjonen og bidra med å sortere tanker slik at de kan se fremover. Funn i studien viser til at samfunnet i større grad bør rette oppmerksomheten mot hva som er gutters uttrykk ved nedstemthet og hva gutter trenger med hensyn til trivsel og mestring i skolen (Sand & Kvarme, 2018).

2.2 Mulige barrierer og fremmende faktorer for å bruke helsetjenester for ungdom

Rice et al. (2018) har skrevet en oversiktsartikkel på bakgrunn av gutter sine høye helserisikoprofil, men samtidige tilbaketrekning fra helsetjenester. Målet med studien var å identifisere barrierer og fremmende faktorer for gutter sin tilgang til helsetjenester. Funn i studien viser til at identifiserte barrierer var mannlige kjønnsforventninger, samtalerapi som ukjent territorium og vanskeligheter med å navigere i tilgjengelige helsetjenester. Av fremmende faktorer blir det trukket frem positiv erfaring med innledende kontakt, tverrfaglig samarbeid, nok informasjon og tilgjengelig av helsepersonell (Rice et al., 2018).

Studien trekker også frem funn om at helsekompetanse «health literacy», stigma og skam, maskulinitet, sykdomslære og aksept for tjenestene som sentrale forhold knyttet til dårlig psykisk helse hos gutter. Rice et al. (2018) begrunner at det er behov for fokus på utvikling av politikk, teori og evaluering av målrettede intervensjoner. Studien trekker også frem inkludering av e-helse for å redusere psykisk uhelse blant unge gutter (Rice et al., 2018).

En studie fra 2020 undersøkte gutter sine erfaringer med å benytte seg av helsesykepleier for psykiske plager (Granrud et al., 2020). Studien ble gjennomført med individuelle intervjuer av tolv gutter i alderen 16-21 år. Funn fra studien viser at guttene i studien beskriver at de opplever at skolehelsetjenesten er mer tilpasset jenter enn gutter. Guttene opplevde i tillegg at tilgjengeligheten til helsesykepleier var varierende, og uttrykte ønske om at tilbudet skulle være til stedet hver dag. Plasseringen av helsesykepleier sitt kontor kunne oppleves som en barriere, og terskelen kunne bli høy dersom det var mulig for andre å se at de var på kontoret. Guttene var redde for å bli sett på som feminine eller svake dersom de besøkte helsesykepleier. Samtidig beskriver funn at helsesykepleier oppleves som troverdig, og får tillitt av guttene til at helsesykepleier kan hjelpe dem med nye perspektiver. Guttene beskriver ulike barrierer for å besøke helsesykepleier, men samtidig at dersom de klarte å krysse barrierene opplevde guttene det som en positiv opplevelse å besøke helsesykepleier (Granrud et al., 2020).

Flere av deltakerne i studien til Rice et al. (2018) fortalte også om et ønske om å «klare seg selv». Studien peker på om normalisering og ufarliggjørelse av helsetjenesten og helsesykepleier kan være bidragsyter til å påvirke oppfatninger hos gutter i ungdomsalderen. Resultatene viser også at guttene er opptatt av å finne effektive løsninger ved plager (Rice et al., 2018). Helsesykepleier vil kunne spille en viktig rolle ved å hjelpe guttene med å identifisere ressursene de har, slik at de kan håndtere både fysiske og psykiske utfordringer (Amin et al., 2018).

Flere overnevnte barrierene er også funn i en studie som er en del av et WHO-samarbeid på tvers av 45 ulike land i Europa og Canada (Inchley et al., 2020). I tillegg vises det til funn at 28 % av guttene rapporterer at de ville snakket med helsepersonell ved psykiske eller fysiske plager, mot 43 % av jentene. Jenter forklarer at de har tiltro til at helsesykepleier kan hjelpe de å få det bedre, mens guttene forteller at de ofte opplever psykiske plager som «en del av å vokse opp» og ønsker å klare seg selv, slik deres oppfatning er at andre guttene gjør det

(Inchley et al., 2020). Samtidig viser studien til at guttene har færre barrierer for å ta opp fysiske plager med helsesykepleier (Inchley et al., 2020).

2.3 Helsesykepleier og helsefremmende arbeid

Moen (2021) har skrevet en fagartikkel med hensikt med å beskrive hvordan helsesykepleier kan identifisere og følge opp ungdommer med psykososiale utfordringer i videregående skole, og hvordan dialog med helsesykepleier kan gi unge mulighet til å påvirke egen helse. Studien ble gjennomført med fokusgruppeintervju som metode, og 13 helsesykepleiere ble inkludert i studien.

Funn i studien viser til at helsesykepleiere opplever at de i økende grad møter ungdom som står i krevende livssituasjoner. Moen (2021) viser til funn av tre kategorier av tilnæringsmåter som helsesykepleiere bruker i møte med ungdom. Disse er i) identifisering, ii) allianse og relasjon og iii) intervensjon. Identifisering handler om at ungdom ofte kan komme for en samtale med utgangspunkt i somatiske forhold. Helsesykepleierne påpeker i studien at det er viktig å ta seg god tid til samtalen for å kartlegge årsakene til symptomene. Dette begrunnes i at det ofte ligger mer bak fysiske smerter, noe som kan være tegn på psykisk uhelse (Moen, 2021). Videre legges det vekt på å ha tid til å etablere tillit og allianse for å skape en trygghet. Helsesykepleierne mener at tilgjengelighet for ungdom og at taushetsplikten holdes er sentralt for å opparbeide tillit (Moen, 2021). Helsesykepleiere må være observante på små tegn, og følge ungdommen sitt tempo i samtalen. I studien legges det vekt på at helsesykepleier bør «skynde seg langsomt»- og forklarer dette med at det ikke bør tas forhastede beslutninger i å henvise til andre instanser for raskt (Moen, 2021).

2.3.1 Relasjonens betydning i forebyggende og helsefremmende arbeid

Clancy og Svensson (2010) har skrevet en artikkel som en del av et større forskningsprosjekt, som omhandler norske helsesykepleieres arbeidsmetode. Hensikten med denne studien var å se på hvordan helsesykepleiere, foreldre og unge opplever konsultasjoner med helse- og skolehelsetjenesten.

Forfatterne har gjort et observasjonsstudie i tillegg til intervjuer med deltagere i konsultasjonen. Clancy og Svensson (2010) påpeker at helsesykepleiere er i en unik posisjon til å fremme helse og forebygge sykdommer ettersom helsesykepleier møter så å si alle- fra nyfødt på helsestasjonen til ungdom på helsestasjon for ungdom. Funn i studien viser at gode relasjoner dannes ved åpenhet og ærlighet, selv ved vanskelige tema – forutsatt at forholdet er basert på tillit og oppriktighet.

Funn i studien viser at helsesykepleier ikke alltid har en konkret strategi i møte, samtidig som ungdommene opplever det som nyttig å snakke med noen. Det å kunne prate med noen om det som opptar de er viktig for ungdom, dette viser også funn fra elevmøtene i studien (Clancy & Svensson, 2010). Funn i studien viser at det opplevdes som viktig for ungdommene at møtene ble satt på deres premisser, og at de selv fikk være med å bestemme hva samtalen skulle handle om. Det som bidro til å danne en god relasjon mellom dem var blant annet helsesykepleier sin personlighet og kunnskap (Clancy & Svensson, 2010). Som individer er helsesykepleiere ulike, med både ulik erfaring og interesser. Dette var noe både foreldre og ungdom raskt la merke til. Når helsesykepleieren er sensitiv i møtet, kan helsesykepleier være åpen uten å være invaderende, og lukke samtaletema uten å være avvisende (Clancy & Svensson, 2010). Videre skriver Clancy og Svensson (2010) at relasjonen mellom helsesykepleier og dem som hun møter i sitt arbeid er basert på respekt, omsorg og tillit.

3 Teoretisk perspektiv

3.1 Helsefremmende og forebyggende arbeid

Helsesykepleier er lovpålagt å arbeide helsefremmende og forebyggende i helsestasjon- og skolehelsetjenesten (Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten, 2018).

Helsefremmende arbeid tar sikte på å fremme prosesser og styrke positive beskyttelsesfaktorer som fører til god helse. Det vektlegges myndiggjøring og mestring der personen selv tar kontrollen og bevisst bruker sine ressurser til å styrke egen helse (Lindstrøm & Eriksson, 2015). Målet for helsefremmende arbeid er å legge til rette for et godt liv og opplevelse av god helse og livskvalitet. Helsestasjon for ungdom kan være en god plattform for helsefremmende arbeid. For eksempel kan samtale med helsesykepleier om psykisk- eller seksuell helse gjøre ungdommen i bedre stand til å ta gode valg for seg selv.

Forebyggende arbeid tar sikte på å forebygge uønskede eller negative forhold som vi vet kan forekomme. For å kunne forebygge må en ha kunnskap om årsaker til hvorfor det kan gå galt og aktivt gå inn for å hindre årsaker og negative prosesser i å utvikle seg, og på denne måten eliminere risikofaktorer (Garsjø, 2018). Helsestasjon for ungdom er en viktig del av det forebyggende arbeidet ved for eksempel at helsesykepleier informerer og gir ut prevensjon som kan forhindre kjønnssykdommer eller uønskede graviditeter. Dette handler om å redusere risikofaktorer (Garsjø, 2018).

3.1.1 Salutogenese og opplevelse av sammenheng (OAS)

Den salutogene ideologien er sentral for helsefremmende og forebyggende arbeid (Moksnes et al., 2014). Salutogenese betyr «helsens opprinnelse» og forklares av Aron Antonovsky (2018) som bevegelsen i retningen av helse på kontinuumet mellom helse og uhelse.

Salutogenese legger vekt på hva som holder menneske friskt og har et fokus på beskyttelsesfaktorer og ressurser (Lindstrøm & Eriksson, 2015). Salutogenese kan tenkes som en motsats til patogenesen som har fokus på risikofaktorer og sykdom (Garsjø, 2018).

Antonovsky utviklet nøkkelbegrepet *opplevelse av sammenheng* (OAS) innen den salutogene teorien. OAS består av de tre dimensjonene begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet. Begripelighetsdimensjonen handler om stimuli som kan komme fra indre og ytre miljø er strukturerte, forutsigbare og forståelige. Håndterbarhetsdimensjonen påvirker atferden og tilsier i hvilken grad en opplever å ha ressurser tilgjengelig til å håndtere de kravene disse stimuliene stiller. Eksempler på ressurser kan være god selvfølelse eller materielle ressurser, eller det kan

være sosial støtte fra noen man stoler på. Har man en sterk håndterbarhetsevne kan en oppleve mer handlingsdyktighet når en møter motstand (Moksnes et al., 2014). Oppnåelse av god håndterbarhet avhenger av god begripelighet, derav kan man ikke håndtere en situasjon om man ikke forstår den. Meningsfullhetsdimensjonen anses av Antonovsky (2018) som den viktigste. Denne dimensjonen er knyttet til personens motivasjon – om utfordringer anses som meningsfulle og verdt å håndtere og engasjere seg i. Dersom man ikke har pågangsmot og motivasjonen som inngår i meningsfullhet vil en ikke makte å ta fatt på utfordringen (Antonovsky, 2018; Moksnes et al., 2014). Med mening er man tilbøyelig til å skape struktur og lete etter ressurser. Dette vil med andre ord styrke de to øvre komponentene, forståelighet og håndterbarhet (Antonovsky, 2018).

OAS handler om å ha evne til å bruke egne ressurser til å takle motstand (Antonovsky, 2018). På denne måten kan en oppnå mestring og helsefremming i møte med livets stressfaktorer. Ifølge Antonovsky (2018) skal OAS ikke betraktes som en mestringsstrategi eller som et personlighetstrekk, men en livsinnstilling. Samtidig kan den betraktes som en mestringsstrategi som gjør personen i stand til å velge mellom ulike strategier for å løse ulike problemer eller håndtere hendelser i livet. Ifølge Antonovsky kan en sterk OAS representerer en livsorientering som gir sterk tiltro og motivasjonskraft til å identifisere ressurser, både i seg selv og i omgivelsene, som kan anvendes på en helsefremmende måte (Moksnes et al., 2014).

Teorien om salutogenese og OAS vil kunne belyse hvordan helsestasjon for ungdom kan bidra til mestring og helsefremming. Gjennom en velfungerende helsestasjon for ungdom kan ungdommer hjelpes til å bli i stand til å velge mellom ulike strategier for å løse forskjellige problemer eller håndtere hendelser i livet, og på denne måten oppleve mestring og helsefremming (Lindstrøm & Eriksson, 2015). I oppveksten legges flere av strategiene våre i møte med motgang. Mange forhold kan virke uforståelige og utydelige for ungdom. Helsepsykeleier kan bidra med å gjøre ting mer forståelig for ungdom og rette oppmerksomheten mot ressurser og bidra til at målene tilpasses den unges kapasitet. Teorien kan også anvendes overfor helsepersonells opptreden med at ungdommen styrkes når helsepsykeleier sin være- og handlemåte over tid er forutsigbar, konsistent og innbyr til medvirkning (Walseth & Malterud, 2004).

3.1.2 Empowerment: brukervedvirkning

Verdens helseorganisasjon definerer empowerment som en prosess som setter folk i stand til økt kontroll over faktorer som påvirker deres helse (World Health Organization, 1998). På norsk blir gjerne begrepet *empowerment* oversatt til myndiggjøring eller brukervedvirkning (Tveiten & Boge, 2014). Empowerment kan sees som en individuell bevisstgjøringsprosess, hvor den enkelte blir mer bevisst på egne ressurser, opplever økt mestring og blir i bedre stand til å håndtere egen helse (Tveiten & Boge, 2014).

Et viktig element er overføring av makt fra fagfolk til brukere av tjenesten og likestilling av fagkunnskap og brukerkunnskap i utforming av tilbud (Tveiten & Boge, 2014).

Empowerment kan benyttes i flere nivåer, både individrettet, mot en gruppe, og på et organisatorisk nivå. I alle nivåer er brukervedvirkning i fokus og ungdommens egne ressurser og verdier løftes frem (Sørensen et al., 2002). Empowerment kan sies å ha en todelt betydning hvor veien er utvikling av ferdigheter som skal til for å nå målet, og hvor målet er kompetanse til å delta og påvirke (Tveiten & Boge, 2014).

I Norge har pasienter og brukere rett til å medvirke i helse- og omsorgstjenester, og skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsetjenestene (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2019). Dette betyr at det skal være fokus på brukervedvirkning i helsetjenestene, også på helsestasjon for ungdom. Helsestasjon for ungdom skal sikre brukervedvirkning slik det er forankret i forskrift. Det er ifølge nasjonal faglig retningslinje for helsestasjon- og skolehelsetjenesten lovpålagt at ungdommer blir hørt, involvert og får innflytelse i de tjenester de er i kontakt med (Helsedirektoratet, 2017). Dette betyr at helsesykepleiere på et systemnivå må høre på ungdommens behov, slik at de på denne måten blir involvert i utformingen av tjenester.

Brukermedvirkning vil ligge som en ramme for studien, da målet er å la guttene få medvirke til utforming av helsestasjon for ungdom. Ungdom innehar viktig kunnskap og erfaring om hva som er viktig for å søke og ta imot hjelp, samt hvordan de ønsker å bli møtt. Dette fordrer at de profesjonelle må gi slipp på noe av sin rolle som «eksperter». Brukerne skal ikke ses på som en målgruppe, men som aktive samarbeidspartnere (Hanssen-Bauer, 2014; Tveiten & Boge, 2014). Ifølge retningslinjene til helsestasjon – og skolehelsetjenesten skal brukervedvirkning gjelde på individ og systemnivå (Helsedirektoratet, 2017). På individnivå innebærer det at helsestasjon for ungdom må lytte til ungdommen hvor deres stemme skal bli hørt og det innebærer ungdoms rett til å påvirke eget helsetilbud. På systemnivå innebærer det

at representanter for de unge blir involvert i utforming, utvikling og forbedring av tjenestene for at de skal møte deres behov. Dette kan ifølge Helsedirektoratet (2017) ivaretas gjennom for eksempel elevråd, ungdommens kommunestyre eller barne- og ungdomsråd. Helsestasjon- og skolehelsetjenesten bør regelmessig gjennomføre brukerundersøkelser for at de unge kan komme med tilbakemeldinger på tjenesten og sikre at deres medvirkning blir reel (Helsedirektoratet, 2017). Ungdom innehar erfaringer og kunnskap om hva som er viktig for at de skal søke og ta imot hjelp av helsestasjon for ungdom. Ved å få være med å påvirke og ha innflytelse på tjenestene, styrkes ungdommens selvfølelse og gir dem mestringsfølelse (Samdal, 2017). På denne måten kan medvirkning fremme helse (Mæland, 2016).

3.2 Ungdomstiden

Ungdomstiden kan betegnes som perioden mellom barndom og det voksne liv og omfatter aldersgruppen fra 10-20 år (Tetzschner, 2019). I ungdomstiden skjer det en voldsom utvikling av individet fra barn til ung voksen – både fysisk og mentalt. Det skjer en fysisk utvikling blant annet gjennom kjønnsutviklingen, og det skjer store psykiske endringer som for eksempel evnen til å tenke abstrakt (Tetzschner, 2019). Antonovsky forklarer ungdomstiden som en tid som ofte er preget av turbulens, forvirring og dårlig selvbilde (Antonovsky, 2018; Tetzschner, 2019). Ungdom er i en utviklings- og læringsprosess, og de erfaringene de får er med på å utvikle handlingsberedskap for å ta vare på seg selv og sin egen helse (Tetzschner, 2019). Økland og Glavin (2009) henviser til at ungdomstiden kan deles inn i tre stadier basert på psykologisk utvikling. Disse er som følger:

- 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

Det kan være store individuelle forskjeller og det er en glidende overgang mellom de ulike stadiene (Økland & Glavin, 2009). Noen går gjennom ungdomstiden uten noen form for problemer og utfordringer, mens andre kan ha små og store problemer. Problemene kan være både fysiske, psykiske eller sosiale. Identitetsdannelsen og at ungdommer begynner å relatere seg til foreldre og andre voksne på nye måter, er ifølge Tetzschner (2019) det viktigste kjennetegnet for ungdomstiden.

En følelse av identitet kan skapes gjennom ungdommens erfaringer med seg selv, samt opplevelsen av sosiale settinger i samfunnet. Dette kan være erfaringer i forhold til situasjoner

som omhandler å være for eksempel et familiemedlem eller en venn (Jerlang, 2000). I dette stadiet er det spesielt sosial tilknytning til venner som får betydning for videre identitetsutvikling (Tetzschner, 2019). Hvis de ikke klarer å finne seg selv og sin identitet i denne perioden, kan ungdommen oppleve at de ikke vet hvem de er i samfunnet, eller hvor de kan passe inn i samfunnet. Dette kan bidra til å skape en identitetsforvirring (Tetzschner, 2019). Identitetsbygging i denne perioden er derfor viktig for å skape en grunnleggende kjerne som kan bygges videre på og utvikles i voksen alder (Jerlang, 2000).

I den tidlige ungdomstiden starter ofte en løsrivingsprosess hvor trygge voksenrelasjoner blir mindre interessante, og ungdom orienterer seg gjerne mer mot jevnaldrende. Samhandlingen med jevnaldrende er med å utvikle deres emosjonelle og sosiale evner (Tetzschner, 2019). Når venner blir mer viktige, kan også påvirkningen fra venner bli større og ungdommene blir mer sårbare for gruppepress. I overgangen mellom tidlig og sen ungdomstid kan man se en økning av risikoatferd. Det kan tenkes at dette har sammenheng med å utvikle en identitet, løsrivingen fra et beskyttende hjem og påvirkning (Tetzschner, 2019). Dette er både naturlig og viktig for utviklingen (Jerlang, 2000).

I den senere ungdomstiden fortsetter utviklingen av de prosessene som startet i tidlig ungdomstid, med utgangspunkt i puberteten. I forhold til den emosjonelle og seksuelle utviklingen kan ungdommene i større grad oppleve å ha sterke følelser i trygge relasjoner og vi ser i større grad at de har følelser av forelskelser og lidenskap (Økland & Glavin, 2009).

Ungdom gjør mange valg som får betydning for voksenlivet og der er derfor en viktig alder i livsløpsperspektiv. Det kan være av stor betydning for forståelse av ungdommens uttrykk og behov at det i møte med ungdom tenkes ut fra helhetssyn, utviklingsnivå og kjønns- og livsløpsperspektiv (Kelly, 2014). Ungdommer er mennesker under oppbygging, som er utrustet med egne kvaliteter og har iboende ressurser som kan være tydelige og utydelige. Å vektlegge de faktorer som er med å fremme ungdommens egen helse er et viktig arbeid innen det forebyggende arbeidet (Helsedirektoratet, 2017).

4 Vitenskapsteoretisk perspektiv

Studien har en fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming. Det fenomenologiske designet har gjort det viktig å ta del i, og videre trekke frem informantenes egne subjektive beskrivelser. Hermeneutikken har fungert som en fortolkningsramme til å forstå funnene underveis i analysearbeidet (Nilsson, 2007).

Fenomenologien tar utgangspunkt i den subjektive opplevelsen til enkeltpersoner, og søker etter å forstå en dypere mening i deres erfaringer (Thagaard, 2009). Dette er aktuelt for denne studien da jeg gjennom å intervju informanter skal søke deres historier, tanker og erfaringer.

Hensikten til hermeneutikken er å skape en forståelse på bakgrunn av å tolke meninger i menneskelige uttrykk. Med andre ord vil det si at hermeneutikken ønsker å oppnå forståelse av hva en tekst betyr. Det blir lagt vekt på relasjonen mellom deler og hele teksten. Dette kalles den hermeneutiske sirkel. Nyere litteratur refererer ofte til den hermeneutiske sirkel som en spiral (Kvale & Brinkmann, 2019; Malterud, 2018).

Gadamer (2012) skriver at å oppnå en gjensidig forståelse av et fenomen på den rette måten skjer gjennom språket. Den gjensidige forståelsen er viktig å få frem slik at datamaterialet kan bli rett tolket og videre analysert. Det vil med dette være viktig å akseptere informantenes synspunkter som gyldige (Gadamer, 2012). Gadamer (2012) hevder at en forsker ikke trenger å forstå informantens individualitet, men må forstå det de forteller. Dette innebærer å fortolke hva studiedeltakerne sier for å forstå det. Intervjuene blir transkribert til tekst, og disse tekstene vil bli fortolket, noe som vil kunne gi en bestemt mening for å forstå helheten. Helheten blir brutt ned i deler, og delene blir analysert til en helhet som gir rom for ny kunnskap og forståelse av et kjent tema (Gadamer, 2012; Thornquist, 2018).

4.1.1 Hermeneutikk

Hans-Georg Gadamer er en sentral filosof innenfor hermeneutikken. Han ga ut sin bok *Sannhet og Metode* i 1960 som la grunnlag for den hermeneutisk forståelsesteorien (Krogh, 2014). Gadamer ville beskrive det fenomenet vi kaller menneskelig forståelse, og at mennesket vil forsøke å forstå den historiske og sosiale verden, dens kultur og de tradisjoner den er preget av (Krogh, 2014). Med andre ord kan det sies at hermeneutikken kan hjelpe oss å forstå hvordan vi forstår, og hvordan vi gir verden mening (Thornquist, 2018). Med en hermeneutisk tilnærming legges det vekt på at fenomener kan tolkes på ulike måter (Thagaard, 2009). Tolkning av intervjuetekst kan sees på som en dialog mellom forsker og tekst, hvor forskeren setter søkelys på den mening teksten formidler. Som forsker vil en

forsøke å tillegge handlinger en spesiell mening (Thagaard, 2009). Jeg har trukket fram koder og til slutt dannet tema som er gjentakende og interessante for å belyse problemstillingen gjennom analysering av transkribert materiale.

Med min forforståelse og rolle som forsker har jeg tolket fenomenene på en gitt måte. Dersom en annen forsker skulle gjennomført samme studie ville denne forskeren kanskje funnet andre relevante og interessante tema. Jeg har gitt noen handlinger en spesiell mening, og det er ikke sikkert at informantene nødvendigvis ville beskrevet situasjonen på samme måte ved en senere anledning. På denne måten vil min rolle som forsker komme fram i oppgavens analyse og funn.

4.1.2 Fenomenologi

Den tyske filosofen Edmund Husserl regnes som grunnleggeren av fenomenologien. Fenomenologi er både brukt som en filosofi, i tillegg til kvalitativt forskningsdesign (Johannessen et al., 2021). Et viktig aspekt for fenomenologien, er at den skal styres av det som faktisk kommer frem i analysen, og ikke av teorivalg eller det vi forventer å finne. Et fenomen kan være noe håndfast som et objekt, eller det kan være en erfaring mennesket har opplevd (Zahavi, 2013). Da jeg skrev frem funn i analysen forsøkte jeg å være bevisst på dette. Det var viktig å la informantenes stemme komme frem. Jeg brukte tid på å sortere ut koder, og gav disse en mening i form av at jeg sorterte dem i ulike tema. I analysen har jeg fått frem det jeg har forstått som deres subjektive livsverden, og deres oppfatning som ungdom og gutt. Det er den subjektive oppfatningen oppgaven ønsker å si noe om, og derfor et det sentralt å sette til side tidligere kunnskap. Det er subjektets livsverden og dens forståelse som skal være sentral i fenomenologien (Malterud, 2018).

Ved fenomenologiske tilnærminger skal forskeren sette ord på informantenes erfaringer og deres livsverden. Dette gjøres ifølge Thagaard (2009) gjennom å leve seg inn i deres situasjon og ved å bruke et språk som formidler deres erfaringer. Jeg kunne sette meg inn i situasjonen, gjennom å tolke språket som for meg var gjenkjennelig. Jeg har forsøkt å få frem det de faktisk formidlet når jeg senere ga informantene stemmer i analysen.

4.2 Forforståelse

Et viktig prinsipp ved en hermeneutisk tilnærming er forskerens forforståelse. Ifølge Malterud (2018) handler forforståelse om den kunnskapen og erfaringen forskeren har med seg før prosjektstart. I forskningsprosessen kan forforståelse farge hva man ser i et datamateriale.

Samtidig kan datamaterialet gi ny innsikt, som igjen påvirker forforståelsen. Malterud (2018) beskriver at det på den ene siden kan forforståelsen være årsak og motivasjon til å utforske fenomenet. På den andre siden kan forforståelsen gjøre at forskeren går inn i studien med et snevert syn og ikke er åpen for nye aspekter ved fenomenet som undersøkes. Dette kan legge føringer for det videre arbeidet (Malterud, 2018). I dataanalysen kan det sees som viktig å reflektere over egne forforståelser, og prøve å unngå å la seg påvirke av disse for å kunne forstå informanten (Nilsson, 2007).

Jeg har brukt tid på å klargjøre både min forforståelse og forventninger både i forkant og underveis i masteroppgaveskrivingen i håp om en større forståelse av materialet. Som forsker i eget fagfelt har jeg forsøkt å være bevisst på skillet mellom helsesykepleier og mastergradsstudent (Kvale & Brinkmann, 2019). Thornquist (2018) skriver at det kreves åpenhet og evne til å være spørrende og kritisk både til materialet og til egen fortolkningsprosess.

Som utgangspunkt i studien var flere diskusjoner med kolleger og et økende fokus iblant annet media om unge gutters psykiske helse. Jeg har i flere runder i oppgaven hatt spørsmål om hva jeg ønsker å finne ut, og jeg har brukt mye tid på å definere og tydeliggjøre. Thornquist (2018) skriver at *å erkjenne at perspektiv bestemmer blikkretning og oppmerksomhetsfelt, betyr også å erkjenne at det fins andre perspektiver enn ens egne*. Dette kan tolkes slik at jeg som forsker må erkjenne at det finnes mange andre måter å både forstå og tolke tema og funn på. Min bakgrunn, faglig eller personlig, kan ha påvirket blikket jeg har og hvilket perspektiv jeg kan ta. Dette gjelder både gjennom både planlegging, gjennomføring og analyse. Det er viktig at jeg i min studie ikke leter etter svar for å bekrefte min forforståelse, men er åpen for ny forståelse (Malterud, 2018). I prosessen har jeg vært bevisst på min uerfarne forskerposisjon som kan få betydning for intervjusituasjonen, og dermed datamaterialet (Nilsson, 2007). Jeg har forsøkt å være bevisst på å ikke bare lete etter bekreftelser på at mine antakelser stemmer. Dette har jeg gjort ved å stille åpne spørsmål og legge til rette for at tema kan belyses uten åpenbare eller forventede svar. Jeg forsøkte å følge informantenes interesser og temaer de ønsket å snakke mer om.

Forforståelse er en blanding av erfaringer, hypoteser, faglig perspektiv og teoretisk referanseramme (Malterud, 2018). Jeg startet på masteroppgaven som nyutdannet helsesykepleier, og har både i praksisstudier og fast arbeid under studiene møtt gutter som har tatt kontakt med helsesykepleier og besøkt helsestasjon for ungdom av ulike årsaker. Jeg har forsøkt å ikke la dette påvirke oppgaven, men erkjenner samtidig at det er en del av den

kvalitative forskningens særegenart slik Malterud (2018) beskriver det. Ny forforståelse underveis i prosessen vil prege hvordan jeg skriver frem funnene. Den hermeneutiske sirkel viser hvordan dette har vært et frem-og-tilbake prosjekt (Kvale & Brinkmann, 2019).

5 Metode

5.1 Metodologi

Denne studien har en kvalitativ tilnærming med semistrukturert intervju som metode. Kvalitativ forskning kan bidra til å presentere mangfold, nyanser og subjektive erfaringer (Malterud, 2018). Med andre ord tar kvalitativ forskning sikte på å skape en dypere innsikt og forståelse av verden sett fra intervjuobjektets side. Med kvalitativt intervju er målet å få frem betydningen av menneskers erfaringer med den verden de lever i. I tillegg få innsikt i hvordan verden oppleves for de (Kvale & Brinkmann, 2019).

5.2 Utvalg og rekruttering

Utvalg og rekruttering ble strategisk gjennomført. Det vil si å velge deltakere som befinner seg i en situasjon eller har en egenskap som strategisk sett passer til den aktuelle problemstillingen (Tanggaard & Brinkmann, 2012). Inklusjonskriteriene var *gutt* som går *siste året på videregående skole* (over 18 år) og som *behersker norsk* muntlig og skriftlig. Eksklusjonskriterier var ungdom som gikk i 1. eller 2. året på videregående skole, jenter og de som ikke behersket norsk som skriftlig og muntlig språk. Det ble ikke satt kriterier ut ifra tidligere erfaring med helsestasjon for ungdom da det ikke er ønskelig å innhente personlig erfaring, men ungdommens oppfatning, tanker og meninger om et tjenestetilbud. Kriteriene ble innskrenket av studiens størrelse og tidsavgrensning. Det legges til grunn at alderskriteriet blir satt ettersom det er i denne aldersgruppen kjønnsforskjellen er størst i bruk av helsestasjon for ungdom, samtidig som det i denne aldersgruppen er vanligst å bruke helsestasjon for ungdom blant guttene (Bakken, 2020). I tillegg var det viktig å utforske disse guttene sin oppfatning av helsetjenesten for ungdom ettersom de var det første kullet som skulle få tilbudet om å besøke helsestasjon for ungdom på ungdomsskolen etter at de nasjonal faglige retningslinjene satte dette som en sterk anbefaling (Helsedirektoratet, 2017). Antall deltakere vurderes i sammenheng med studiens formål (Kvale & Brinkmann, 2019). Antall informanter bør ikke være større enn at det er mulig å gjennomføre omfattende analyser, samtidig bør det være mange nok til å fange opp nyanser og gi grunnlag for å belyse forskningsspørsmålet (Skilbrei, 2019). Jeg ønsket å rekruttere mellom 6-8 gutter til studien. Dette ble vurdert ut ifra datamaterialet som skal analyseres og tidsperspektivet for masteroppgaven.

5.2.1 Rekruttering av informanter

Rekrutteringen startet etter svar og godkjenning fra Norsk senter for forskningsdata (NSD) til å iverksette prosjektet. I forkant av rekrutteringen avklarte jeg med leder ved helsestasjonen for ungdom som skolene er tilknyttet, skolenes rektorer og helsesykepleier på den aktuelle skolen (Vedlegg 1). Dette ble gjort gjennom mail hvor de fikk informasjon om studien. Jeg la også til informasjonsbrevet til guttene (Vedlegg 2). For å nå ut med informasjon til elevene ønsket jeg å gå inn i klasserommet til elevene for å informere muntlig om studien og dele ut informasjonsark med kontaktinformasjon. Jeg gjorde dette på en av tre skoler. På to av skolene ble det vanskelig på grunn av koronarestriksjoner på videregående skole. Her fikk jeg hjelp av lærere og helsesykepleier til å dele ut informasjonen. Guttene som ble inkludert i studien fikk et gavekort på to kinobilletter etter intervjuene som takk for hjelpen. Jeg ble kontaktet av totalt 3 gutter først. Alle var innenfor inklusjonskriteriene. Videre ble det rekruttert ytterligere 5 gjennom nettverket til guttene som først meldte seg. Helsesykepleier og ledelsen på to av skolene hjalp meg å reservere et aktuelt rom på skolene som guttene kjente til, og på siste skolen fant jeg et ledig rom på biblioteket i byen etter forslag fra en av guttene.

5.3 Verktøy og datainnsamling

I forkant av intervjuene ble det utarbeidet en intervjuguide. Dette satte problemstillingen opp mot det konkrete tema og de underliggende spørsmålene. Intervjuene inneholdt meningsspørsmål for å søke etter guttenes oppfatninger (Kvale & Brinkmann, 2019). Basert på Tjora (2021) sine forslag ble intervjuguiden bygd opp med tre faser. Dette hjalp for å få bedre oversikt og kontroll over intervjuguiden. Fase en var oppvarmingsspørsmål, neste fase var refleksjonsspørsmål og siste fase var avrundingsspørsmål og oppsummering. Store deler av intervjuguiden bygger på tidligere forskning. Ønsket var å få nyanserte beskrivelser av guttene sine oppfatninger knyttet til fenomenet gjennom ord, og ikke tall eller bestemte svaralternativer som gir mer presisjon og meningsfortolkninger (Kvale & Brinkmann, 2019). Intervjuguiden har ingen stram struktur ettersom den var ment som en hjelper og et verktøy. Spørsmålene ønsket ikke å undersøke egne erfaringer, men en oppfatning. Det betyr at den ikke kan si noe om hva guttene gjør, men hva de mener, tenker og beskriver.

I forkant av intervjuene ble det gjennomført et pilotintervju. Med pilotintervjuet fikk jeg som uerfaren forsker anledning til å utprøve intervjuguiden og meg selv som intervjuer, samt anledning til å teste ut teknisk utstyr. Jeg valgte å benytte meg av Nettskjema sin app med båndopptaker både på iPhone og iPad tilfelle feil ved en av opptakerne. Jeg opplevde under

pilotintervjuet at det var noen gjentakende spørsmål som jeg ble bevisst på til selve datainnsamlingen, samt noen små endringer av setningsoppbyggingen av intervju spørsmålene. Pilotintervjuet tok omtrent 35 minutter.

5.4 Gjennomføring av intervjuene

Intervjuene ble gjennomført i tidsperioden desember 2021 til januar 2022. Intervjuene startet med en presentasjon av meg og informant for å danne en relasjon. Vi gikk også igjennom informasjonsskrivet med samtykkeskjema sammen og informanten ble bedt om å bekrefte muntlig og skriftlig på samtykkeskjemaet at de ønsket å delta i studien (Vedlegg 2).

Under intervjuet forsøkte jeg å være en aktiv lytter slik at det ble en åpning for å spørre mer undrende og dypere om det de fortalte. Jeg startet intervjuene, og i hovedsak bestemte jeg videre temaer og spørsmål, basert på intervjuguiden. Det var også opp til meg å beslutte hvilke svar jeg ønsket å utforske videre (Kvale & Brinkmann, 2019). Denne maktbalansen mellom meg og de intervjuende var viktig å være bevisst på. Det handlet også om å følge opp temaer ved passe anledning, og stille oppfølgende gode spørsmål for å sikre at jeg fikk dybde i intervjuene (Kvale & Brinkmann, 2019). Det var samtidig viktig for meg å være bevisst på at guttene skulle få frihet til å snakke om hva som var interessant og viktig for dem innenfor temaet. På denne måten ble det en mer naturlig flyt i samtalen og det ga rom for at samtalen kunne ta uventede vendinger. Det ble etter de første intervjuene tydelig for meg at studiedeltakerne hadde informasjon og viten som jeg ikke hadde forutsett fra min forforståelse.

Det var et mål å få nyanserte beskrivelser, noe som innebar at jeg måtte følge godt med på hva studiedeltakerne fortalte. Som helsesykepleier har jeg erfaring med å samtale med ungdom, samtidig ble dette en ny setting. Under de første intervjuene var jeg fokusert på intervjuguiden, men ble etter hvert tryggere og torde å la samtalen bli mer løs og tok retninger ut fra hva som ble fortalt om. Kvale og Brinkmann (2019) argumenterer med at omfattende notater kan distrahere og avbryte samtals frie flyt, noe jeg fikk erfare. Jeg skrev derfor ned tanker etter at hvert intervju var ferdig.

Hver deltaker ble oppfordret til å gi en mest mulig helhetlig beskrivelse, og jeg var bevisst på min rolle i å være bekreftende til om jeg hadde forstått dem riktig. For eksempel ble det spurt «kan du beskrive det?», «utdyp det litt mer», «forstår jeg det riktig nå ...».

Opptaksfilene ble lagret på Nettskjema i kryptert fil og lagret i henhold til Universitetet i Tromsø sine rutiner for behandling av personopplysninger. I forkant av hvert intervju ble

studiedeltakeren informert om at de blir anonymisert, hvor lydfilene skulle oppbevares og når de skulle slettes. Lydfilene ble ikke lagret med navn, men ved en gjenkjenningssnøkkel, i tråd med NSD sine rutiner for oppbevaring av data. Guttene møtte opp i sin fritid og hvert intervju varte mellom 28 og 37 minutter.

5.4.1 Refleksjoner av intervjuprosess

Sett i etterkant av intervjuprosessen har jeg gjort flere erfaringer jeg vil ta med meg videre. Blant annet burde jeg ikke avtalt flere enn 1-2 intervjuer per dag. Etersom jeg er en uerfaren intervjuer ble jeg blant annet bekymret for at intervjuene skulle vare for kort eller for lang tid, og jeg husket ikke hvilken gutt jeg hadde spurt om hva. Dette medførte både at noen spørsmål ble gjentatt, eller at jeg ikke stilte riktige oppfølgingsspørsmål for å søke dybden i svarene. I ettertid kan jeg se at de siste intervjuene jeg gjennomførte var av bedre kvalitet enn de første ettersom jeg ikke var for fastlåst i intervjuguiden og var tryggere i rollen som intervjuer.

5.5 Transkripsjon

Intervjuene ble transkribert kort tid etter intervjuene. Transkripsjon handler om å gjøre tale over til tekst. Det ble et relativt stort datamateriale, og det ble det foretatt en enkel transkripsjon. Dette innebærer at transkripsjonen skrives ordrett fra samtalen (Malterud, 2018). Tilleggsord som «hmm» ble ikke transkribert med mindre det ble åpenbart lagt vekt på et ord. Når det ble en lang tenkepause, skrev jeg «lengre tenkepause» med parentes i testen. Der det ble brukt dialekt ble det transkribert til bokmål. Dette var også en del av anonymiseringen av deltakeren. Ifølge Malterud (2018) finnes det flere elementer som kan forsvinne i transkriberingsarbeidet. Elementer som ironi, kroppsspråk, kroppsholdninger og ulike gester går ofte tapt i overgangen fra tale til skrift. Dette innebærer at deler av de erfaringene som gjøres i intervjusituasjonen, ikke følger med på overgangen fra tale til tekst (Kvale & Brinkmann, 2019).

5.6 Dataanalyse

Dataanalyse av kvalitative data er en tidskrevende prosess og formålet er å gjengi det som informantene formidler på en troverdig måte (Thagaard, 2009). I denne studien har jeg valgt å benytte meg av det som i litteraturen omtales som en tematisk analyse (Braun & Clarke, 2006). Braun og Clarke (2006) trekker frem tematisk analyse som en analysemetode som egner seg godt til uerfarne forskere. I tillegg trekker Braun og Clarke (2006) også frem dens egenskap til å kunne sammenfatte nøkkelkarakteristikk ut ifra store datasett, samt å trekke frem likheter og ulikheter i datasettet. Tematisk analyse er en metode som systematisk

identifiserer, organiserer og gir innsikt i meningsmønstre i datamaterialet (Braun & Clarke, 2006).

I analysen har jeg valgt en induktiv tilnærming. Dette betyr at kodingen er åpen og styres av det jeg finner i datamaterialet og ikke av forhåndsbestemte temaer (Braun & Clarke, 2006). Med andre ord lette jeg i datamaterialet etter ulikheter og likheter for å kunne si noe om det generelle. Samtidig har jeg som kvalitativ forsker med meg min forforståelse inn i forskningen, og ettersom den aldri kan legges helt til side er det ikke en helt «ren induktiv» tilnærming (Kvale & Brinkmann, 2019).

5.6.1 Analyseprosessen

Analyseprosessen tok utgangspunkt i Braun og Clarke sine (2006) sine seks faser innen tematisk analyse. Jeg erfarte, slik også Braun og Clarke (2006) trekker frem, at analysen ikke er en lineær prosess hvor man går fra et steg til neste. Det er en prosess med bevegelse fra de ulike stegene etter behov, en prosess som varer lenge og som kan gjenkjennes fra den hermeneutiske sirkel; en starter med en uklar oppfatning av hva datamaterialet kan gi og går mange runder der man bygger på sin forforståelse og kommer frem til en dypere mening (Kvale & Brinkmann, 2019).

Fase 1: Gjøre seg kjent med datamaterialet. Denne fasen startet jeg med allerede i transkriberingsprosessen ved at jeg underveis som jeg transkriberte bemerket meg mulige mønstre. Jeg bemerket meg både lik – og ulikheter i informantenes svar og tanker rundt temaet. Etter å ha transkribert intervjuene leste jeg gjennom den transkriberte teksten flere ganger. Samtidig noterte jeg stikkord som ord og uttrykk i marginen.

Fase 2: Utvikle innledende koder. Etter å ha gjort meg kjent med datamaterialet og dannet en viss oversikt gikk jeg videre inn i fase to. Jeg leste gjennom hvert enkelt intervju og merket interessante setninger og ord informantene hadde kommet med. På denne måten kunne jeg gå videre med å starte å utarbeide koder. Det ble kodet så mye av teksten som mulig da det var usikkert hva som kunne komme til nytte senere i analysen. Sitatenes kontekst ble tatt i betraktning for at meninger skulle ekstraheres og bli tolket ut fra en uriktig sammenheng. Det ble lagt vekt på at kodene beholdt sin opprinnelige mening ut fra konteksten (Braun & Clarke, 2006). «God tilgjengelighet» er et eksempel på en kode for at en informant som mente at helsesykepleier alltid var på skolen hvis de trengte det, mens «liten forskjell mellom helsestasjon for ungdom og skolehelsetjenesten» var en kode for at flere informanter ga uttrykk for at de opplevde helsestasjon for ungdom og skolehelsetjenesten som samme type

tilbud. Jeg merket hver kode med ulik fargeblyant, og det ble underveis oppdaget flere like koder på tvers av intervjuene.

Koder skiller seg fra temaer ved at de er med spesifikke, mens temaer ofte er bredere (Braun & Clarke, 2006). Etersom jeg hadde en forhåndsbestemt problemstilling i bakhodet, ble kodene utarbeidet ut fra denne. Denne fasen kan på denne måten sies å være spørsmålsdrevet. Kodingen kan på samme tid sies å være teoridrevet, siden jeg var ute etter å identifisere spesifikke aspekter av datasettet (Johannessen et al., 2021). Kodingen ble gjennomført ved at jeg trakk ut relevant tekst fra intervjumaterialet, for å hjelpe meg med å beholde konteksten mellom kode og tekst. Tekstutdragene med tilhørende kode ble samlet i ett eget dokument. Dette arbeidsdokumentet ble brukt i alle trinn i analyseprosessen. Under vises et eksempel fra dokumentet:

Tabell 1: eksempel fra analyseprosessen

Meningsenhet fra tekst	Meningsfortetning	Forslag deltema	Forslag hovedtema
« <i>jeg vet lite om helsestasjon for ungdom. Jeg vet ikke hvordan jeg skulle fått tak i folka der- kanskje bare møtt opp? Hadde vært en høy terskel for meg, hvert fall når jeg ikke kjenner til dem. Skulle gjerne hatt mer informasjon om hva det er, hvordan vi kan bruke det og når</i> » (informant 2)	Lite kunnskap om tilbudet. Oppleveres som vanskelig å ta kontakt. Ønsker mer informasjon om tilbudet	Informasjonsbehov Relasjon Kommunikasjon	Forventing til tilbudet Tilgjengelighet Ungdoms ønsker og behov Trygghet

Fase 3: Utvikle tema. Videre inn i neste fase startet arbeidet med å se etter temaer. Denne fasen handler om å rette fokuset mot å danne brede tema, og deretter sortere passende koder under hvert tema (Braun & Clarke, 2006). Jeg startet derfor med å vurdere hvordan ulike koder kunne slås sammen til å danne overordnende temaer, med problemstillingen i mente. Koder som sier det samme eller som har samme betydningen ble samlet (Johannessen et al., 2021). Koden «å være til stede» og koden «å være synlig» handler om det samme og ble derfor slått sammen. På denne måten ble materialet gjennomgått på nytt og samlet til koder. Samtidig ble kodene systematisert, og det ble søkt etter tema.

Denne prosessen kan beskrives som en paraply, hvor passende koder skal inn under denne paraplyen. Det blir i denne fasen anbefalt av Braun og Clark (2006) å benytte seg av et tankekart eller tabell. Jeg valgte å bruke en tabell som beskrevet over. Tabellen sorterer: hva sies, hva handler det om, sub-tema/kode og tema. Denne var nyttig for å beholde oversikt over alle kodene. Kodene ble i starten sortert i relativt brede temaer, og det ble mange koder under hvert tema. Flere koder havnet også under flere tema. Det ble utarbeidet noen undertema til hvert hovedtema. Dette gjorde det lettere å sortere og strukturere de store hovedtemaene. I denne fasen ble det også tydeligere hvilke koder som ikke passet inn under noen av temaene, noe som Braun og Clarke (2006) bemerker er naturlig i denne fasen. Jeg tok allikevel vare på disse kodene tilfelle jeg ville ha behov de senere.

Fase 4: Gjennomgå temaene. I fase fire ble koder og temaer sortert og ryddet. Jeg leste gjennom alle tekstutdragene til hvert tema, for å forsikre meg om at de dannet de mønstrene som var tenkt. Altså om det var sammenheng mellom temaene og om temaene er representative for datamaterialet. Deretter sammenlignet jeg temaene med teksten i hele datasettet for å undersøke om det fantes tekst som kunne være kodet og plassert i et tema, men som jeg hadde oversett tidligere (Braun & Clarke, 2006). Jeg opplevde ikke å måtte forkaste noen av temaene fordi det ikke var nok data til å støtte opp under temaet, men derimot opplevde jeg å måtte slå sammen et par av temaene siden de tok for seg mye av de samme tingene. Jeg opplevde også at koder og tema var koblet sammen godt og gjenspeilet de viktigste meningene i datasettet.

Fase 5: Definere og navngi temaene. Braun og Clark (2006) beskriver denne fasen med at forskeren må identifisere for seg selv hva hvert tema handler om, og avgjøre hvilke aspekter av datasettet de ulike temaene tar for seg. I praksis ble dette gjennomført ved at jeg skrev en kort tekst som definerte hva hvert tema tok for seg og hvilken tilknytning temaet hadde for problemstillingen. For eksempel begrunnet jeg hovedtemaet «tilgjengelighet.» slik;

Temaet forteller generelt om gutters oppfatning av tilgjengeligheten av helsestasjon for ungdom og de forteller om ulike ønsker for hvordan de ønsker å ha det. Det gir innsikt i hvordan og hvorfor helsestasjon for ungdom fungerer i dag og gir eksempler på hvordan det kunne vært tilrettelagt for opplevelse av større tilgjengelighet av helsestasjon for ungdomstilbudet.

Braun og Clark (2006) advarer om å gi et tema for mye ansvar. Det vil si at temaet tar for seg for mye eller er for komplekst. Som temaet i eksempelet over viser fremsto det som et relativt stort og bredt tema som tok for seg flere aspekter. Jeg valgte derfor å dele like hovedtemaer i inn i ulike undertemaer for å gi dem mer oversiktlig struktur. Når alle temaene var definerte, gikk jeg over i siste fase.

Fase 6: Produsere en rapport. Fase seks dreier seg om å rapportere funnene fra analysen, altså å skrive frem et resultatkapittel (Braun & Clarke, 2006).

5.7 Metodiske refleksjoner

Thagaard (2018) bruker begrepene reliabilitet om pålitelighet, validitet om gyldighet og overførbarhet om hvorvidt resultatene fra den enkelte undersøkelse kan overføres til andre sammenhenger.

5.7.1 Reliabilitet

Reliabilitet eller pålitelighet handler om å stille spørsmål om hvor pålitelige dataene er innenfor forskningen og redegjøring for forskningsprosessen. Det er mindre krav til reliabilitet i kvalitativ forskning. Som regel er det samtalen som styrer datainnsamlingen, og forskeren selv som er hovedinstrumentet med sin bakgrunn og erfaring (Johannessen et al., 2021). Avgjørende for oppgavens pålitelighet er forskeren som har gjennomføre studien (Thagaard, 2018). Jeg har med dette redegjort for forforståelse og mitt utgangspunkt som forsker. Påliteligheten til datainnsamlingen styrkes ved at alle informantene som har deltatt i studien oppfyller alle kriteriene for å være med (Kvale & Brinkmann, 2019). Påliteligheten innenfor kvalitativ forskning kan ifølge Kvale og Brinkmann (2019) styrkes ved å gi leseren en fullstendig og utfyllende redegjørelse for framgangsmåten i hele forskningsprosessen. Dette har jeg forsøkt å gjøre ved å redegjøre for valgt metode og framgangsmåten til prosjektet gjennom oppgaven.

5.7.2 Validitet og overførbarhet

Et annet ord for validitet er troverdighet. Validitet kan deles inn i internt og eksternt. Intern validitet handler om troverdighet i prosessen. Ekstern validitet angir i hvilken grad resultatene er gyldige under andre betingelser og for andre utvalg, eller med andre ord grad av generaliserbarhet.

I kvalitativ forskning handler det om i hvilken grad forskerens fremgangsmåter og funn reflekterer formålet med studien og representerer virkeligheten (Skilbrei, 2019). Jeg har redegjort for formålet med studien, og fulgt en metode som er godt egnet til studien. Det er en liten studie med få deltagere. Troverdigheten kan styrkes ved at jeg har samlet informanter fra tre ulike kommuner. Hadde alle informantene sognet til samme helsestasjon for ungdom ville de kanskje hatt andre oppfatninger. Samtidig gir antall informanter et lite materiale som ikke kan generaliseres, men gi innsikt i gutters oppfatninger av et helsetilbud.

Slik som tidligere beskrevet i oppgaven kan man ved å la en annen forsker se over datamateriale se om de tolker det på lik måte. Dette kan bidra til å styrke troverdigheten (Skilbrei, 2019). Jeg har gjennom arbeidet med oppgaven reflektert sammen med veileder om formål og funn. Samtidig er det kun jeg som har lest datamateriale, og kanskje kunne andre funn vært belyst dersom en annen forsker hadde analysert det samme materialet (Skilbrei, 2019).

Ekstern validitet handler om overførbarheten. Om resultatene kan gjøres gjeldende i andre situasjoner og kontekster. Malterud (2017) skriver at desto mer presise alle leddene i studien legges frem, jo mer sannsynlig er det også at resultatet er noe flere kan lære noe av. Med presise ledd trekker Malterud (2017) blant frem en presis problemstilling, utvalgets relevans og diskusjonens teoretiske styrke. Malterud (2017) skriver videre at dersom forskningen skal være gyldig kan det ses som viktig at tolkninger og analyser som er gjennomført har noe til felles med andre forskeres funn på det relevante temaet. På bakgrunn av blant annet dette har jeg underveis i studien lest tidligere forskning og teori som har sammenheng med studiens problemstilling og mine data. Dette kan være med å validere materialet som godt som mulig. Det må også legges til at jeg har valgt ut aktuell teori og dette kan ha påvirket hvordan jeg har analysert materialet, og hva jeg har lagt til grunn i drøftingen.

5.7.3 Metodekritikk

I forkant av prosjektet vurderte jeg også å forsøke gruppeintervjuer, for at informantene skulle kunne spille mer på hverandre – men samtidig kan det være mer krevende å få dyp innsikt i den enkelte informants bidrag i en slik sammenheng. Sett i ettertid tror jeg også det var mest hensiktsmessig for meg å gjennomføre individuelle intervjuer ettersom det var første gang jeg gjennomførte intervjuer.

En svakhet ved studien er at informantene ble valgt ut gjennom et strategisk utvalg. Guttene er ikke nødvendigvis representative for alle guttene i landet. Blant annet gikk alle informantene på skole, og med samme studieretning. Ettersom helsestasjon for ungdom skal kunne nå all ungdom som også ikke går på skole, ville det vært interessant å innhente deres oppfatning av helsetjenesten også. Samtidig kan det ses som en stryke at informantene representerer tre ulike skoler og kommuner, ettersom det sannsynligvis vil være variasjoner i oppfatninger ut ifra hvor de bor. En annen svakhet med utvalget kan være at det består av 8 informanter. Med et større utvalg ville studien sannsynligvis fått en større metning av datamaterialet (Kvale & Brinkmann, 2019).

Å forske innenfor eget fagfelt, kan gi både muligheter og svakheter til studien. En styrke er at jeg har kjennskap til gruppen av elever og har veiledningskompetanse, selv om min arbeidserfaring ikke er så lang. Ved å ha noe erfaring opplevde jeg at jeg var trygg i selve samtalen med informanten. Ved at informantene fortalte sine oppfatninger, er det ikke mulig for meg å få en fullstendig forståelse for hva det innebærer for den andres erfaring. Dette er forsøkt tilnærmet gjort, gjennom en fenomenologisk tilnærming, men jeg er bevisst på at deres oppfatning er noe jeg aldri vil fullt og helt forstå.

En styrke med studien er at den kan være et bidrag til økt kunnskap om hvilke oppfatninger gutter har i møte med helsetjenesten helsestasjon for ungdom. Ved at jeg utførte intervjuene med informanter fra tre ulike skoler fikk jeg noe bredde i datamaterialet, men samtidig er det altfor lite til at det skulle kunne være representativt for hele Norge. Dette var heller ikke oppgavens hensikt. Samtidig kan det tenkes at deler av funnene har overføringsverdi å være nytte for flere problemstillinger med lignende tema. Som nevnt vil troverdigheten til studien styrkes ved at jeg har redegjort for fremgangsmåten, men det er ikke sikkert at en annen forsker ville ha belyst samme funn som meg.

5.8 Forskningsetiske overveielser

Etiske overveielser har vært med gjennom hele prosjektet, helt fra forberedelse til avslutningsfasen (Helsinkideklarasjonen, 2018; Helseforskningsloven, 2009). Universitetet i Tromsø sine etiske retningslinjer har også vært førende (Universitetet i Tromsø, 2019).

Det bærende elementet i forskningsetikken er hensynet til deltakerne og deres integritet (Helseforskningsloven, 2009). En av de viktigste forutsetningene for dette er frivillig informert samtykke. I tillegg skal studien kunne bringe frem ny kunnskap som enkeltpersoner eller grupper av personer har nytte av (Helseforskningsloven, 2009; Alver, 2015).

Studien vil som vist i oppgaven ha fokus på at deltakerne har fått utdelt informert samtykke, og er trygge på min rolle som forsker og taushetsplikt. Guttene skal være 18 år, og er med dette myndig for samtykke uten foresatte (Helseforskningsloven, 2009). Datamaterialet vil være anonymisert, og det vil brukes en gjenkjenningsnøkkel slik at det vil være enkelt for hver deltaker å trekke seg ut av studien, og derav få slettet alt materiale knyttet til seg.

Det ble ved prosjektstart sendt en fremleggsvurdering til Regional Etisk Komite (REK) i samråd med veileder. Etersom jeg var usikker på om prosjektet måtte ha en forhåndsgodkjenning sendte jeg derfor en fremleggsvurdering som kunne gi grunnlag for videre veiledning. REK vurderte om forskningsprosjektet var etisk forsvarlig å gjennomføre og om personvernet var ivaretatt jamfør Helseforskningsloven (2009). Jeg fikk tilbakemelding om at prosjektet ikke trengte videre godkjenning fra REK.

Videre ble det sendt en søknad til Norsk senter for forskningsdata (NSD) i samarbeid med veileder. Dette på bakgrunn av det vil komme frem sensitive opplysninger (Personopplysningsloven, 2000). Det påpekes fra NSD at dersom det finnes en koblingsnøkkel som kobler opplysningene til ett navn er opplysningene å regne som personopplysninger, noe som er aktuelt i denne oppgaven (NSD, 2021). NSD sikrer at den planlagte behandlingen av data er i tråd med personvernlovverket. Jeg fikk tilbakemelding fra NSD om at behandlingen av data vil være i samsvar med personvernlovgivningen og at jeg kunne starte datainnsamling.

5.8.1 Informert samtykke

En informant skal kunne trekke sin deltagelse i forskningsprosjekt uten at dette medfører negative konsekvenser for informanten. Samtykke til å delta skal ifølge Thagaard (2009) være fritt, noe som vil si at det ikke foreligger noe ytre press om å delta.

I forskningsprosjekt som omhandler personopplysninger skal alltid informert samtykke være gjennomgått med deltagerne (Thagaard, 2009). Før intervjuene hadde alle informantene lest gjennom informasjonen som var sendt ut i forkant av intervjuet.

Før intervjuet gjentok jeg informasjonen, og herunder hvilke rettigheter de hadde som informanter. Informantene ble bedt om å bekrefte muntlig og skriftlig at de ønsket å delta i studien. Som deltager i et kvalitativt forskningsprosjekt, vil det være utfordrende å gi ut informasjon om hvilken vei studiet vil ta underveis i prosessen.

Studiens refleksivitet innebærer at forskeren vil tolke materialet underveis, og det vil derfor være utfordrende å gi et fullstendig bilde av hva deltagerne samtykker til (Thagaard, 2009).

5.8.2 Konfidensialitet

Konfidensialitet er ett av grunnprinsippene for etisk forskningspraksis (REK, 2021). Med dette menes at all informasjon om informantene og data som samles inn skal behandles konfidensielt. Informasjon og data skal anonymiseres og oppbevares slik at ikke andre får kjennskap til dette (Thagaard, 2009). I forkant av prosjektet gikk jeg og veileder gjennom retningslinjer for klassifisering av informasjon. Denne gir føringer for hvordan informasjon skal oppbevares og klassifiseres. Arbeidet til masteroppgaven gikk under gul kategori da det inneholdt upublisert forskningsdata (UiO, 2021; NSD, 2021). For å bevare konfidensialitet ble det benyttet tofaktor-autentifisering for innlogging til arbeidsdokumentet mitt gjennom hele skriveperioden. Dette var det kun jeg som vil ha tilgang til. I tillegg benyttet jeg nettskjema-diktafon app for håndtering av lydopptak i tråd med Universitetet i Tromsø (2021) sine retningslinjer.

6 Presentasjon av det empiriske materialet

I dette kapittelet presenteres de empiriske funnene som kom frem under dataanalysen. Disse blir sett i lys av problemstillingen «*hvilken oppfatning har gutter som går siste året på videregående skole av helsestasjon for ungdom?*». Tema i analysen fremstilles som hovedoverskrifter. Hovedtemaene og deltemaene kan oppfattes som selvstendige tema, samtidig som de støtter og underbygger hverandre.

Studiedeltakerne vil bli fremstilt som informant 1, 2, 3 osv. i henhold til krav om anonymisering.

6.1 Tilgjengelig tilbud

Tilgjengeligheten til helsestasjon for ungdom var et tema samtlige av informantene snakket om under intervjuene. Selv om det kommer frem noe ulike beskrivelser på hva de oppfatter som tilgjengelighet, påpeker flere av informantene at helsestasjon for ungdom bør være et av de viktigste lavterskel tilbudene de har som ungdom, men at det samtidig kan oppleves som tilbudet er utilgjengelig for dem.

En informant beskriver det på følgende måte:

«jeg tror jeg vet for lite om helsestasjon for ungdom.. jeg forbinder det kun med testing for klamydia, men jeg tror vi kunne dratt ditt for å snakke om psykisk helse for eksempel. Jeg vet jo ikke en gang om vi kan prate om sånne ting der.. nei, terskelen hadde nok blitt for stor for å ta det initiativet selv» (Informant 4).

6.1.1 Informasjonsbehov

Hele seks av guttene som deltok i studien startet intervjuet med å fortelle at de ikke har så stor kunnskap om helsestasjon for ungdom. Tre av åtte studiedeltakere forteller at husker at de fikk informasjon om helsestasjon for ungdom første gang i starten på ungdomsskolen. De fikk samtidig tilbud om å besøke helsestasjonen som klasse. Disse guttene kommer fra samme skoleområde. Ingen av guttene husker om hva de snakket om på besøket, men alle husker at de fikk med seg gratis kondomer hjem. En informant forteller at han tror han kunne fått et større utbytte av besøket dersom det hadde blitt gjennomført litt senere på ungdomsskolen, eller at informasjonen ble gjentatt senere. Han forteller at han gjerne kunne ønsket seg samme informasjon om helsestasjon for ungdom på videregående skole. Det samme er fire av de andre informantene inne på.

Jeg husker vi fikk med oss kondomer som vi bare lekte med, men det gjorde kanskje at jeg husker den dagen ekstra godt ... det var en hyggelig tur med klassen liksom. Jeg tror jeg var litt for ung, og hadde sikkert hatt et større utbytte av det om det var noen år senere. Jeg kan ikke huske å ha fått noe tilbud eller informasjon om det senere ...». (informant 2)

En annen informant kan ikke huske at han fikk tilbud om å besøke helsestasjon for ungdom på ungdomsskolen, men at de som jobbet på der kom på besøk og informerte litt til skolen i stedet. Flere beskriver at de vet at helsestasjon for ungdom finnes, men at de vet for lite om det. Kun to av guttene forteller at de har hørt at helsestasjon for ungdom har tilrettelagt spesielt for gutter, men de vet ikke på hvilken måte.

Guttene forteller at de tenker at helsestasjon for ungdom skal være et tilbud som skal være tilgjengelig etter skoletid. De nevner at det også bør være tilgjengelig for ungdom som er lærlinger eller jobber. En informant sier

«jeg har flere kompiser som er lærlinger nå, og da kan de ikke komme på skolen og bruke helsesykepleier som oss. Da er jo helsestasjon for ungdom veldig bra tilbud. Samtidig så tviler jeg på at noen har sagt fra til dem at de kan bruke det.» (informant 3)

6.1.2 Lettere å bruke skolehelsetjenesten

Seks av informantene forteller at de opplever at skolehelsetjenesten er lettere tilgjengelig for dem. De har en oppfatning at flere bruker dette tilbudet enn helsestasjon for ungdom. En informant forklarer det på denne måten:

«Hvis jeg eller kompiser skulle spurt om hjelp til noe, da tror jeg helt sikkert det er lettere for oss å bruke helsesykepleier på skolen. Det er jo liksom på skolen og vi kan bare dra bort i timen. Vi får jo godkjent fravær og sånn. Jeg tror også det er mindre stigma å bare stikke innom helsesykepleier enn å oppsøke en helsestasjon for ungdom.» (Informant 6).

De seks guttene forteller at de har en oppfatning av at det er liten forskjell på tilbudet helsesykepleier på skolen kan gi i forhold til helsestasjon for ungdom. De forteller at dersom de hadde hatt behov for å snakke med lege, psykolog eller andre som kanskje jobber på helsestasjon for ungdom ville helsesykepleier på skolen kunne henvist dem videre.

Guttene forteller at de har god tilgjengelighet til helsesykepleier på skolen, noe som gjør det lettere både å huske på å bruke tilbudet og ta kontakt når det er behov.

«(...) jeg assosierer liksom helsesykepleier og helsestasjon for ungdom som ett og samme tilbud, bare at det virker lettere å bruke her på skolen. Hvert fall vi som har helsesykepleier

mye her. På ungdomsskolen så jeg henne aldri. Helsepsykeleier her er liksom å se litt her og der. Det er viktig» (informant 8)

I tillegg forteller samtlige av informantene om at de tror mange vil tenke det er lettere å bruke helsepsykeleier på skolen så man slipper å bruke av fritiden utenfor skolen. I tillegg er over halvparten av guttene inne på at de heller hadde brukt helsepsykeleier på skolen fordi de opplever det som lettere tilgjengelig for dem.

«på skolen er det åpen dør. Jeg vet liksom at helsepsykeleier er her sånn omtrent samtidig som meg.. mens jeg må innrømme at det ville vært litt tiltak å google åpningstider til helsestasjon for ungdom og sjekket hvordan jeg kan få time der. Kanskje det er drop-in? Jeg vet ikke.. jeg opplever hvert fall at skolen lett kan tilrettelegge for meg hvis jeg trenger det da ...» (informant 1)

6.1.3 Synlighet

Syv av guttene forteller at de har en oppfatning om at helsestasjon for ungdom bør være mer synlige. De forteller at de gjerne skulle likt å sett for eksempel helsepsykeleier på fotballbanen der guttene spiller, eller at de involverte seg mer et annet sted ungdom samles. Noen av guttene påpeker derimot at det er viktig at det ikke blir for nært også. En av guttene beskriver det at *«jeg trenger ikke møte helsepsykeleier på festen til kompisen min» (informant 5).*

Flere opplever at det ville vært lettere å ta kontakt der og da, på en arena som oppleves trygg eller kjent for dem. Guttene tror at det kan være fint for andre gutter å snakke om noe i grupper, og de tenker det kunne vært en arena for nettopp dette. Å snakke med helsepsykeleier på for eksempel fotballbanen om ting som opptar de. De tenker at det vil være en naturlig del av både trygghet, tilgjengelighet og relasjonsbyggingen. På denne måten påpeker guttene at det muligens ville blitt opplevd som lettere å ta kontakt med helsepsykeleier og helsestasjon for ungdom når de virkelig trengte det en annen gang.

6.2 Behov for et lavterskeltilbud utenom skoletid

Fem av guttene forteller at de forbinder helsepsykeleier som et viktig lavterskeltilbud for ungdommen i kommunen. Samtidig beskriver flere at de har en oppfatning at mange kan oppleve det som er høy terskel å besøke helsestasjon for ungdom. Flere vet ikke helt hva de kan forvente av tilbudet og opplever det som vanskelig å ta initiativet til å finne ut av det.

6.2.1 Åpent når det er behov

Tre av guttene sier at dersom et lavterskeltilbud skal oppleves som verdifullt er det avhengig av å tilpasse seg etter brukerens behov. Noen av guttene kommenterer at de har oppfatning av at det ofte er på ettermiddagen og kvelden at tanker og følelser kan bevege de mest. En informant beskriver det som *«det er på en måte litt avgjørende at tilbudet er der når vi trenger det, og det er ofte ikke tirsdag mellom klokken 13.00 og 15.00. Tilbudet burde vært der mer- om ikke daglig om vi skal føle det har nytte.»* (informant 7).

Flere av guttene forteller om at de gjerne skulle hatt mulighet til å ta kontakt med helsesykepleier også i helgen. De forteller at det ofte skjer mye for ungdommen i helger, og at det kunne vært fint og hatt et tilbud med å snakke med en dyktig trygg voksen. Dersom helsestasjon for ungdom kun er åpent en dag i uken eller to vil det kunne være flere dager siden behovet for samtale meldte seg, og det vil kanskje være vanskeligere å dele det.

6.2.2 Digital kommunikasjon

Fem av guttene forteller at de opplever at det kan være en høy terskel for å benytte seg av tilbudet på helsestasjon for ungdom ettersom de selv må oppsøke tjenesten og møte fysisk på helsestasjonen. De opplever at det blir en høyere terskel å ta kontakt med helsesykepleier når de må finne informasjon selv, spesielt når de ikke vet hvor de kan finne informasjonen.

En informant sier *«jeg tror terskelen ville vært lavere hvis vi kunne hatt en digital inngang til helsestasjon for ungdom. Jeg tror ikke vi trenger en app liksom, men en lett mulighet for en telefon. Litt sånn «vår egen Helsesista». Jeg tror flere gutter ville brukt det, og at flere kunne spurt om ting de aldri får spurt om ellers»* (informant 6)

Samtlige guttene forteller at de skulle ønske at helsestasjon for ungdom var mer digital, men flere legger til at det må være et tillegg til fysisk tilstedeværelse. Fem av informantene legger til at det er viktig for dem at nettressursen styres av en lokal helsesykepleier eller annet helsepersonell som er tilknyttet helsestasjon for ungdom i området tilfelle det blir behov for å møtes fysisk.

«jeg tenker det ville vært fint å ha en side hvor vi kunne spurt om ting og fått svar ganske kjapt, slik at kanskje den bekymringen å rekke å bli så stor ... gjøre helsetilbudet litt anno 2022 liksom». (Intervjuer: «hva mener du med det?»)- «nei, at helsestasjon for ungdom anno 2022 er mer enn kjønnssykdommer og kondomer liksom, men et sted som vi føler vi kan komme til for andre ting. Og en digital plattform, hvor man kan søke for å få kjappe svar på

ting man lur på, eller en å snakke med når det virkelig er behov. Det ville gitt mulighet for å kommunisere med fagfolk på en trygg og lettvin måte» (informant 7).

Guttene er samstemte i at de mener at digital kommunikasjon kan være en god måte å nå flere gutter på. Noen av guttene er inne på at det blir mindre kleint, men også fordi at gutter muligens kan være flinkere til å skrive ned ting de tenker på i stedet for å si det høyt.

«Har man et utslett eller noe annet fysisk, for eksempel at man skal teste seg skjønner jeg at man må møte opp, men da kan det liksom avklares på meldinger først. Lettere å møte opp når man har den timen.. tenker litt sånn type fastlege ordning. Hvis det er drop-in blir det sikkert lett å bare droppe det, eller utsette det ...» (Informant 5)

Informant 1 forteller at: *«Jeg tenker mye kunne vært snakket om digitalt. Vi har jo mange spørsmål som ikke trenger noe annet svar om at «det er normalt».. det kan man jo se på for eksempel hun helsesista. Hun svarer mange med at «ting er normalt». Noen ganger trenger man bare høre det når man sitter alene på rommet hjemme etter skoletid ... så vi burde absolutt kunne tatt kontakt med helsestasjon for ungdom digitalt.»*

Seks av guttene forteller at de har god erfaring med digital kommunikasjon med helsetjenester etter koronatiden. De nevner blant annet digitale konsultasjoner med fastlegen. Noen av guttene forteller at dersom helsestasjon for ungdom også hadde tilbydd dette kunne terskelen for å ta kontakt blitt mye lavere. De tenker at dersom de kan sitte hjemme i trygge omgivelser vil det kanskje føles lettere og tryggere å starte en samtale.

6.3 Trygghet

Alle guttene forteller at de har en oppfatning om at helsestasjon for ungdom er et sted som skal føles trygt. Samtlige av guttene forteller at de ikke hadde brydd seg om det var en mann eller dame de møtte som fagperson på helsestasjon for ungdom, men at mye handler om kjemi og følelsen av trygghet. Tryggheten beskriver de at kan handle om flere ting- blant annet tillit og en tidligere relasjon.

Fire av guttene forteller om at siste året på videregående har vært vanskeligere enn de hadde tenkt. De forteller blant annet om viktige valg for fremtiden og brudd med trygge relasjoner. Med dette opplever de at det kunne vært viktig at hver og en fikk en mulighet for å drøfte dette med noen trygge voksne andre enn foreldre eller venner. Flere av guttene tenker det er godt å prate med noen utenfor som har taushetsplikt. Guttene forteller at dersom man skal

tørre å åpne opp for tanker og følelser er det behov for en viss trygghet av de som lytter til dem.

6.3.1 Relasjon

Flere kunne fortelle at de ikke nødvendigvis behøver å ha en tidligere relasjon med helsesykepleier for å oppleve trygghet, men at relasjonen og kjemien de opplevde under samtalen kan være viktig for at de opplever det som en trygg arena. Halvparten av guttene tenkte at tidligere relasjon kunne gjøre det lettere å bygge tillit og relasjon. Informantene sier blant annet at de fleste kjenner til helsesykepleier på skolen på en eller annen måte, spesielt på ungdomsskolen ettersom man har individuell samtale med helsesykepleier i 8.klasse. Han tror tidligere relasjon gjør at det blir en lavere terskel for å bruke tilbudet hvis det er behov.

«Helsesykepleier her på skolen har nok et rykte på seg at hun er god å prate med, så for oss hadde det vært naturlig å bruke henne og huske på henne, og ikke helsestasjon for ungdom.. jeg klarer nok ikke helt å skille på de to tilbudene, annet enn at den ene er på skolen og den andre utenfor skolen og skoletiden. Den ene er kjent og den andre ikke. Jeg tror situasjonen har mye å si for om det er en fordel eller ulempe ...» (informant 3).

For å skape en trygg relasjon med helsestasjon for ungdom foreslår flere av guttene blant annet at helsesykepleier fra helsestasjon for ungdom kunne komme og hatt noen undervisninger på skolen, eller at de ba ungdommen inn på ulike temakvelder. Guttene påpeker at dette bør planlegges i samarbeid med ungdommen slik at det blir interessant for dem. De tenker at det kan være en arena for å spise pizza sammen, game og et sted for å møte andre. To informanter forteller at det finnes ulike arenaer for ungdom slik som dette, men at det ofte er for yngre elever på ungdomsskolen, og ikke for de på videregående.

«For eksempel at helsesykepleier fra helsestasjon for ungdom hadde noen undervisninger på skolen, eller at de ba oss inn på undervisning på helsestasjon for ungdom. Også tror jeg en individuell samtale på videregående hadde gjort en stor forskjell. Vi hadde jo det både på barneskolen og på ungdomsskolen med helsesykepleier. Hadde vi kunne hatt dette på videregående også hadde det både skapt trygghet og det var en åpning for å snakke. Kanskje dette kunne vært gjort på helsestasjon for ungdom?» (Informant 1.)

6.4 Helsestasjon for ungdom – jentenes arena?

Flere av guttene forteller under intervjuene av de tenker at helsestasjon for ungdom tilhører jenter mer enn guttene. Blant annet blir behovet for prevensjon trukket frem. De forteller at

guttene kan kjøpe sin prevensjon på butikken, mens jentene ofte må til helsesykepleier eller lege for å få prevensjon. De forteller at de også opplever at flere jenter enn gutter tester seg for kjønnsykdommer på helsestasjon for ungdom. Det blir fortalt i flere av intervjuene at de opplever at det er mer ubehagelig for en gutt å komme inn på helsestasjon for ungdom enn en jente.

6.4.1 Gutter og jenter har ulike behov

Fire av guttene beskriver at de har en oppfatning at det er forskjeller på hvordan gutter og jenter håndterer følelser, kriser og vanskelige hendelser. Alle fire forteller at de opplever at jenter er flinkere til å dele det med andre raskt, mens guttene tenker lengre på det for seg selv.

«Det er litt tabulagt å si at man ikke har det greit.. at man ikke håndterer det liksom. jeg har den oppfatningen av at vi gutter er litt tøffere, eller vi vil oppfattes som tøffere enn jentene hvert fall ... vi sitter ikke og griner fordi dama di slo opp, men hvis en gutt slår opp med jenta er det jo et grineball med mange ulike «faser» for jentene ... det er jo bare å se på TikTok og.. det er flere jenter som viser følelsene sine til alle i «hele verden», det kunne aldri en gutt gjort tror jeg.» (informant 5)

Tre av guttene forteller at de tenker det er større sannsynlighet for at jentene synes det er mer komfortabelt å snakke med hverandre om tanker og følelser, og at jenter er flinkere til å oppfordre hverandre til å snakke med andre, for eksempel helsestasjon for ungdom. Fem av guttene forteller at de hadde opplevd det som ukomfortabelt å snakke med en annen gutt om alle tanker og følelser.

«Jeg tror jentene oftere kan tenke på å bruke helsestasjon for ungdom enn det gutta gjør. En av grunnene tenker jeg at de går i saueflokk ned for at «nå skal vi alle hjelpe Kari!», vi gutta må liksom gå over den dørterskelen selv. Og da tror jeg mange heller bare dropper det og satser på at det går over.. som jeg sa i sted, jeg tror vi gutter kamuflerer mer, og at vi er flinke på det.» (Informant 2)

Studiedeltaker 6 sin tanke om dette er at: *«Jeg tror nok jenter er flinkere til å snakke med hverandre hvis de opplever noe de tenker på som unormalt. Også viser det seg sikkert at det ikke er så unormalt allikevel, så går de liksom videre.. vi gutter kan bekymre oss en stund i det stille, eller bare konkludere med at det er noe unormalt som kanskje går over snart (ler lavt)»*

6.4.2 Kleinere å være gutt som trenger noen å snakke med

Samtlige av guttene har en oppfatning at det finnes flere barrierer for gutter for å bruke helsestasjon for ungdom og helsesykepleier. *Kleinhet* er en slik barriere samtlige av guttene er inne på. Alle er inne på at det er avgjørende at plasseringen av helsestasjon for ungdom er riktig ettersom det kan være kleint å møte noen kjente der. Dette trekker de frem er en fordel for helsestasjon for ungdom:

«det er mer distansert enn skolen.. det er jo litt kleint om alle i kantina ser at jeg har vært oppe hos helsesykepleier å testa meg liksom, og det er kjipt å komme gråtende ut fra helsesykepleier og rett inn i kantina. Spesielt for oss gutta ...». (Informant 2).

Guttene forteller at de ikke tenker at selve konsultasjonen med ansatte på helsestasjon for ungdom kan være klein, men i forkant av timen, for eksempel mens de sitter på venterommet. *«Jeg vet om noen gutter som heller velger å reise til fastlegen for å teste seg for kjønnssykdommer.. fordi det er mindre kleint. Alle drar til legen liksom, men ikke alle drar til helsestasjon for ungdom ...»* (informant 1)

«Det er jo kleint hvis jentecrushet ditt sitter i samme sofa som deg og det er helt tydelig at «hei, jeg skal bare teste meg jeg». Det er kleint. Her på skolen er det sånn drop in hvor man bare kan levere en test på flere av doene på skolen, det gjør det enkelt.. men nå i korona har vi måtte reist på helsestasjonen for ungdom tror jeg. Og det har nok resultert i at færre gutter tester seg fordi det er kleint.. jeg tror ikke det gjelder jentene ...» (informant 5)

6.5 Forventninger til tilbudet

Felles for alle guttene som ble intervjuet var at alle hadde tydelige forventninger til helsestasjon for ungdom, tross at de forteller at de opplever å vite lite om tilbudet. De forteller at de har forventninger ut ifra hva de vet om helsetjenester og skolehelsetjenesten fra tidligere og hva andre har fortalt av deres erfaringer.

6.5.1 Tilstrekkelig fagkompetanse

Flere av guttene har en oppfatning av at de som jobber som jobber på helsestasjon for ungdom bør ha gode fagkunnskaper. De forteller at de ikke vet helt hvem som jobber på helsestasjon for ungdom, men foreslår et minimum at helsesykepleier og lege jobber der. Tre av guttene foreslår også at det bør være et tverrfaglig miljø.

«tenk hvis det kunne vært mange forskjellige yrkesgrupper der, da ville vi kanskje oppsøkt det enda mer enn «i stedet for helsesykepleier på skolen». (...) jeg tenker for eksempel at fysioterapeut kunne vært der, en fra NAV, barnevern- ja listen tror jeg er lang.» (Informant 4). Det blir foreslått at dette ikke trenger å være faste som jobber der, men at det kunne vært et tilbud en gang iblant.

6.5.2 Tillit til tjenesten

Samtlige gutter beskriver tillit som viktig i møte med helsetjenesten helsestasjon for ungdom. Det blir nevnt at taushetsplikten automatisk skaper en form for tillitt, og oppleves som viktig for guttene. Et annet aspekt som nevnes er at dersom guttene skal kunne ha tillitt til helsesykepleier er det viktig for dem at den de snakker om har gode kunnskaper rundt ungdomshelse. De har tillitt til at helsesykepleier ønsker å hjelpe de og eventuelt henviser dem videre dersom det er behov.

«jeg tror tillitt kommer litt automatisk mellom oss og den som jobber på helsestasjonen. Vi har jo kommet ditt fordi vi har tillitt til at de kan hjelpe oss, og det tror jeg er veldig viktig for alle. Jeg tenker at det er noe helsesykepleiere er dyktige på å formidle- altså at de lager en relasjon som bygges opp av at de vil oss godt» (Informant 4)

6.5.3 Å bli tatt på alvor

Innenfor forventninger til tilbudet forteller seks gutter at de tenker at det er viktig at de opplever å få nok hjelp når man trenger det. Dersom de skal tørre å åpne seg opp for et menneske, er det viktig for dem at de føler å bli tatt på alvor. Noen av guttene nevner at det ikke forventes at de kun blir henvist videre, men at de også kan få oppfølging fra den personen de deler til

«jeg tror det er viktig at vi opplever å bli tatt på alvor hvis vi ført skal dele noe. Et worst-case-scenario ville jo vært om vi delte noe og at den personen på helsestasjon for ungdom ikke opplever at det et problem og bare avfeier oss. Jeg tror at dersom vi gutter først kommer med noe tror jeg det skal tas på alvor. Store gutter gråter også liksom. Kanskje vi ikke deler alt første samtalen, men kanskje en annen gang dersom vi får en oppfølgingsamtale» (informant 1)

7 Diskusjon

7.1 Tilgjengelighet

Funnene i studien viser at informantene hadde en oppfatning om at tilgjengelighet av tilbudet er viktig. Med tilgjengelighet mente de at tilbudet ungdomshelsestasjonen burde nå flere gjennom informasjon, tilbudet burde være mer synlig og det burde også være større tilgjengelighet av helsesykepleier.

Informantene ønsket mer informasjon om helsestasjon for ungdom, og hadde en oppfatning av at mangel på informasjon om tilbudet kan føre til mindre bruk av helsestasjon for ungdom. Funnene i denne studien samsvarer med tidligere forskning som har undersøkt hvilke faktorer som påvirket ungdommers bruk av helsetjeneste for ungdom (Sollesnes, 2010). Gjennom fokusgruppeintervju av ungdom mellom 16 og 19 år ble det blant annet funnet at gutter forteller at de har mindre kjennskap enn jentene om helsetjenesten og at de i mindre grad vet hvor de kan henvende seg hvis de ønsker å snakke med noen profesjonelle (Sollesnes, 2010).

Det er en sterk anbefaling i de nasjonale faglige retningslinjene for helsestasjon for ungdom at alle ungdomsskoler tilbyr et besøk på helsestasjon for ungdom (Helsedirektoratet, 2017). Dette tiltaket er sterkt anbefalt ettersom det er et tiltak for å nå ut med informasjonen om tilbudet. Det anbefales blant annet at dette besøket gir en konkret kjennskap til helsestasjonens beliggenhet, åpningstider, helsepersonellens taushetsplikt og hvilke tilbud som gis der og i andre deler av helsetjenestene, innenfor fysisk og psykisk helse (Helsedirektoratet, 2017). Det er ikke konkretisert på hvilket klassetrinn på ungdomsskolen dette bør gjennomføres, men understreket av besøket bør skje på et tidspunkt da det er relevant for flertallet av elevene. Funn i denne studien viser at det er noe spredt erfaring på om dette besøket ble gjennomført eller ikke, og innholdet i besøket. Dersom dette gjennomføres for sent på ungdomsskolen kan det tenkes at det vil være vanskelig fange opp de som ville hatt behov tidligere, men dersom det gjennomføres for tidlig vil det være en risiko for at flere ikke vil få utbytte eller huske informasjonen ettersom det ikke er relevant for dem - slik som informantene i denne studien forteller om. Informantene i studien tilhører videregående skole og funnene i denne studien viser at også ungdom i denne aldersgruppen savner informasjon. Det er ikke noen konkret anbefaling i de nasjonale faglige retningslinjene om å informere eller tilby besøk til elever på videregående skole. Informantene i denne studien forteller at flere har byttet kommune for å gå på videregående skole og at de regner med at flere ikke kjenner til helsestasjonstilbudet i den nye kommunen. Tidligere forskning

viser at gutter rapporterer flest plager på videregående skole (Bakken, 2022), og tilgjengeligheten av tilbudet kan derfor synes å være spesielt viktig i denne aldersgruppen.

Det kan tenkes at god tilgjengelighet i tilbudet av helsestasjon for ungdom er vanskelig å gjennomføre for flere av kommunene i Norge - for eksempel på grunn av geografiske avstander eller for lite ressurser på helsestasjonen til å møte alle ungdommer. Retningslinjene presiserer at det kan være et alternativ at ansatte ved helsestasjon for ungdom kan besøke skolene eller at det vises en informasjonsfilm om tilbudet (Helsedirektoratet, 2017). Samtidig kan funnene fra denne studien tyde på at dette tilbudet likevel ikke vil oppfattes som tilgjengelig for all ungdom. Helsestasjon for ungdom skal også inkludere ungdom som for eksempel ikke går på skole eller er i lærlingperioden (Økland & Glavin, 2009), noe som betyr at informasjon og tilgjengelighet bør nå flere ungdommer.

Videre viser funn i studien at helsesykepleier sin tilstedeværelse og synlighet er viktig for tilgjengeligheten av helsestasjon for ungdom. Informantene i studien forteller at helsestasjon for ungdom bør være et mer synligere tilbud, og at de gjerne ønsker å se ansatte fra helsestasjonen mer på skolen eller på andre arenaer guttene holder til utenfor skolen. På denne måten vil helsestasjon for ungdom kunne nå ut til de som ikke tilhører den videregående skolen og tilbudet kan oppleves som mer tilgjengelig for alle.

For at ungdom skal kunne nyttiggjøre seg av tilbudet til helsestasjon for ungdom forutsetter det at de kjenner til hva tjenesten tilbyr og hvordan de kan benytte seg av den. Dette samsvarer med tidligere forskning. Fleary, Joseph og Pappagianopoulos (2018) undersøkte ungdoms helseatferd, og funn i deres studie viser at tilgjengelighet og informasjon er assosiert med bruk og dermed en viktig faktor. Videre viser funn at denne informasjonen må tilpasses brukergruppen, og at bruk av sosiale medier er en aktuell metode for å nå ut til flere ungdommer (Fleary et al., 2018). Dette samsvarer med funn i informantenes oppfatning i denne studien. Informantene beskriver at de tenker at helsestasjon for ungdom bør holde seg mer dagsaktuelle med å nå ut til de arenaene ungdom holder seg på- som for eksempel sosiale medier, og at dette kan bidra til en større tilgjengelighet.

Ungdom kan oppleve en periode med frigjøring fra familie og oppleve et økende behov for å ta egne beslutninger (Tetzchner, 2019). Mangel på opplevelse av tilgjengelig helsetilbud kan gjøre at ungdom søker informasjon i usikre kilder som for eksempel sosiale medier. Disse

kildene kan ha ulik faglig kvalitet og kan bidra til feilinformasjon og forsterke ulikhet i helse og livsstil blant ungdom (Haugland, 2017).

På denne måten kan vi tenke at ved å styrke tilgjengeligheten til helsestasjon for ungdom vil dette kunne føre til at flere gutter opplever helsestasjon for ungdom som et attraktivt tilbud, og er videre en viktig del av det helsefremmende og forebyggende arbeidet ved at guttene har nok informasjon om tilbudet, at tilbudet er mer synlig og at helsesykepleier er tilgjengelig ved behov.

7.2 Behovet for et lavterskeltilbud utenom skoletid

Funn i studien viser at informantene har en oppfatning om at det er viktig at ungdom har et lavterskeltilbud som helsestasjon for ungdom tilgjengelig utenom skoletid. Med lavterskeltilbud forteller informantene blant annet om viktigheten om at det er åpent når det er behov og at det skal være lett å ta kontakt med helsestasjon for ungdom.

Drop-in tilbys både i skole- og helsestasjonstjenesten og legger opp til at ungdommer kan komme innom helsesykepleier når de har behov og selv ønsker det. Forskning viser imidlertid til at elever oppgir at mange ikke får tak i helsesykepleier når de ønsker det, og at åpningstidene er begrenset (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016a). Dette står i kontrast til funnene i denne studien hvor guttene har en oppfatning om at helsesykepleier er et godt kjent tilbud og et tilbud som oppleves som et reelt lavterskeltilbud. Samtidig har de en oppfatning at dette er mer gjeldende for helsesykepleier i skolehelsetjenesten, enn helsesykepleier på helsestasjon for ungdom. En finsk studie hvor organisering og normtall for skolehelsetjenesten er tilnærmet likt som i Norge, ble det funnet at gutter i ungdomsskolen opplevde dårlig tilgang på helsesykepleier når skolehelsetjenesten var bemannet under normtall (Kivimäki et al., 2019). Funn i studien til Kivimäki et al. (2019) viser også til funn om at dersom helsesykepleier skal være et lavterskeltilbud må det være nok bemanning av helsesykepleier slik at det kan være åpent flere timer i uken. Dette er imidlertid ikke undersøkt hvordan bemanningen i skole- og helsestasjonstilbudet til de aktuelle informantene i denne studien er.

En undersøkelse utført i DIGI-Ung-prosjektet viste at to av fem ungdommer aldri eller sjeldent får tak i helsesykepleier når de trenger det (Helsedirektoratet, 2018). Det har de siste årene vært en økt satsing på helsestasjons – og skolehelsetjenesten i Norge, noe som har ført

til økt ressurser. Likevel viser en kartlegging at det er relativt store geografiske forskjeller i de ulike kommunene (Waldum-Grevbo & Haugland, 2015).

Funn i studien viser at informantene oppfattet helsestasjon for ungdom som en utstrekking av skolehelsetjenesten, og flere kunne tenkt det som nyttig for gutter å snakke med noen etter skoletid, kvelder eller i ferien når ikke skolehelsetjenesten er åpen. Flere av informantene i denne studien forteller derimot at de tenker dette ikke nødvendigvis må være et åpent fysisk tilbud hver dag, men at det også kunne vært et digitalt tilbud. Flere av informantene har en oppfatning om at dette kunne bidratt til å senke terskelen for å ta kontakt for gutter. Det legges til fra informantene at dette ikke bør erstatte den fysiske helsestasjonen, men komme i tillegg til for å kunne nå flere gutter.

Det at digital kontakt kan senke terskelen for å ta kontakt er også funn i funn i Regjeringens strategi for ungdomshelse og strategi for seksuell helse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). Her vises det til at ungdom har generelt høy digital kompetanse og bruker digitale helsetjenester aktivt. I tillegg kan de kontakte helsetjenesten på sine egne premisser, når og hvor det passer dem. En digital helsestasjon for ungdom kan på denne måten tenkes å både øke tilgjengeligheten for ungdommene og senke terskelen for å søke hjelp. På den andre siden kan en digital tjeneste for ungdom oppleves som ressurskrevende for helsepersonell. Det kan i tillegg være en utfordring å kunne tilby en digital tjeneste som er anonym samtidig som fagpersoner overholder lovverket med henhold til helsehjelp, varsling og personvern (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016a). Nasjonal faglige retningslinjer har gitt ut et kapittel om bruk av sosiale medier i helsestasjons – og skolehelsetjenesten som blant annet gir veiledning om hvordan taushetsplikt, melde – og varslingsplikten må ivaretas også på sosiale medier (Helsedirektoratet, 2017). Helsedirektoratet påpeker, slik som funn i studien, at å bruke sosiale medier som en digital plattform inn til gutter kan være av god effekt for å nå ut til flere og senke terskelen for å ta kontakt. På den andre siden ses det som viktig å være tydelig overfor ungdom om plattformens begrensninger.

Bruk av digitale kanaler ga ifølge helsesykepleierne i en undersøkelse gjennomført av Helsedirektoratet (2018) økt bruk av tjenestene, spesielt av gutter- noe også informantene i denne studien viser til. Informantenes oppfatning er at det vil være viktig for gutter at helsesykepleier som svarer på spørsmål de har over digitale tjenester med fordel bør være en helsesykepleier fra deres kommune som jobber på helsestasjon for ungdom. På denne måten skaper det trygghet, og de vet at helsesykepleier som svarer kjenner ungdommens miljø.

Informantene tror også det vil kunne gjøre det lettere for gutter å kunne følge opp med videre samtaler ansikt til ansikt på helsestasjon for ungdom, dersom det er behov senere.

Helsestasjon for ungdom er et av de viktigste lavterskeltilbudene ungdom har. For at det skal oppfylles er det krav i loven at tilbudet på helsestasjon for ungdom skal være gratis og at ungdom skal kunne henvende seg ditt uten avtale eller henvisning (Helsedirektoratet, 2017). Informantene forteller at de har en oppfatning om at det er lettere for ungdom som bor i byene å ta kontakt med helsesykepleier på helsestasjon for ungdom. De som bor ute i distriktene vil ha behov for transport og en større «unnskyldning» for å reise ditt uten av foreldrene eller vennene skal vite om det. Noen av informantene forteller om at de kjenner til at ansatte på helsestasjon for ungdom har reist til ulike delene av distriktet, og forteller at de har en oppfatning om at dette var med på å senke terskelen for å ta kontakt.

Digitale tjenester kan også være særlig viktige for ungdom i distriktene, da disse opplever de fysiske helsetjenestene mindre tilgjengelige, og at terskelen for å ta kontakt blir større (Helsedirektoratet, 2018). Å benytte digitale og sosiale medier som strategisk verktøy kan være viktig i det helsefremmende arbeidet mellom gutter, helsesykepleier og helsestasjon for ungdom. I tillegg kan funn i studien indikere at behovet for et tilrettelagt lavterskeltilbud er viktig for gutter sin bruk av helsestasjon for ungdom.

7.3 Betydningen av trygghet

Informantene i denne studien har en oppfatning om at helsestasjon for ungdom må oppleves som et trygt sted å bruke. Med trygghet forteller de blant annet om relasjon og tillit til helsesykepleier som viktig.

Funn viser at guttene har en oppfatning om at helsesykepleier sitt kjønn ikke er av betydning for at helsestasjon for ungdom skal oppleves som et trygt og relevant tilbud. Dette funnet er en motsats til nasjonale faglige retningslinjer som peker ut at det kan være et aktuelt tiltak å ansette mannlig helsesykepleier i helsestasjon for ungdom for å nå flere gutter (Helsedirektoratet, 2017). Det er noe sprik i funnene om gutter sin oppfatning om en tidligere relasjon til helsesykepleier har betydning for tryggheten. Noen har en oppfatning om at gutter ønsker å kjenne til helsesykepleier fra før for å oppleve trygghet, mens andre har en oppfatning om at det ikke er behov for en tidligere relasjon til helsesykepleier for å danne et trygt tillitsforhold. Clancy og Svensson (2010) sin studie viser til funn om at ungdom raskt danner et tillitsforhold til helsesykepleier. Informantene i denne studien trekker blant annet

frem taushetsplikt som grunnlag for at det skal føles trygt å bruke tilbudet. Samtidig viser andre studier at en barriere for å oppsøke helsesykepleier kan være at gutter er usikre i hvilken grad taushetsplikten blir overholdt (Granrud et al., 2019). Det kan derfor tenkes som viktig at informasjon som blir formidlet om tjenesten er tydelig på hvilke regler som gjelder for taushetsplikt for å bidra til å skape trygghet.

Funn i studien viser at informantene har en oppfatning av at gutter har tillitt til de som jobber på helsestasjon for ungdom. Dette er også funn i Jentoft (2005) sin studie som undersøkte hvilke forventninger, erfaringer og opplevelser ungdom mellom 16-20 år hadde til helsestasjon for ungdom. Her viser også funn til at ungdom som møtte helsepersonell som ivaretok deres behov for konfidensialitet, og som hadde tro på at unge er i stand til å ta gode helsevalg for seg selv ga ytterligere tillitt til helsepersonell (Jentoft, 2005). 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 dermed som et sentralt element i en empowerment prosess hvor resultatet etter gode møter kan bli mestring og økt selvfølelse og selvtilit. I motsatt fall kan møter føre til disempowering og føre til tillitsvekkelse og redusert bruk av helsetjenesten (Tveiten & Boge, 2014).

Antonovsky sin teori om OAS kan være relevant i denne sammenheng. Dersom gutter opplever møtet med helsestasjon for ungdom som meningsfullt og trygt, og at de opplever at kontakten er til hjelp og støtte er sjansen for at guttene kommer tilbake større. For at gutter skal mestre sine forsøk å på å løse det som oppleves som vanskelig, kan de gjennom tilgang til helsesykepleier snakke med noen som forstår viktigheten at tilværelsen oppleves som begripelig, håndterbar og meningsfull for videre å kunne utvikle en god psykologisk og sosial kompetanse (Antonovsky, 2018). Det vil kunne bidra til å 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 helsestasjon for ungdom som igjen gir tillit til annet helsepersonell. Dette vil også kunne styrke det generelle helsefremmende arbeid som gjøres på helsestasjon for ungdom (Hanssen-Bauer, 2014; Tveiten & Boge, 2014).

I forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten (2018) er hovedformålet i § 1-1, å fremme psykisk og fysisk helse, fremme gode sosiale og miljømessige forhold og forebygge sykdom og skade.

For at helsestasjon for ungdom skal kunne oppfylle lovens formål på en god måte er det avhengig av å ha tillit fra ungdommen på at tjenesten er noe de kan benytte dersom de har behov. Det må med andre ord oppleves nyttig og konstruktiv. Tillitt til tjenesten er ikke nødvendigvis basert på egne erfaringer. Det kan være basert på venners erfaring slik som studien til Jentoft (2005) viser til. Dette er også funn i denne studien- at helsetjenestene raskt får et «rykte» som vil kunne bidra i positivt eller negativ retning for videre bruk av tjenesten.

For informantene i denne studien var det viktig at helsestasjon for ungdom forsøkte å skape en relasjon til nærmiljøet. De hadde en oppfatning om at helsesykepleier på helsestasjon for ungdom aktivt bør bevege seg ut fra det fysiske kontoret. Samtidig er informantene ikke helt enige om hvordan dette bør gjøres. Noen mener at helsesykepleier bør være mer på ungdommens arena – for eksempel på fotballbanen eller et annet sted guttene er. Andre informanter oppfatter det som at det er viktig at helsesykepleier ikke blir for nært i deres miljø fordi det potensielt kan oppfattes som «kleint». Det er uansett samsvar i funn at guttene ønsker at helsesykepleier skal være å se andre steder enn helsestasjon for ungdom da dette er tillitsbyggende og skaper en relasjon som kan gjøre det lettere å ta kontakt senere. Ifølge Dyregrov (2004) er den tradisjonelle samtaleformen på et kontor nokså fremmed for mange gutter og det er nærliggende å tenke at noen kan kvie seg for å oppsøke helsestasjon for ungdom fordi de føler seg ukomfortable i rammene som er satt. Det samme funnet finnes hos Rice et al. (2018) som fant at samtale som terapi er ukjent for mange gutter og kan oppleves som ukomfortabelt eller utrygt. Med dette kan det tenkes at andre rammer enn et kontor på helsestasjon for ungdom vil kunne gjøre det lettere for noen å ta kontakt med helsetjenesten.

Det kan ta tid å bygge opp en relasjon og tillitsforhold. At helsesykepleier oppleves som ekte og interessert i den unge kan være med å danne trygghet (Samdal, 2017). Forholdet mellom ungdommen og helsesykepleier være trygt og vennskapelig, men det skal samtidig ikke bli et for nært forhold slik at det profesjonelle forsvinner (Börjesson, 2018). Likeverd og gjensidighet er følelser som kan være viktig for å at ungdommen skal klare å åpne seg om vanskelige tema. Dette innebærer av helsesykepleier må være villig til å avgi noe av tradisjonelle makten som ligger i aktuelle konsultasjonen og utvikle troen på at ungdommen har evne til å ta gode helsevalg for seg selv. Helsesykepleier sin rolle vil kreve trygge personer med tro på seg selv som fagfolk, noe som igjen vil reflektere tryggheten i møtet med ungdommer (Hanssen-Bauer, 2014; Börjesson, 2018).

Funnene i denne studien kan indikere at behovet for trygghet er viktig for gutter sin bruk av helsestasjon for ungdom. Ved at helsesykepleier legger til rette for en trygghet – med tillit og relasjonsdannelse i fokus, kan dette være viktig i det helsefremmende og forebyggende arbeidet på helsestasjon for ungdom. Når tjenesten har fokus på de unges ressurser og er ikke bare problemfokuseret kan dette oppfattes dette som positivt og gi tjenesten et godt utgangspunkt for å danne en trygg relasjon (Moen, 2019; Clancy & Svensson, 2010).

7.4 Gutter og jenter har ulike behov

Informantene i studien forteller at de har en oppfatning om at helsestasjon for ungdom i større grad appellerer til jenter, og at terskelen for å ta i bruk tilbudet som gutt øker, som igjen gjør at færre gutter enn jenter besøker helsestasjon for ungdom. Dette er også funn i tidligere studier som blant annet viser til at gutter opplever det som vanskeligere enn jenter å ta kontakt med helsetjenester som helsestasjon for ungdom (Granrud et al., 2019; Inchely et al., 2019).

I intervjuene kommer det frem at guttene har en oppfatning om at det eksisterer kjønnsmessige forventninger i dagens samfunn, og at det er vanskeligere for gutter å vise følelser. De har i tillegg en oppfatning av at gutter gjerne vil fremstå sterke mentalt og fysisk overfor venner, og at det ikke ville oppleves som naturlig å snakke om det som plager dem, med mindre det er i nær relasjon. Dette kan bety at bildet som er skapt om forventningene til hvordan gutter skal oppføre seg, og som gutter igjen skaper av jevnaldrende og eldre gutter og menn, kan stå i veien for at de søker hjelp når de har behov. Tidligere studier viser til samme funn som i denne studien. I Rice et al. (2018) sin studie forklarer ungdom det med at gutter og jenter forholder seg ulikt når de opplever vanskelige situasjoner, og at det å snakke med noen som en mestringsstrategi er lettere for jenter, mens gutter heller vil greie seg selv.

Funn i studien viser at guttene har oppfatning av at jenter lettere finner ordene for å beskrive hvordan de har det, og hva de trenger hjelp til. Dette er også funn i Granrud et al. (2019) sin studie som beskriver at det kan være lettere for jenter og ha språket til å forklare følelser og tanker de har, ettersom mange jenter opplever åpenhet blant venner og gjerne har diskutert dette med hverandre før de oppsøker helsetjenester for plagene. Dette kan på den ene siden gjøre det lettere for dem å definere problemet sitt (Granrud et al., 2019). Dette kan samtidig forklare hvorfor gutter først snakker om fysiske plager som «vondt i et ben etter fotballkampen», når de egentlig ønsker å definere et problem med at de sover dårlig om natten fordi de har vonde tanker (Granrud et al., 2019). De kan ha et større behov for å oppnå tillitt til helsesykepleier før de åpner seg opp, og ha behov for avtalte oppfølgingssamtaler. Granrud

et al. (2019) argumenterer derfor viktigheten med at helsesykepleiere er klar over denne kjønnsforskjellen, noe som også understøttes i nasjonal faglig retningslinje for helsestasjon for ungdom (Helsedirektoratet, 2017).

Det kan tenkes at som gutt i ungdomstiden, hvor identitetsutviklingen står sentralt, vil det kunne oppleves som belastende å ikke handle i tråd med omgivelsenes normer. De tradisjonelle maskuline kjønnsnormene kan beskrives som en risikofaktor og barriere i seg selv, når det kan medføre at gutter ikke vil innrømme sykdom eller be om hjelp. Helsemessig er dette uheldig da ungdom kan unngå å fortelle om eller fornekte sykdom i redsel for å være ulik andre (Rice et al., 2018). Ungdata-undersøkelsen viser til funn om at gutter ikke i like stor grad som jenter rapporterer psykiske plager som depresjon og angst. Kontrasten til disse tallene er statistikken for rusproblemer, kriminalitet, frafall i skolen, arbeidsledighet og selvmord blant gutter og menn (Bakken, 2022). Hvordan kan man endre gutters oppfatning av at gutter ikke skal vise følelser, og hvordan bli kvitt den mulige frykten for å bli stigmatisert om guttene søker hjelp på helsestasjon for ungdom? En informant forteller at det oppfattes som mer normalt for jenter å oppsøke hjelp for problemene sine enn det er for gutter. Oppfatningen kan underbygge behov for arbeide for å normalisere de ulike følelsesuttrykkene for psykisk uhelse som gutter viser.

Funn i studien viser at informantene har en oppfatning om at gutter kan synes det er flaut å søke hjelp hos helsesykepleier og helsestasjon for ungdom. Rice et al. (2018) beskriver i sin studie av en normalisering av det å søke hjelp for å øke hjelpesøkingssatferd hos gutter vil kunne bidra til at det ikke lenger anses som en svakhet å snakke med noen om psykiske, fysiske eller seksuelle helseutfordringer. Det vil i tillegg være nødvendig å utfordre oppfatningen om at samtale som verktøy for problemløsning bare er noe jenter driver med (Rice et al., 2018). Det samfunnsskapte bildet av kjønnsrollene vises gjennom forventningen om at gutter skal tåle mer smerte og utfordringer, mens jenter er forventet å vise mer sårbarhet og søke hjelp (Inchely et al., 2020).

Funn i studien viser at informantene har en oppfatning om at jenter sin helse er mer tematisert enn gutter sin. Coles et al. (2016) sin studie har undersøkt ungdommer sin kunnskap og dialog om psykisk helse. Funn i studien viser at jenter viser et høyere nivå av helsefremmende allmenndannelse (health literacy). Dette funnet blir trukket frem som en mulig årsak til at jenter snakker mer åpent om utfordringer med sin psykiske helse, så vel som å i større grad enn gutter søke hjelp for disse problemene (Coles et al., 2016). Videre beskrives det at en

manglende forståelse av egen helse, følelsesliv og kjennetegn på psykisk uhelse kan tyde på at gutter har et behov for mer kunnskap og kompetanse om egen helse (Coles et al., 2016). Informantene i studien antyder at det kan være behov for å løfte forventningene som eksisterer når det gjelder det å være gutt i dagens ungdomssamfunn.

At gutter blir gitt et større handlingsrom når det gjelder å vise sårbarhet og åpenhet rundt psykiske, fysiske og seksuelle utfordringer kan være et tillitsbyggende element i kommunikasjonen mellom gutter og helsesykepleier (Moen, 2019). Med en salutogen tilnærming vil helsesykepleiernes arbeid kunne påvirke guttenes opplevelse av egne mestresressurser, og bidra til at livet føles mer begripelig, håndterbart og meningsfullt, og dermed opprettholde eller bidra til å styrke bevegelse mot helse på kontinuumet (Antonovsky, 2018).

7.5 Forventninger til helsestasjon for ungdom

Funn i studien viser at gutter har en oppfatning om at gutter kjenner for lite til tilbudet på helsestasjon for ungdom, samtidig kommer det frem at de har klare forventninger og ønsker til tilbudet. Funnene viser blant annet at det er klare forventninger til at helsesykepleier skal ha nok ressurser, tilstrekkelig fagkompetanse og at de tar ungdommen på alvor. De har i tillegg forventninger til hvordan helsestasjon for ungdom bør tilrettelegges for å oppleves som mer attraktivt for guttene. En tidligere systematisk litteraturgjennomgang viser at mange ungdom er usikre på om de vil få god nok hjelp av helsetjenestene og at dette kan oppleves som en barriere for å søke hjelp (Radez et al., 2020). Funn i denne studien viser derimot at guttene har tro på at helsestasjon for ungdom vil kunne gi dem den hjelpen de trenger, og de har en oppfatning om at helsestasjon for ungdom vil ta guttene på alvor med at de lytter og veileder de etter hva de trenger hjelp til.

Helsestasjon for ungdom skal, sammen med de øvrige kommunale helse- og omsorgstjenestene, bidra til oversikten over helsetilstanden i befolkningen og de positive og negative faktorene som virker inn på denne jamfør folkehelseoven (2011, § 5). Informantene i studien forteller at det er viktig for dem at helsepersonell, slik som helsesykepleier, har riktig og god nok kunnskap for å kunne ivareta deres behov. Samtidig kan tidligere forskning vise til funn om at helsesykepleier både i skole- og helsestasjonstjenesten har et ønske om økt kompetanse på flere områder. Høyt på ønsket kompetansebehov finner vi seksuell identitet og kjønnsidentitet- mens høyest på ønskelisten ligger økt kompetanse om guttehelse (Sex og samfunn, 2021). En helsefremmende tilnærming legger vekt på dialog, men stiller samtidig

krav til at helsesykepleier må være faglig oppdatert og ha innsikt i hva man har kunnskap om og ikke (Clancy, 2020).

Helsestasjon for ungdom er et drop-in tilbud som baserer seg på at ungdom kommer uten timebestilling eller henvisning fra andre (Helsedirektoratet, 2017). Dette vil føre til et element av uforutsigbarhet i seg, ettersom helsesykepleier ikke kan forberede seg på det som guttene ønsker å snakke om. Det kan tenkes å være viktig at helsesykepleier har god kunnskap om ungdoms utvikling, informasjonsbehov ungdom har, oppdatert kunnskap på henvisningsinstanser og rådfører seg med andre ved behov.

Funn i studien viser at guttene har klare oppfatninger til hvordan helsestasjon for ungdom kunne gjort tilbudet mer attraktivt for gutter på videregående skole. Blant annet blir det trukket frem ønske om individuelle samtaler på videregående, slik som den sterkt anbefalte retningslinjen om 8.klasse samtaler (Helsedirektoratet, 2017). Dersom dette kunne blitt gjennomført av eller på helsestasjon for ungdom ville alle fått en mulighet til å komme i dialog med tjenesten, noe som igjen kunne senket terskel for å ta kontakt ved en senere anledning. Helsedirektoratet (2017) viser til samme funn om at å bli kalt inn til en obligatorisk samtale kan redusere terskelen for å benytte tjenestetilbudet. Det kan tenkes at kommuner kan oppleve at dette ikke hadde vært overkommelig og for ressurskrevende. Det kan samtidig tenkes at det vil være en viktig innsats for at helsesykepleier skal komme i posisjon til helsefremmende og forebyggende arbeid- både på individ, gruppe og universelle nivå. Teori om ungdomstiden viser at sent ungdomstid kan innebære identitetsforvirring og kaos, og med en salutogen tankegang kan det sies at vanskelige hendelser i livet gir mulighet for vekst og læring (Eriksson & Lindstrøm, 2015). En forutsetning er at man opplever å ha ressurser til å håndtere hendelsene de står overfor og har en forventning til seg selv om at de kan håndtere det (Eriksson & Lindstrøm, 2015). Å snakke om livssituasjonen med helsesykepleier kan åpne opp for støtte og hjelp. Samtalen kan på denne måten aktivere mestningsressursene slik at situasjonen oppleves begripelig, håndterbar og meningsfull for ungdommen (Antonovsky, 2018). Helsesykepleier og helsestasjon for ungdom kan med andre ord hjelpe ungdommene til å oppleve at livet føles mer begripelig ved å hjelpe de med å forstå seg selv, omgivelsene og tilværelsen. Samtalen kan også bidra til at ungdommen opplever trygghet, sammenheng, forutsigbarhet og kontroll. Dette kan for eksempel gjøres ved å hjelpe de til å forstå sine egne følelser, og gjennom å normalisere utfordringer guttene opplever.

Samtidig viser funn i denne studien at informantene opplever at de får nytte av å snakke eller høre at andre ungdom har samme opplevelser som dem. Guttene har en oppfatning om at guttegruppe kan være et tiltak for å tilrettelegge helsestasjon for ungdom til å være et relevant helsetilbud. Informantene i studien sier at det vil være viktig at guttene får være med i planleggingen av disse temakveldene slik at det blir interessant for dem. Dette er i tråd med brukermedvirkning, og det kan tenkes at det å tilby ungdommene et gruppebasert tilbud kan gjøre det mulig for ungdommer å dele erfaringer som kan gjøre at de føler seg mindre alene. Ved å lære av og dele erfaringer med andre kan gutter styrke opplevelsen av sammenheng (OAS) (Antonovsky, 2018). Styrket OAS gjør at forutsetningen for å mestre blir bedre, som gjør at ungdommene kan oppnå bedre helse og livskvalitet (Egge & Kvarme, 2017). Det positive med å tilby et slikt tilbud er at flere kan nås, og det kan spare tid for helsesykepleier (Egge & Kvarme, 2016). Samtidig skriver Egge og Kvarme (2016) at slike gruppebaserte tilbud har manglende erfaringsgrunnlag, og det er behov for mer forskning på effekten av slike tiltak. I en gruppe hvor ungdommer diskuterer og reflekterer sammen, kan de enkelte oppnå en økt bevissthet rundt egen situasjon (Kvarme, 2016), og en opplevelse av mestring (Helsedirektoratet, 2017). Det å vite at man ikke er alene om ulike utfordringer kan være spesielt viktig i ungdomstiden, hvor de ikke ønsker å skille seg ut (Kelly, 2014). Helsesykepleier sin rolle blir å formidle helseinformasjon og legge til rette for dialog der brukerne er aktivt med, slik at guttenes egne og tilgjengelige ressurser og mestringsstrategier blir løftet frem. På denne måten kan ungdom gjøres i stand til å ta selvstendige avgjørelser i helsespørsmål (Kvarme, 2016).

Funn i studien viser at informantene har klare forventninger til tilbudet, og har oppfatninger om hvordan helsesykepleier og helsestasjon for ungdom kan legge til rette for å være et attraktivt tilbud for gutter. Gutter sine oppfatninger om hvordan helsestasjon for ungdom kan utformes og videreutvikles vil være viktig å ta hensyn til ved utvikling av helsetilbudet. Dette samsvarer med loven om brukermedvirkning i Pasient- og brukerrettighetsloven (1999), og dersom ungdom erfarer at deres bidrag og vurderinger er etterspurt og tillegges vekt vil det kunne utvikle motivasjon for helsefremmede arbeid (Garsjø, 2018).

8 Avslutning

Denne studien har gjennom kvalitative intervjuer med 8 informanter belyst gutter sin oppfatning av helsestasjon for ungdom. Hensikten med studien var å undersøke hvordan helsestasjon for ungdom kan tilpasses for å også være et attraktivt tilbud for gutter. Studien viser at guttene oppfattet tilbudet som lite tilgjengelig, samtidig som det er et lavterskeltilbud som de ønsker å benytte seg av. Videre viser funnene at de har en oppfatning at helsestasjon for ungdom er en trygg plass å ta kontakt, men at gutter og jenter har ulike behov. Guttene i denne studien hadde klare forventninger til at helsesykepleier har nok ressurser og kunnskap til å kunne ivareta de ungdommene som har behov for hjelp og støtte.

Studien viser faktorer som guttene oppfattet kunne fremme eller hemme bruken av helsestasjon for ungdom. Å sikre god informasjon om tjenesten til guttene og fortsette å jobbe for økte ressurser vil være viktig for å ha en tjeneste som guttene opplever som tilgjengelig. Utvidede åpningstider og tilgjengelighet gjennom digitale kanaler kan være en måte å gjøre tjenestene mer tilgjengelige. Dette er en viktig del av helsesykepleier videre arbeid i det helsefremmende og forebyggende arbeidet med gutter i helsestasjon for ungdom.

8.1 Implikasjoner for praksis og videre forskning

På bakgrunn av funn som er gjort, kan det se ut til at det er nødvendig å ta høyde for at det er kjønnsforskjeller i bruk av helsestasjon for ungdom, at disse forskjellene blir tatt hensyn til og at nødvendige tilpasninger gjøres. Å opprettholde og utvikle slike tiltak krever imidlertid ressurser for at tilbudet skal bli godt og vedvarende.

Helsesykepleier i helsestasjon for ungdom skal jobbe helsefremmende og forebyggende, med mål om å styrke ungdommens evne til å se og mobilisere egne ressurser og styrker (Helsedirektoratet, 2017). Forebygging er mer effektivt, billigere og vil spare den enkelte ungdommen lidelse. Mindre plager vil gjøre at færre gutter tar kontakt med helsestasjon for ungdom, men foreløpig ser vi at mange gutter har psykiske, fysiske og seksuelle plager, men at det allikevel er lave besøkstall fra guttene (Bakken, 2022). For å få en helsestasjon for ungdom som guttene opplever som attraktiv og tilgjengelig, er det behov for større grad av brukermedvirkning inn i tjenesten. Denne studien er et bidrag til brukermedvirkning, ved at guttene får bidra til forskning med sine oppfatninger av helsestasjon for ungdom med mål om å utvikle og forbedre tjenesten. Det må imidlertid skje på alle nivå, fra medvirkning hos den

enkelte helsesykepleier til at ungdom blir hørt og tatt på alvor hos politikere som bestemmer hva som satses på.

Funn i denne studien tyder på at gutters oppfatning og mening om ungdomshelsetjenesten kan være et viktig bidrag inn i videre planlegging og organisering av tjenesten. Ved å gjøre tjenesten mer tilgjengelig, skape trygghet, ha kunnskaper om guttehelse og involvere guttene i utformingen av tjenesten kan tilbudet tilrettelegges for gutter. Vi trenger mer forskning på dette feltet og det er behov for videre studier som inkluderer flere respondenter. Det ville også vært interessant og undersøkt jenter sin oppfatning av helsestasjon for ungdom og på den måten sett om funnene er sammenfallende med denne studien.

Ungdomsgruppen er stadig i endring, og det er viktig at helsesykepleier opplever at de har nok kunnskaper om hvordan vi best kan tilrettelegge tjenestene for at det skal sikres kvalitet i det helsefremmende og forbyggende arbeidet.

Referanseliste

- Aarø, L. E., Samdal, O. & Wold, B. (2017). Psykisk helse blant ungdom. I K-I. Klepp & L. E. Aarø (Red.), *Ungdom, livsstil og helsefremmende arbeid* (4. utg., s. 82-101). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Alver, B. G. (2015). Ansvar for den enkelte. Hentet 20.02.2021 fra <https://www.forskningsetikk.no/ressurser/fbib/personvern/ansvar-for-den-enkelte/>
- Amin, A., Kågesten, A., Adebayo, E. & Chandra-Mouli, V. (2018). Addressing gender socialization and masculinity norms among adolescent boys: policy and programmatic implications. *Journal of Adolescent Health, 62*(3).
<https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2017.06.022>
- Antonovsky, A. (2018). *Helsens mysterium - Den salutogene modellen*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Bakken, A. (2020). *Ungdata 2020. Nasjonale resultater* (NOVA Rapport 16/20). Oslo: NOVA, OsloMet. Hentet fra <https://fagarkivet.oslomet.no/bitstream/handle/20.500.12199/6415/Ungdata-NOVA-Rapport%2016-20.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Bakken, A. (2022). *Ungdata 2022. Nasjonale resultater* (NOVA Rapport 5/22). Oslo: NOVA, OsloMet. Hentet fra <https://oda.oslomet.no/oda-xmlui/bitstream/handle/11250/3011548/NOVA-rapport-5-2022.pdf?sequence=5&isAllowed=y>
- Barne- og familiedepartementet. (2008). *Om menn, mansroller og likestilling* (Meld. St. 8 (2008-2009)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-8-2008-2009-/id539104/?ch=1>
- Barne-ungdoms- og familiedirektoratet. (2015). Kjønn. Hentet 20.02.2021 fra https://www.bufdir.no/lhbt/LHBT_ordlista/K/Kjonn/
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology, 3*(2), 77-101. <http://dx.doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Börjesson, M. (2018). *Å bygge psykisk helse: helsefremmende samtaler med ungdom*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Coles, M. E., Ravid, A., Gibb, B., George-Denn, D., Bronstein, L. R. & McLeod, S. (2016). Adolescent mental health literacy: Young people's knowledge of depression and social anxiety disorder. *Journal of Adolescent Health, 58*(1), 57-62.
<https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2015.09.017>
- Collishaw, S. (2015). Annual research review: secular trends in child and adolescent mental health. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 56*(3), 370-393.
<https://doi.org/10.1111/jcpp.12372>
- Clancy, A. (2020). Fra helsesøster til helsesykepleier. I B. M. Dahl (Red.), *Helsesykepleie: en grunnbok* (s. 155-168). Bergen: Fagbokforlaget.
- Clancy, A. & Svensson, T. (2010). Perceptions of public health nursing consultations: tacit understanding of the importance of relationships. *Primary Health Care Research & Development, 11*(4), 363-373. doi: 10.1017/S1463423610000137
- Derdikman-Eiron, R., Indredavik, M. S., Bakken, I. J., Bratberg, G. H., Hjemdal, O. & Colton, M. (2012). Gender differences in psychosocial functioning of adolescents with symptoms of anxiety and depression: longitudinal findings from the Nord-Trøndelag Health Study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 47*(11), 1855-1863.
<https://doi.org/10.1007/s00127-012-0492-y>
- Dyregrov, A. (2004). De tause behandlerne. Hvordan få bedre kontakt med ungdommer. *Tidsskrift for norsk psykologforening, 41*(9):723-724.
<https://psykologtidsskriftet.no/node/13494/pdf>

- Egge, H. & Kvarme, L. G. (2016). Muligheter og utfordringer ved gruppe som metode i skolehelsetjenesten. I K. Glavin & E. R. Gjevjon (Red.), *Sykepleie i kommunehelsetjenesten* (s. 138-162). Bergen: Fagbokforlaget.
- Finpå, T. G., Kvarme, L. G. & Misvær, N. (2017). Hvem går til helsesøster? *Tidsskrift for ungdomsforskning*, 17(1). Hentet fra <https://journals.oslomet.no/index.php/ungdomsforskning/article/view/2258/2051>
- Fleary, S. A., Joseph, P. & Pappagianopoulos, J. E. (2018). Adolescent health literacy and health behaviors: A systematic review. *J Adolesc*, 62(1), 116-127. 10.1016/j.adolescence.2017.11.010
- Folkehelseloven. (2011). *Lov om folkehelsearbeid* (LOV-2011-06-24-29). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29>
- Forente nasjoner. (1989). *FNs konvensjon om barnets rettigheter: Vedtatt av De forente nasjoner 20. november 1989; Ratifisert av Norge 8. januar 1991(Revidert oversettelse mars 2003 med tilleggsprotokoller)*. Hentet fra https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/bfd/bro/2004/0004/ddd/pdfv/178931-fns_barnekonvensjon.pdf
- Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten. (2018). *Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten* (FOR-2003-04-03-450). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2018-10-19-1584>
- Gadamer, H.-G. (2012). *Sannhet og metode : grunntrekk i en filosofisk hermeneutikk* (Wahrheit und Methode Grundzüge einer philosophischen Hermeneutik). Oslo: Pax.
- Garsjø, O. (2018). *Forebyggende og helsefremmende arbeid, fra individ - til systemorientert tenkning og praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Granrud, M. D., Anderzèn - Carlsson, A., Bisholt, B. & Steffenak, A. K. M. (2019). Public health nurses' perceptions of interprofessional collaboration related to adolescents' mental health problems in secondary schools: A phenomenographic study. *Journal of clinical nursing*, 28(15-16), 2899-2910. <https://doi.org/10.1111/jocn.14881>
- Granrud, M. D., Bisholt, B., Anderzèn-Carlsson, A. & Steffenak, A. K. M. (2020). Overcoming barriers to reach for a helping hand: adolescent boys' experience of visiting the public health nurse for mental health problems. *International Journal of Adolescence and Youth*, 25(1), 649-660. Hentet fra <https://doi.org/10.1080/02673843.2020.1711529>
- Grøholt, B., Garløv, I., Weidle, B. & Sommerchild, H. (2019). *Lærebok i barnepsykiatri* (5. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Grøholt, E. K., Lyshol, H., Helleve, A., Alver, K., Hagle, M. H. & Rusås-Heyerdaahl, N. (2019). *Indicators for health inequality in the Nordic countries*: Folkehelseinstituttet.
- Hanssen-Bauer, M. W. (2014). Hvordan kan empowermentprinsipper gjøre helsestasjonen mer helsefremmende? I S. Tveiten & K. Boge (Red.), *Empowerment i helse, ledelse og pedagogikk - nye perspektiver* (s. 85-95). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Haugland, S. (2017). Skolehelsetjenesten: En unik posisjon. I K.-I. Klepp & L. E. Aarø (Red.), *Ungdom, livsstil og helsefremmende arbeid* (4. utg., s. 329-344). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2016a). *#Ungdomshelse - regjeringens strategi for ungdomshelse 2016-2021* (I-1173 N). Hentet fra https://www.regjeringen.no/contentassets/838b18a31b0e4b31bbfa61336560f269/ungdomshelsestrategi_2016.pdf

- Helse- og omsorgsdepartementet. (2016b). *Snakk om det! Strategi for seksuell helse (2017-2022)*. Hentet fra https://www.regjeringen.no/contentassets/284e09615fd04338a817e1160f4b10a7/strategi_seksuell_helse.pdf
- Helsedirektoratet (2017). Nasjonal faglig retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 10. juni 2022, lest 29. januar 2022). Tilgjengelig fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten>
- Helsedirektoratet. (2018). Ungdomshelse i en digital verden (IS-2718). Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/ungdomshelse-i-en-digital-verden>
- Helseforskningsloven. (2009). *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning* (LOV-2018-06-15-38). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44>
- Helseth, S., Riiser, K., Fagerlund, B. H., Misvær, N. & Glavin, K. (2017). Implementing guidelines for preventing, identifying and treating adolescent overweight and obesity - School nurses' perceptions of the challenges involved. *Journal of Clinical Nursing*, 26(23-24), 4716-4725. <https://doi.org/10.1111/jocn.13823>
- Helsinkideklarasjonen. (2018). WMA declaration of Helsinki - ethical principles for medical research involving human subjects. Hentet 15.02.2021 fra <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>
- Inchley, J. C., Stevens, G. W. J. M., Samdal, O. & Currie, D. B. (2020). Enhancing Understanding of Adolescent Health and Well-Being: The Health Behaviour in School-aged Children Study. *Journal of Adolescent Health*, 66(6). <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.03.014>
- Jentoft, G. (2005). Tillitsfulle stemmer: Unges møte med helsestasjonen. Hentet fra <https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:732870/FULLTEXT01.pdf>
- Jerlang, E. (2000). Erik Homburger Eriksons psykoanalytiske ego-teori. I E. Jerlang (Red.), *Utviklingspsykologiske teorier* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Johannessen, L., Rafoss, T. W. & Rasmussen, E. B. (2021). *Hvordan bruke teori? Nyttige verktøy i kvalitativ analyse*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Johannessen, A., Tufte, P. A. & Christoffersen, L. (2016). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (5. utg.). Oslo: Abstrakt forlag.
- Kelly, K. B. (2014). *Ungdomars hälsa*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Kendler, K. S., Prescott, C. A., Myers, J. & Neale, M. C. (2003). The structure of genetic and environmental risk factors for common psychiatric and substance use disorders in men and women. *Archives of general psychiatry*, 60(9), 929-937. 10.1001/archpsyc.60.9.929
- Kivimäki, H., Saaristo, V., Wiss, K., Frantsi-Lankia, M., Ståhl, T. & Rimpelä, A. (2019). Access to a school health nurse and adolescent health needs in the universal school health service in Finland. *Scand J Caring Sci*, 33(1), 165-175. doi: 10.1111/scs.12617
- Krogh, T. (2014). *Hermeneutikk : om å forstå og fortolke* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2019). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kvarme, L. G. (2016). Helsesøstertjenesten i skolen. I K. Glavin & E. R. Gjevjon (Red.), *Sykepleie i kommunehelsetjenesten: helsesøstertjeneste og hjemmesykepleie* (s. 73-81). Bergen: Fagbokforlaget.

- Lindstrøm, B. & Eriksson, M. (2015). *Haikerens guide til salutogenese: helsefremmende arbeid i et salutogent perspektiv*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Malterud, K. (2018). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Moen, A. (2019). Dialogen med helsesykepleier gir unge mulighet til å påvirke egen helse. *Sykepleien*, 107(77232), 77232. doi: 10.4220/Sykepleiens.2019.77232
- Moksnes, U. K., Espnes, G. A. & Haugan, G. (2014). Stress, sense of coherence and emotional symptoms in adolescents. *Psychology & Health*, 29(1), 32-49. <https://doi.org/10.1080/08870446.2013.822868>
- Mæland, J. G. & Haugland, S. (2007). Det syke kjønn? I L. Bakketeig (Red.), *Kvinner lider-menn dør. Folkehelse i et kjønnsperspektiv*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Nilsson, B. (2007). Gadammers hermeneutikk. *Sykepleien forskning (Oslo)*. <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2007.0009>
- NSD. (2021). Fylle ut meldeskjema for personopplysninger. Hentet 22.02.2021 fra <https://www.nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Personopplysningsloven. (2000). *Lov om behandling av personopplysninger* (LOV-2000-04-14-31). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/LTI/lov/2000-04-14-31>
- Radez, J., Reardon, T., Creswell, C., Lawrence, P. J., Evdoka-Burton, G. & Waite, P. (2021). Why do children and adolescents (not) seek and access professional help for their mental health problems? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *European child & adolescent psychiatry*, 30(2), 183-211. <https://doi.org/10.1007/s00787-019-01469-4>
- Rasmussen, M. L., Haavind, H., Dieserud, G. & Dyregrov, K. (2014). Exploring vulnerability to suicide in the developmental history of young men: A psychological autopsy study. *Death studies*, 38(9), 549-556. <https://doi.org/10.1080/07481187.2013.780113>
- Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk. (2021). Fremleggingsvurdering. Hentet 23.02.2021 fra <https://rekportalen.no/#call/201>
- Rice, S. M., Telford, N. R., Rickwood, D. J. & Parker, A. G. (2018). Young men's access to community-based mental health care: qualitative analysis of barriers and facilitators. *Journal of mental health*, 27(1), 59-65. <https://doi.org/10.1080/09638237.2016.1276528>
- Samdal, O. (2017). Trivsels - og helsefremmende arbeid i skolen. I K.-I. Klepp & L. E. Aarø (Red.), *Ungdom, livsstil og helsefremmende arbeid* (4. utg., s. 345-371). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Sand, T. I. & Kvarme, L. G. (2018). Slik kan helsesøstre oppdage og forebygge psykiske plager hos ungdom. *Sykepleien*, 106(70421), 70421. Hentet fra <https://sykepleien.no/sites/default/files/pdf-export/pdf-export-70421.pdf>
- Sex og samfunn. (2021). *Har ungdom i kommunene et likeverdig tilbud? Rapport om helsestasjoner for ungdom i Norge*. Hentet fra <https://sexogsamfunn.no/wp-content/uploads/2021/06/Har-ungdom-i-kommunene-et-likeverdig-tilbud-1.pdf>
- Skilbrei, M.-L. (2019). *Kvalitative metoder - planlegging, gjennomføring og etisk refleksjon*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Sletten, M. A. & Bakken, A. (2016). *Psykiske helseplager blant ungdom-tidstrender og samfunnsmessige forklaringer* (NOVA Notat 4/16 8278945942). OsloMet: NOVA: Oslo Metropolitan University. Hentet fra <https://hdl.handle.net/20.500.12199/5203>
- Sollesnes, R. (2010). Exploring Issues That Motivate Contact with Adolescent Health Clinics. *Vård i Norden*, 30(2), 4-7. <https://doi.org/10.1177/010740831003000202>

- Sørensen, M., Graff-Iversen, S., Haugstvedt, K.-T., Enger-Karlsen, T., Narum, I. G. & Nybø, A. (2002). "Empowerment" i helsefremmende arbeid. *Tidsskriftet*, 122, 2379-2383. Hentet fra <https://tidsskriftet.no/2002/10/kronikk/empowerment-i-helsefremmende-arbeid>
- Tanggaard, L. & Brinkmann, S. (2012). Intervjuet - samtalen som forskningsmetode. I L. Tanggaard (Red.), *Kvalitative metoder- empiri og teoriutvikling*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Tetzchner, v. S. (2019). *Utviklingspsykologi* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Thagaard, T. (2009). *Systematikk og innlevelse : en innføring i kvalitativ metode* (3. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Thornquist, E. (2018). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori : for helsefag* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Tjora, A. (2021). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (4. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Tveiten, S. & Boge, K. (2014). Hvorfor er ulike perspektiver på empowerment interessante som forskningsfelt, anvendelsesområder og praksiser? I Sidsel Tveiten & Knut Boge (Red.), *Empowerment i helse, ledelse og pedagogikk: nye perspektiver* (s. 13-22). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Universitetet i Oslo (UiO). (2021). Klassifisering av data og informasjon. Hentet 24.02.2021 fra <https://www.uio.no/tjenester/it/sikkerhet/isis/tillegg/lagring/infoklasser.html>
- Universitetet i Tromsø (UiT). (2019). Retningslinjer for personvern i forsknings- og studentprosjekt. Hentet 15.02.2021 fra https://uit.no/forskning/art?dim=179056&p_document_id=604029
- von Soest, T. & Wichstrøm, L. (2014). Secular trends in depressive symptoms among Norwegian adolescents from 1992 to 2010. *Journal of abnormal child psychology*, 42(3), 403-415. <https://doi.org/10.1007/s10802-013-9785-1>
- Walseth, L. T. & Malterud, K. (2004). Salutogenese og empowerment i allmennt medisinsk perspektiv. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. Hentet fra <https://tidsskriftet.no/sites/default/files/pdf2004--65-6.pdf>
- World Health Organization. (1998). The WHO health promotion glossary. Hentet 17.02.2021 fra <https://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>
- World Health Organization. (2012). Making health services adolescent friendly- Developing national quality standards for adolescent friendly health services. Hentet fra https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75217/9789241503594_eng.pdf
- Zahavi, D. (2013). *Fænomenologi* (Problemer, positioner og paradigmer). Frederiksberg: Roskilde Universitetsforlag.
- Økland, T. & Glavin, K. (2009). *På ungdoms premisser: helsestasjon for ungdom*. Oslo: Akribe.

Vedlegg 1: Informasjonsskriv til ledende helsesykepleier, rektor og helsesykepleier i skolehelsetjenesten

Forespørsel om å rekruttere elever til en intervjustudie om gutter og helsestasjon for ungdom

Jeg er helsesykepleier og masterstudent ved Universitetet i Tromsø. Til min masteroppgave ønsker jeg å undersøke hvordan oppfatninger gutter som går siste året av videregående skole har av helsestasjon for ungdom. Hensikten med studien er å søke bredere forståelse for å bedre kunne tilpasse helsetjenesten til deres behov.

Jeg henvender meg derfor til dere for å spørre om tillatelse for å rekruttere informanter og å foreta intervjuer i skoletiden. Tid og sted for intervju avtales individuelt med guttene.

Det er ønskelig å gjennomføre intervjuene på tider som gjør at elevene ikke får fravær.

Intervjuene er beregnet til å vare ca. 45 minutter. Totalt i studien ønsker jeg 6-8 informanter.

For å rekruttere guttene ønsker jeg gjerne å få lov til å presentere studien i avgangsklasser ved deres skole. Informasjonen i klassene vil ta ca. 10 minutter, og vil omhandle informasjon om studien, hensikt med studien, hvordan intervjuene vil foregå og til slutt hvordan melde seg til studien.

Veileder for studien er førsteamanuensis Lisbeth Valla. Studien er vurdert og godkjent av Norsk senter for forskningsdata. Både deltakere og skole vil anonymiseres i oppgaven.

Skulle dere ha spørsmål knyttet til studien så ta gjerne kontakt med undertegnede.

Håper dere stiller dere positive til studien!

Med vennlig hilsen

Elin Brenden

UiT- Norges arktiske fakultet

-

Tlf: 97 63 90 40

Mail: elin.brenden@hotmail.com

Vedlegg 2: Informasjonsskriv og samtykkeskjema



UiT Norges arktiske universitet

Vil du delta i forskningsprosjektet «Gutter sin oppfatning av helsestasjon for ungdom»?

Formålet med prosjektet og hvorfor du blir spurt

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt for å få økt kunnskap om gutter sine opplevelser knyttet til helsestasjon for ungdom. Prosjektet er en del av en mastergradsoppgave ved Det Helsevitenskapelige fakultet, Norges Arktiske Universitet, Tromsø.

Hva innebærer prosjektet for deg?

Datainnsamlingen vil skje gjennom individuelle intervju som vil vare i 30-45 minutter. Spørsmålene vil omhandle dine oppfatninger og tanker om helsestasjon for ungdom. Intervjuet vil bli tatt opp ved hjelp av en sikker båndopptaker gjennom Nettskjema på mobil og iPad. Data er ikke personidentifiserbare og vil bli slettet ved prosjektets slutt.

Hver deltager av studiet vil få to kinobilletter som takk for deltakelsen.

Frivillig deltakelse og mulighet for å trekke ditt samtykke

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Du kan når som helst, og uten å oppgi noen grunn, trekke ditt samtykke. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg. Dersom du trekker tilbake samtykket vil alle opplysninger slettes. Du kan kreve innsyn i opplysningene som er lagret om deg, og opplysningene vil da utleveres innen 30 dager. Adgangen til å kreve sletting eller utlevering gjelder ikke dersom opplysningene er anonymisert eller publisert.

Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til prosjektet, kan du kontakte prosjektleder (se kontaktinformasjon på siste side).

Hva skjer med opplysningene om deg?

Opplysningene som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet under formålet med prosjektet, og planlegges brukt til november 2022. Du har rett til innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg og rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene som er registrert. Du har også rett til å få innsyn i sikkerhetstiltakene ved behandling av opplysningene. Du kan klage på behandlingen av dine opplysninger til Datatilsynet og institusjonen sitt personvernombud.

Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjenner opplysninger (=kodete opplysninger). En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste. Det er kun masterstudent og veileder på oppgaven som har tilgang til denne listen.

Godkjenninger

Universitetet i Tromsø og prosjektleder er ansvarlig for personvernet i prosjektet.

Kontaktopplysninger

Dersom du har spørsmål til prosjektet eller ønsker å trekke deg fra deltakelse, kan du kontakte

Prosjektleder/Masterstudent:

Elin Brenden

Tlf.: 976 39 040

Mail: elin.brenden@hotmail.com

Veileder:

Lisbeth Valla, førsteamanuensis

Mail: lisval@oslomet.no

Dersom du har spørsmål om personvernet i prosjektet, kan du kontakte personvernombudet ved institusjonen: sikkerhet@uit.no

JEG SAMTYKKER TIL Å DELTA I PROSJEKTET OG TIL AT MINE
PERSONOPPLYSNINGER BRUKES SLIK DET ER BESKREVET

Sted og dato

Deltakers signatur

Deltakers navn med trykte bokstaver

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om prosjektet

Sted og dato

Signatur

Rolle i prosjektet

Vedlegg 3: Intervjuguide

Introduksjon og studiet

- Gjennomlesing samtykkeskjema
- Introduksjon av meg og studiedeltaker

Bakgrunnsinformasjon:

- Hvor gammel er du?
- Hvem bor du sammen med? (kategori: familie med/uten søsken, alene, annet)
- Hvordan studieretning går du på?
- Fikk du tilbud om å besøke helsestasjon for ungdom når du gikk i 8.klasse? hvordan var evt. dette?

Helsestasjon for ungdom:

- Hva tenker du om helsestasjon for ungdom?
 - o Styrker og utfordringer
- Hvilke forventninger har du til helsestasjon for ungdom?
- Hva tenker du om tilgjengeligheten for helsestasjon for ungdom?
- Hvordan opplever du å få informasjon om hva helsestasjon for ungdom er, og hvilket tilbud de har?
 - o Hvordan ønsker du evt. å få denne informasjonen?
- Tror du det ville vært lettere å ta kontakt med helsestasjon for ungdom hvis det hadde vært mer digitalisert? - evt. på hvilken annen måte tenker du kommunikasjonen mellom dere og helsestasjon for ungdom kunne vært?
- Hvordan ville du beskrevet din «drømme helsestasjon for ungdom»?

Helsestasjon for gutter:

- Tror du gutter opplever noen barrierer for å bruke helsestasjon for ungdom?
- Hvorfor tror du det er flere jenter enn gutter som bruker helsestasjon for ungdom?
- Hvordan tenker du helsestasjon for ungdom kunne ha tilrettelagt for å nå flere gutter?
 - o Hvordan tenker du at disse tiltakene kunne vært annerledes?
- Snakker gutter seg imellom om hvordan dere har det om dagen? psykisk, fysisk og seksuell helse?
 - o Og i hvilken kontekst?
- Snakker gutter med venner om at man kan bruke helsestasjon for ungdom som et helsetilbud?

Helsesykepleier:

- Hva tenker du er viktig for gutter i møte med helsesykepleier?
- Er tidligere relasjonen til helsesykepleier viktig? Hvordan?
- Er terskelen lavere for å snakke med helsesykepleier på skolen eller andre arenaer?

Avrundings spørsmål:

- Er det noe du ønsker å tillegge?

Vedlegg 4: Fremleggsvurdering REK



Region: REK nord Sakbehandler: Ragnhild Hageberg Telefon: 77646140 Vår dato: 05.10.2021 Vår referanse: 356216

Elin Brenden

Fremleggingsvurdering: "Hvordan oppfatning har gutter som går siste året på videregående skole av helsestasjon for ungdom?"

Søknadsnummer: 356216

Forskningsansvarlig institusjon: UiT Norges arktiske universitet

Prosjektet vurderes som ikke fremleggingspliktig

Søkers beskrivelse

Formålet med dette masterprosjektet er å undersøke hva gutter i tredje året på videregående skole tenker og mener om helsestasjon for ungdom. Hensikten med oppgaven er å søke etter større innsikt og forståelse i gutter sin oppfatning knyttet til helsestasjonen, med fokus på helsestasjon for ungdom. På denne måten kan helsepersonell få en økt forståelse, som vil kunne gi muligheter til å knytte det opp mot arbeidet for å gi et helsetilbud til ungdom som er like attraktiv for begge kjønn. Det anses som relevant å få innblikk i disse faktorene for en eventuell videreutvikling av helsestasjonstjenesten som en kjønnsnøytral arena.

Forskningsspørsmålet vil være "hvordan oppfatning har gutter som går siste året på videregående skole av helsestasjon for ungdom?". I arbeidet for å innhente relevante data anses semistrukturert intervju som en hensiktsmessig datasamlingsmetode. På denne måten vil guttene sine egne uttalelser bidra til å samle kunnskap om deres tanker og meninger, og hvilken betydning disse oppfatningene har i deres liv.

Vi viser til forespørsel om fremleggingsvurdering for ovennevnte forskningsprosjekt. Forespørselen er behandlet av sekretariatet i REK nord på delegert fullmakt fra komiteen, med hjemmel i forskningsetikkriften § 7, første ledd, tredje punktum. Forespørselen er vurdert med hjemmel i helseforskningsloven § 10.

REKs vurdering

De prosjektene som skal framlegges for REK er prosjekt som dreier seg om «medisinsk og helsefaglig forskning på mennesker, humant biologisk materiale eller helseopplysninger», jf. helseforskningsloven § 2. «Medisinsk og helsefaglig forskning» er i § 4 a), definert som «virksomhet som utføres med vitenskapelig metodikk for å skaffe til veie ny kunnskap om helse og sykdom». Det er altså formålet med studien som avgjør om et prosjekt skal anses som framleggelsespliktig for REK eller ikke.

REK nord

Besøksadresse: MH-2, 12. etasje, UiT Norges arktiske universitet, Tromsø

Telefon: 77 64 61 40 | E-post: rek-nord@asp.uit.no

Web: <https://rekportalen.no>

Formålet med dette masterprosjektet er å undersøke hva gutter i tredje året på videregående skole tenker og mener om helsestasjon for ungdom. Hensikten med oppgaven er å søke etter større innsikt og forståelse i gutter sin oppfatning knyttet til helsetjenesten, med fokus på helsestasjon for ungdom.

Konklusjon

Etter søknaden fremstår prosjektet ikke som et medisinsk og helsefaglig forskningsprosjekt som faller innenfor helseforskningsloven. Prosjektet er ikke framleggingspliktig, jf. helseforskningsloven § 2.

Vi gjør oppmerksom på at etter personopplysningsloven må det foreligge et behandlingsgrunnlag etter personvernforordningen. Dette må forankres i egen institusjon.

Vi gjør videre oppmerksom på at vurderingen og konklusjonen er å anse som veiledende, jf. forvaltningsloven § 11.

Med vennlig hilsen

May Britt Rossvoll
sekretariatsleder

Ragnhild Hageberg
seniorrådgiver

Kopi til:
UiT Norges arktiske universitet

Vedlegg 5: Svar fra NSD

[Meldeskjema](#) / ["Hvordan oppfatning har gutter som går siste året på videregående sk..."](#) / Vurdering

Vurdering

Referansenummer	Type	Dato
962768	Standard	17.11.2021

Prosjekttittel

"Hvordan oppfatning har gutter som går siste året på videregående skole av helsestasjon for ungdom?"

Behandlingsansvarlig institusjon

UiT Norges Arktiske Universitet / Det helsevitenskapelige fakultet / Institutt for helse- og omsorgsfag

Prosjektansvarlig

Lisbeth Valla

Student

Elin Brenden

Prosjektperiode

09.08.2021 - 20.11.2022

Kategorier personopplysninger

Alminnelige

Særlige

Rettslig grunnlag

Samtykke (art. 6 nr. 1 bokstav a)

Uttrykkelig samtykke (art. 9 nr. 2 bokstav a)

Behandlingen av personopplysningene kan starte så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det rettslige grunnlaget gjelder til 20.11.2022.

[Meldeskjema](#)

Kommentar

Det er vår vurdering at behandlingen vil være i samsvar med personvernlovgivningen, så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet den 17.11.2021 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

Prosjektet er vurdert av Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) i vedtak av 5.10.2021, deres referanse 356216. REK vurderer at studien ikke fremstår som medisinsk eller helsefaglig forskning. Prosjektet er følgelig ikke omfattet av helseforskningslovens saklige virkeområde, jf. helseforskningslovens §§ 2 og 4. Prosjektet vil derfor bli gjennomført uten godkjenning fra REK.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige personopplysninger og særlige kategorier av personopplysninger om helse frem til 20.11.2022.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 nr. 11 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse, som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

For alminnelige personopplysninger vil lovlig grunnlag for behandlingen være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 a.

For særlige kategorier av personopplysninger vil lovlig grunnlag for behandlingen være den registrertes uttrykkelige samtykke, jf. personvernforordningen art. 9 nr. 2 bokstav a, jf. personopplysningsloven § 10, jf. § 9 (2).

PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen:

om lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen

formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål

dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet

lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet.

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18) og dataportabilitet (art. 20).

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

Nettskjema og Office 365 er databehandler i prosjektet. NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29.

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må prosjektansvarlig følge interne retningslinjer/rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilken type endringer det er nødvendig å melde:

<https://www.nsd.no/personverntjenester/fyll-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema>

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Kontaktperson hos NSD: Lisa Lie Bjordal

Lykke til med prosjektet!

