



Kjønnforskjeller i bruk av helsestasjon for ungdom.  
Helsesøsters opplevelser av og erfaringer med gutters bruk av helsestasjon for ungdom.

Randi Elisabeth Olsen

Mastergradsoppgave i helsefag

Institutt for helse- og omsorgsfag  
Det helsevitenskapelige fakultet  
Universitetet i Tromsø

September 2014

## Sammendrag

Helsestasjon for ungdom er et kommunalt helsefremmende og forebyggende lavterskeltilbud til ungdom. I et folkehelseperspektiv er det viktig at gode helsevaner etableres tidlig, da det har betydning for holdninger til bruk av helsetjenester i voksen alder. Helsestasjon for ungdom har gode besøkstall som viser at tilbudet i stor grad benyttes. Det er imidlertid en stor andel jenter som oppsøker og bruker tjenestene til helsestasjonen. En gjennomgående trend er at rundt 10 % av brukerne er gutter. Det finnes ingen samlet strategi for å adressere det som helsesøstre generelt anser som et problem.

Det har vært et større fokus på gutters og menns bruk av helsetjenester de siste årene. Nyere forskning løfter frem at maskulinitet har vært et hinder for menn i å oppsøke helsetjenester. Voksnes holdninger til helse kan påvirke barn og unge og derigjennom deres forhold til bruk av helsetjenester.

Hensikten med denne studien er å se nærmere på hva helsesøstre opplever som bakgrunn for gutters manglende bruk av helsestasjon og erfaringer med tilrettelegging for denne gruppen.

Data er innhentet ved hjelp av kvalitativ metode basert på semi-strukturerte intervju av fire helsesøstre. I studien fremkommer det at de fire helsesøstrene erfarer at det er flere barrierer for gutter enn for jenter for å oppsøke og benytte seg av helsestasjonen. Helsesøstrene ser at gutter i større grad tar godt imot tilbudet når det tilrettelegges spesielt for dem.

Studien konkluderer med at tiltak rettet mot gutter, samt mer og bedre tilrettelegging kan være gode virkemidler som kan bidra til å gi gutter bedre muligheter til å bruke helsestasjon for ungdom.

## Summary

Adolescent health clinics are health promoting and preventative low-threshold health services for adolescents. From a public health perspective it is important to establish good health habits at a young age. This might prove to be important for general attitudes towards the use of health care services later in adulthood. Adolescent health clinics are frequently used and have a high number of visitors. It is, however, mainly attended by adolescent females and by only 10 % of adolescent males. Public health nurses in general regard the low attendance as a problem, but there is no common strategy for addressing this.

Recently there has been a greater focus on boys and men's use of health care services. Research from the past few years point out that masculinity has been a barrier for males in making health care visits. The attitudes of adults towards health may influence children and adolescents and their the way they deal with health issues.

The purpose of this study is to examine what public health nurses perceive as reasons for lower use of the clinics by adolescent males.

Data is collected using qualitative methods based on semi-structured interviews of four public health nurses. The study shows that the public health nurses have experienced that boys have more barriers than girls to overcome in seeking out and using health care services. However public health nurses observe that adolescent males will use the services more frequently when they are targeted towards them.

The study shows that implementing strategies that can attract male adolescents, may be incentives that will encourage them to make use of adolescent health clinics.

## Takk til

Jeg vil takke min veileder, Nils Henriksen, for veldig god oppfølging og støtte gjennom hele prosessen og ikke minst for interessen han har vist for hele prosjektet. Videre vil jeg vil takke informantene som så generøst har delt av sine erfaringer og sin kunnskap. Takk også til mine kolleger og medstudenter som har bidratt med verdifulle innspill og gode diskusjoner. Takk til min nærmeste overordnede som har utvist forståelse for at jeg har brukt tid på denne oppgaven. Og tilslutt, takk til min samboer og min søster som har bidratt med praktiske råd og hjelp.



# Innholdsfortegnelse

<b>1</b>	<b>INNLEDNING</b>	<b>3</b>
1.1	Bakgrunn for valg av problemstilling	4
1.2	Problemstilling	6
<b>2</b>	<b>UNGDOM OG HELSE</b>	<b>6</b>
2.1	Helsestasjon for ungdom – kort historikk	6
2.2	Ungdomstiden	6
2.3	Ungdoms helse i et folkehelseperspektiv	8
2.3.1	Forskning og utfordringer knyttet til ungdoms helse	9
2.4	Politiske føringer, lovverk og handlingsplaner	14
<b>3</b>	<b>TEORI</b>	<b>16</b>
3.1	Identitet og kjønn	16
3.2	Tjenesteyter	19
3.3	Habitus	21
3.4	Empowerment	21
<b>4</b>	<b>METODE</b>	<b>23</b>
4.1	Forskningsmetode	23
4.2	Dataproduksjon	24
4.2.1	Rekruttering av informanter	24
4.2.2	Presentasjon av informanter	25
4.2.3	Gjennomføring av intervju	26
4.2.4	Forske i eget felt	26
4.3	Etikk, personvern og sikkerhet	27
4.4	Validitet og reliabilitet og generaliserbarhet	28
4.5	Metode for analyse	29
<b>5</b>	<b>PRESENTASJON AV FUNN OG ANALYSE</b>	<b>30</b>
5.1	Kjønnsroller og kulturelle betingelser for bruk av helsetjenester	31
5.1.1	Ulike uttrykk	31
5.1.2	Rom og anledning	34

<b>5.2 Helsestasjonens utfordringer</b>	<b>36</b>
5.2.1 Forestillinger om helsestasjonen	36
5.2.2 Venterommet som barriere	37
5.2.3 Fysisk utforming	38
5.2.4 Konsultasjonen	39
<b>5.3 Tjenesten</b>	<b>42</b>
5.3.1 Autonomi	43
5.3.2 Prioritering	43
5.3.3 Retningslinjer	44
5.3.4 Pådrivere	45
5.3.5 Organisering	46
5.3.6 Brukermedvirkning	47
<b>5.4 Tilpassing av tilbudet</b>	<b>47</b>
5.4.1 Interne tiltak	48
5.4.2 Eksterne tiltak og samarbeid	53
<b>6 SAMMENFATNING</b>	<b>54</b>
<b>6.1 Kjønnroller og kulturelle føringer</b>	<b>54</b>
<b>6.2 Barrierer</b>	<b>55</b>
<b>6.3 Organisering av tjenesten</b>	<b>55</b>
<b>6.4 Tilpasning av tilbudet</b>	<b>55</b>
<b>7 OPPSUMMERING OG KONKLUSJON</b>	<b>56</b>

# 1 INNLEDNING

I et folkehelseperspektiv er satsning på ungdoms helse ett av flere virkemidler som skal bidra til å bedre ungdoms oppvekstvilkår. Verdens helseorganisasjon (WHO) fremhever betydningen av helsetjenester som er spesielt tilpasset ungdom ettersom disse kan fungere som en døråpner til andre helsetjenester. Slike ungdomshelsetjenester må være lett tilgjengelige og dekke de unges spesifikke behov. Det enkelte land og samfunn har et ansvar for å legge til rette for ungdomsvennlige helsetjenester, samtidig har helsearbeidere et spesielt ansvar som pådrivere for å få i gang og opprettholde slike tjenester (WHO, 2012).

Det er ikke foretatt noen systematisk undersøkelse blant ungdom, men mye tyder på at norsk ungdom synes det er lettere å oppsøke helsestasjon for ungdom (HFU) enn legekontor (Økland & Glavin, 2005). HFU er gratis og tilbyr drop-in timer på ettermiddagstid. Det gir en lett tilgjengelighet som passer godt til de unges ”her og nå”-innstilling. De utsetter gjerne å søke helsehjelp dersom det blir for komplisert (Hartvedt, 2013).

HFU er et supplement til fastlegeordningen og skolehelsetjenesten. Ungdommene tar som regel selv initiativ til å oppsøke HFU og de definerer selv i stor grad sine behov for hjelp og støtte. Ikke alle unge vil ha behov for å oppsøke tjenesten, men det er påfallende at gutter i stor grad ikke finner veien til helsestasjon for ungdom.

I Norge er de fleste ungdommer som oppsøker helsestasjonen i aldersgruppen 17 – 19 år og majoriteten er jenter (Engfeldt, 2003; Hordaland, 2008).

Prevensjonsveiledning og seksuelt overførbare infeksjoner (SOI) er de vanligste årsakene til at både gutter og jenter oppsøker tjenesten. Av 111 helsestasjoner undersøkt i 2003, hadde 73 en gutteandel i brukermassen på under 10 % (Engfeldt, 2003). Den samme trenden rapporteres blant annet i Stavanger (Andreassen, 2007), Asker (Stien, 2014) og Bergen (Wincentzen, 2013). I 2008 rapporterte Helsetilsynet i Hordaland at kjønnsfordeling på helsestasjoner for ungdom i fylket var henholdsvis 90 % jenter og 10 % gutter (Hordaland, 2008).



Det har vært en oppfatning at gutter har mindre behov for helsehjelp enn jenter og at de i større grad enn jenter løser utfordringene de møter på uten bistand fra tradisjonelle helsetjenester. Det rapporteres at de gjerne søker andre kilder til informasjon, råd og veiledning som for eksempel nettbaserte spørretjenester (Breidablik, 2011; Helsedirektoratet, 2010a). NOVAs<sup>1</sup> rapport om den meget godt brukte statlige nettbaserte tjenesten Klara Klok<sup>2</sup>, viser en gutteandelen på 26-27 % i perioden 2005 – 2009. (Gundersen & Winsvold, 2011). Heller ikke nettbaserte tjenester ser ut til å treffe gutter i like stor grad som jenter (Andreassen, 2011).

Det er en markant skjev kjønnsfordeling i bruk av helsetjenester for ungdom. Selv om helsestasjonene har sitt hovedfokus på prevensjon, seksuelt overførbare infeksjoner og seksuell helse generelt, burde det ikke ekskludere guttene. Jenters seksualitet kan ikke sees uavhengig av gutters og omvendt (Aars, 2011; Helmius, 1990). Sett i et folkehelseperspektiv er det nok ikke uenighet om at gutters, så vel som jenters, fysiske og psykiske helse skal fremmes, og at også gutter har behov for støtte i sin identitetsutvikling og i forhold til sin seksualitet.

Gjennom å studere helsesøsters erfaringer, ønsker jeg å belyse de utfordringer og muligheter dagens helsestasjon for ungdom står overfor i forhold til å gi et lavterskel forebyggende og helsefremmende tilbud til all ungdom.

## **1.1 Bakgrunn for valg av problemstilling**

I Norge er det rundt 330 helsestasjoner for ungdom (HFU), og det er en tjeneste som både er populær og godt besøkt. Det er imidlertid en markant skjev kjønnsfordeling i bruken av HFU. En gjennomgående trend er at jenter står for rundt 90 % av konsultasjonene. Grunnen til dette er ikke umiddelbart klar og entydig, men en så stor ubalanse er urovekkende og ugunstig for et tilbud som er ment for både gutter og jenter.

Da jeg gikk i gang med mitt mastergradsprosjekt var det ganske klart at jeg ville se nærmere på hvorfor gutter over hele landet i liten grad bruker helsestasjon for ungdom. Tilbudet er i utgangspunktet kjønnsnøytralt og målsetningen er å nå ut til både gutter og jenter. Oversikter

---

<sup>1</sup> Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.

<sup>2</sup> Nettbasert spørretjeneste for ungdom som finansieres av Helsedirektoratet og Nordland fylkeskommune.

viser imidlertid at det først og fremst er jenter som tar tilbudet i bruk og nyttiggjør seg det. Jeg tror ikke at det er bevisst intensjon, sett fra tjenestens perspektiv. Men en følge av den skjeve kjønnsfordelingen er at det blir et manglende fokus på gutters behov for tjenesten. Kan dette forklare en 90 - 10 % fordeling i bruken, eller er det andre og mer sammensatte årsaker til dette?

Jeg er helsesøster og har jobbet på helsestasjon for ungdom siden 2002. Jeg startet omtrent samtidig som helsesøstre og jordmødre fikk foreskrivingsrett på hormonell prevensjon til jenter mellom 16 og 20 år. Mye av fokuset den gang var på jenter og nettopp problematikk knyttet til prevensjon. Det var viktig å få nødvendig kompetanse og ikke minst erfaring, slik at man på en profesjonell måte kunne møte jenter som tok kontakt for prevensjonsveiledning.

I første omgang tenkte jeg at det mest naturlige ville være å snakke med guttene selv og få deres oppfatning av tjenesten og slik prøve å finne ut hvorfor så få gutter bruker den. Hva savner de, hvilke tiltak vil være nyttig for at tilbudet skal appellere til dem, og ikke minst om det er behov for en slik tjeneste også for gutter? I moderne helsetjenester er brukermedvirkning ansett som viktig slik at tjenesten kan tilpasses brukernes behov på best mulig måte.

Et utsagn fra Helsetilsynet i Hordaland trigget imidlertid nysgjerrigheten min i retning av selve helsestasjonen. De spør, etter tilsyn med tjenesten i 2008, om helsestasjoner for ungdom er rene prevensjonsklinikker for jenter (Helsetilsynet i Hordaland, 2008).

I fagmiljøet diskuteres problemstillingen med den lave gutteandelen, og ulike tiltak har blitt prøvd og prøves fortsatt ut på flere helsestasjoner. Helsedirektoratet anslår at omkring 20 % av helsestasjonene har egne tilbud til gutter (Helsedirektoratet, 2010a). Det finnes ikke noen samlet og entydig strategi for å imøtekomme utfordringen. Det finnes heller ikke nasjonale retningslinjer som kan bidra til å skape faglig konsensus i praksisutøvelsen. HFU skal være et reelt tilbud til all ungdom i alderen 13-20 år. Tjenesten skal være bidragsyter og pådriver i arbeidet for å nå nasjonale mål og prioriterte innsatsområder overfor ungdom, inkludert gutter. Jeg synes derfor det vil være interessant å se hvilke tanker helsesøstre har rundt problematikken, hva de mener tilbudet bør inneholde og hvilke faktorer de mener påvirker gutters bruk av tjenesten.

Ved å se nærmere på helsesøstrenes erfaring med gutters bruk av HFU, ønsker jeg å rette fokus mot de utfordringer tjenesten står overfor i forhold til å møte intensjonene om å gi et best mulig tilbud til alle. Blant helsesøstre har det vært en bekymring og også en faglig utfordring at guttene uteblir. Det finnes som sagt ikke noen samtlende strategier for å imøtekomme utfordringen. Noen opplever det som en mangel ved tjenesten, mens andre verdsetter den faglige autonomien og ser muligheter til å utforme tilbud som passer den enkelte helsestasjon lokalt.

## **1.2 Problemstilling**

Kjønnsforskjeller i bruk av helsestasjon for ungdom -

Helsesøsters opplevelser av og erfaringer med gutters bruk av helsestasjon for ungdom.

## **2 UNGDOM OG HELSE**

### **2.1 Helsestasjon for ungdom – kort historikk**

Helsestasjon for ungdom er et relativt nytt forebyggende lavterskeltilbud innenfor helsestasjonstjenesten. Opp igjennom 70 og 80-årene så man i fagmiljøet behov for en tjeneste rettet mot ungdom spesielt. I løpet av 1980-årene mobiliserte man mot en forventet hiv- og aidsepidemi og egne rådgivningskontor ble opprettet (Økland & Glavin, 2005). Flere av disse utviklet seg etter hvert til prevensjonskontor, som igjen ble startskuddet for en mer systematisk etablering av helsestasjoner for ungdom.

På begynnelsen av 1990-tallet eksisterte tilbudet i 12 kommuner, mens det per i dag er rundt 330 helsestasjoner for ungdom fordelt over hele landet (Gundersen & Winsvold, 2011).

Helsesøstre er kjernebemannning i helsestasjonene. De står for den daglige driften. I tillegg leies leger inn, gjerne på timebasis og har som regel mindre tid og ansvar knyttet til helsestasjonen enn helsesøster har. I enkelte kommuner er det også et psykologtilbud på helsestasjonen.

### **2.2 Ungdomstiden**

Ungdomstiden defineres som perioden mellom 10 og 20 år og beskriver tiden der man går fra *barndom til ung voksen alder* (Breidablik, 2012; Haavet, 2005). Puberteten omfatter ikke hele

ungdomstiden, men regnes som en del av den. Kelly viser til at utviklingen av sosial kompetanse er uttalt i ungdomsårene og deler ungdomstiden i 3 stadier:

- Tidlig ungdomstid: 10-13/14 år.
- Mellom-ungdomstid: 13-17 år.
- Sen-ungdomstid: 17-20? 23? år.

Ungdomstiden kjennetegnes av fysiske forandringer som starter med de første synlige pubertetstegn. Samtidig preges den av komplekse forandringsprosesser både kognitivt og psykososialt (Haavet, 2005; Kelly, 2014). Ungdomstiden er en livsfase hvor det skjer store omveltninger på mange livsarenaer samtidig. Det er ikke bare fysiske endringer som preger perioden. De unge øver seg også på voksenlivet og utforsker sine omgivelser, egen identitet og ulike livsstiler. De skal gjøre seg nye erfaringer, prøve ut sine ideer og utvikle nye relasjoner. Kelly påpeker at det gjøres med begrenset kunnskap og erfaring, samtidig som de unge har med seg en stor porsjon optimisme og følelse av usårbarhet (Kelly, 2005). Denne kombinasjonen av pågangsmot og uerfarenhet bidrar til en eksperimentering som ifølge Kelly er viktig. Det gir en virkelighetstilpasning både til omverdenen og til egne kompetanser og interesser.

Den fysiske utviklingen er ikke alltid sammenfallende med den psykologiske utviklingen, og individuelle forskjeller kan være store når det gjelder modenhet og alder. Modningsprosessen innebærer at ungdoms mestringsstil er utforskende og i forandring. Denne perioden i livet kjennetegnes av store forandringer både biologisk, kognitivt og sosialt (Skre et al., 2007). Kelly viser til at det kan være glidende overganger i forhold til ulike utviklingstrinn (Kelly, 2014)

I et barns liv er familien sentrum, og hovedinnflytelsen kommer fra foreldre og andre nære voksenpersoner. Ungdomstiden er i større grad preget av påvirkning fra jevnaldrende og det sosiale nærmiljøet (Breidablik, 2012; Frønes, 2006). Identitetsutvikling er en viktig del av ungdomstiden og identitet dreier seg om en subjektiv selvforståelse og en følelse av hvem man er (Hegna, 2007). Utvikling av selvbylde og selvforståelse er i stor grad et produkt av dialoger vi har med hverandre. I det sosiale livet ungdom har med hverandre, skjer det viktige endringer. Jevnaldrende har stor betydning gjennom hele livet, men kanskje spesielt for ungdom i utviklingsprosesser (Frønes, 2006)

### 2.3 Ungdoms helse i et folkehelseperspektiv

I et livsløpsperspektiv regnes ungdomsårene som en tid med gjennomgående god somatisk helse og med lavt forbruk av helsetjenester (Haavet, 2005; Kelly, 2014). En artikkelserie om ungdoms helse i *The Lancet* i 2012 viser imidlertid at på verdensbasis har ungdoms helse i mye mindre grad enn barns helse forbedret seg i løpet av de siste 50 år (Sawyer et al., (2012). Perioden mellom barndom og ungdom er en tid med gjennomgripende biologiske, psykologiske og sosiale forandringer, og det er et bredt sett av faktorer som påvirker ungdoms helse (Breidablik, 2011; Haavet, 2005) . Man har begynt å se i retning av at helse ikke bare defineres ut ifra det biologiske og biomedisinske, men ny kunnskap om samspillet med det medfødte og det ervervede er i ferd med å endre vår forståelse av en rekke sykdoms- og belastningstilstander (Kirkengen, 2011).

Ungdom selv rapporterer at de relaterer helse til både medisinske, psykologiske, sosiale og livsstilsmessige faktorer (Breidablik, 2011). I *The Lancets* artikkelserie ønskes det velkommen en anerkjennelse av at puberteten er en ”highly and biologically driven process that affects behaviour, emotional wellbeing, and health in complex ways” (Sawyer et al., 2012). Helse settes inn i en større sammenheng og defineres ikke bare ut ifra fravær av somatisk sykdom, men omfatter også psykisk og sosial fungering. I 1982 definerte Peter Hjort helse som overskudd i forhold til hverdagens krav og evne og kapasitet til å mestre og tilpasse seg livets uunngåelige vanskeligheter (Fugelli & Ingstad, 2001). I dag bruker vi begrepet empowerment, et viktig begrep som handler om styrking av den enkeltes mestringsevne i forhold til livets utfordringer. Begrepet er godt innarbeidet innenfor forebyggende helse og brukes også i forhold til ungdom og egenmestring.

Atferd knyttet til blant annet alkohol, røyking, kosthold, mosjon, ulykker og seksualitet er ansett som risikofaktorer i forhold til ungdoms helse og utvikling. Men der det er risikofaktorer er det også beskyttelsesfaktorer. De unge har motstandskraft og muligheter til mestring. Individuelle beskyttelsesfaktorer består blant annet av evne til problemløsning og impulskontroll, intelligens og kreativitet, selvstendighet og gode sosiale evner, samt optimisme. Et godt ”sikkerhetsnett” i form av gode relasjoner til familie og omgivelser, sosioøkonomiske forhold, klare regler og struktur, samt lett tilgjengelighet til helsehjelp, er ytre beskyttelsesfaktorer som skal bidra til de unges egen mestring av helse (Økland & Glavin, 2005).

Grunnlaget for fremtidig helse legges i ungdomstiden (Haavet, 2005; Klepp & Aarø, 2009; Sawyer et al., 2012). Om man ser på helse som en ressurs, er det like viktig å legge til rette for at ungdom kan fungere optimalt i møtet med de krav og utfordringer de møter i livet, som det er å forebygge sykdom (Samdal, 2009).

### **2.3.1 Forskning og utfordringer knyttet til ungdoms helse**

Det finnes mye forskning på ungdoms helse. En del av denne forskningen er rettet mot ungdommers opplevelse av egen helse. Jeg vil her referere til noe av denne forskningen for å belyse utfordringer knyttet til arbeidet med ungdoms helse.

Jeg har funnet lite forskning på kjønnsperspektivet i unges bruk av helsetjenester og da spesielt gutters forhold til ungdomshelsetjenester. I USA er det gjort noe forskning på ”youth friendly health care services” og gutters tilnærming til disse. En del har jeg funnet interessant og relevant for denne studien.

Det er mange positive trender på flere områder av de unges helse og nedgangen i problematferd er markant. Likevel er det fortsatt utfordringer knyttet til ungdomshelsen. Mange unge rapporterer at de har det ”sykt bra”, men Ungdata<sup>3</sup> 2010 – 2012 stiller spørsmål om de unge blir de syke av forventningspress om de beste karakterene og et godt og lykkelig liv (Bakken, 2013).

Gjennom Ungdata har mer enn 40 000 ungdomsskoleelever i en fjerdedel av landets kommuner svart på spørsmål om blant annet egenopplevd helse. I NOVAS rapport ”Ungdata nasjonale resultater 2010 – 2012” rapporteres det om økende problemer med stress og slit i hverdagen. Tre av ti har siste uke opplevd å være ganske mye eller veldig mye plaget av at tanker om at alt er et slit eller at de bekymrer seg for mye om ting (ibid). Forventningene er større enn det de opplever de klarer å innfri, og tallene viser at jenter er mer utsatt enn gutter. Andelen med ulike psykiske helseplager er størst blant jenter og har økt fra 2010/12 til 2013. Blant gutter har utviklingen vært stabil (Bakken, 2014)

Stress generer andre problemer som for lite søvn, opplevelse av håpløshet og et dårlig selvbilde. En norsk studie viser at spriket mellom faktisk søvntid og egenopplevd søvnbehov

---

<sup>3</sup> Ungdata er et faglig samarbeid mellom NOVA (Norsk institutt for forskning om oppvekst, veldferd og aldring), sju regionale kompetansesentre innen rusfeltet (KoRus) og Kommunesektorens organisasjon (KS).

for ungdom mellom 16 og 19 år er stort. 10 000 respondenter svarer at de sover gjennomsnittlig 6,25 timer per natt, mens behovet for denne aldersgruppen anses å være 8,35 timer (Hysing et al., 2013). Studien har sett på kjønnsforskjeller i søvnmønster, og viser til at jenter sliter mer med søvnløshet enn gutter, mens guttene har kortere søvntid enn jentene. Forskerne rapporterer at søvnevanskene som avdekkes i studien er så omfattende at man kan kalle det et folkehelseproblem. De foreslår mer og bedre forebyggende tiltak, da de viser til at ungdomsårene er viktig med hensyn til etablering av vaner (ibid).

Også folkehelsemeldingen ”God helse – felles ansvar 2012 – 2013” trekker frem søvnevansker som et økende problem blant barn og unge og at det er en sterk risikofaktor for å utvikle en rekke fysiske og psykiske tilstander (HOD, 2013).

Overvekt og fedme er en økende utfordring (ibid) og tall fra UngHUNT 1 og 3<sup>4</sup> viser at både i ungdomsskolen og i den videregående skolen stiger prosentandelen av overvektige (Krokstad & Knudtsen, 2011). Norge ligger på samme nivå som de andre nordiske landene og Vest-Europa (HOD, 2013).

Aborter i aldersgruppen 15 – 19 år var i 2012 på 11,4 pr. 1000 kvinne, og er de laveste tall siden man begynte med registreringer i 1979 (FHI, 2014a). Til sammenligning er aborttallene blant unge voksne mellom 20 - 24 år på 26,6 pr. 1000 kvinne og tallene har i mange år vært stabilt høye.

Tall fra Ung i Oslo, en del av Ungdata, viser at andelen unge som har hatt samleie går betydelig ned fra 30,3 % i 1996 til 23,2 % i 2012 (Øia, 2012).

Samtidig er det en liten økning i klamydiatilfeller i Norge siste år. Tall fra Folkehelseinstituttet viser at den hyppigste forekomsten er blant ungdom og unge voksne i alderen 15-24 år. Nesten tre ganger så mange jenter som gutter tester seg. Likevel har gutter en høyere prosentandel av positive tester sett i forhold til de som tester seg. Folkehelseinstituttet peker på at yngre menn i liten grad følger anbefalingen om kondombruk og rutinemessig testing ved ubeskyttet samleie. De etterlyser mer målrettet innsats mot denne gruppen (FHI, 2014b).

---

<sup>4</sup> UngHUNT er en del av HUNT (Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag). HUNT oppfatter alle i innbyggere i fylket som er 13 år og eldre.

Vi ser også at mange utsetter seg for smitterisiko i forhold til seksuelt overførbare infeksjoner og klamydiatallene holder seg stabilt høye. I 2012 ble det registrert 22 530 tilfeller av klamydia. 7 av 10 tilfellene var unge under 25 år (FHI, 2012).

En tverrsnittstudie om klamydiainfeksjoner blant elever i videregående skoler i Finnmark i 2009, som omfatter 98% av elevene, viser at jentene har en høyere forekomst av klamydia enn guttene (Gravningen et al., 2012). Samme funn i forhold til kjønn er gjort i en studie fra Bærum (Høviskeland et al., 2007). Begge studiene peker på at det kan være nødvendig med mer målrettet innsats overfor gutter, da de ikke selv oppsøker helsetjeneste for testing. Men studiene viser at gutter ikke er motvillig til å la seg teste når de oppfordres til det og forholdene ligger til rette og terskelen for testing er lav.

Når det gjelder seksuell helse hos ungdom har man lenge registrert aborter og seksuelt overførbare infeksjoner. I de senere år har man i tillegg fokusert på seksuelle overgrep, krenkelser og voldtekter blant de unge. I 2011 kom en rapport fra Oslo-politiet der man avdekket et stort problem i forhold til festrelaterte overgrep og krenkelser blant ungdom og unge voksne. Rapporten viser at en tredjedel av alle anmeldte voldtekter handler om festrelaterte overgrep (Sætre, 2011) og medianalder på fornærmede er 22 år. Over 90 % av disse er kvinner. Den ferske rapporten fra Nasjonalt kompetansesenter om vold og traumatisk stress viser at 15% opplevde seksuelle overgrep eller krenkelser før de fylte 18 år (Thoresen & Hjemdal, 2014). I en kronikk i *Aftenposten* 10. april i år etterlyser Linda Bakke og Jørgen Lorentzen i FMSO<sup>5</sup> større innsats mot seksuelle overgrep (Bakke & Lorentzen, 2014). De trekker frem at det er viktig å jobbe spesielt med unge menns holdninger, selv om de erkjenner at det ikke gjelder de fleste menn, men at det dessverre gjelder altfor mange. Gjennom systematisk forebyggende arbeid har man lyktes med å få ned aborttallene i den yngste aldersgruppa, men god seksuelle helse og handlingskompetanse i seksuelle relasjoner er fortsatt underkommunisert til ungdom.

Det har de siste årene vært større frafall fra videregående skoler blant gutter, samtidig som flere jenter enn gutter tar høyere utdanning. Om lag tre av fire jenter og to av tre gutter som startet videregående opplæring i 2008 i Norge fullførte skolen og oppnådde studie- eller yrkeskompetanse i løpet av fem år. Det er en liten økning for begge kjønn, sammenlignet med

---

<sup>5</sup> Fellesskap mot seksuelle overgrep



de som startet i 2007 (SSB, 2014). Flere studier og rapporter viser, som tidligere nevnt, at blant annet utdanning predikerer helse (Armstrong & Cohall, 2011; Marmot et al., 2010). Det er derfor grunn til å være oppmerksom på faktorer som kan bidra til en negativ helseutvikling for gutter, slik som frafall fra utdanning.

Mange unge begår selvmord og gutter og menn topper statistikkene. I 2012 var det i aldersgruppen 15–24 år 45 gutter og 20 jenter som tok sitt eget liv i Norge.

Folkehelseinstituttet anslår at det er omkring 10 selvmordsforsøk pr. selvmord og at jenter tre ganger så ofte som gutter gjør selvmordsforsøk (FHI, 2014c). Selvmord er både tabubelagt og vanskelig å snakke om, selv om det de siste årene har blitt mer åpenhet rundt det. Det er fortsatt et stort problem at ungdom tar sitt eget liv og at det rammer så mange gutter (Armstrong & Cohall, 2011).

Jenter rapporterer uhelse oftere enn gutter. Det er flere dokumenterte kjønnsforskjeller når det gjelder sykdomsbildet til kvinner og menn (Thornquist, 2001). En studie om psykiske og somatiske plager blant ungdom viser at jenter er mer plaget enn gutter, noe som også bekreftes av tidligere undersøkelser (Aarø et al., 2001). Forklaringen, sier de, kan være at gutter i større grad enn jenter underrapporterer plager, noe som igjen har sammenheng med ulikhet i kjønnsroller. Den maskuline rollen er ut ifra våre idealer, ikke forenelig med psykiske og kroppslige plager. De skriver også at en annen mulig forklaring kan være at jenter er flinkere til å oppfatte signaler fra egen kropp og dermed er flinkere å identifisere plagene. Tilslutt antyder de at psykiske og somatiske plager faktisk *er* mer utbredt blant jenter, og foreslår at om så er tilfelle, så bør man ta høyde for det i fremtidige studier.

Den longitudinelle studien ”Helsevaner blant skoleelever – En WHO-undersøkelse i flere land” har sett på selvrapportert helse blant skoleelever. Den viser til at flertallet av barn og unge ser ut til å trives, og tre av fire rapporterer høy grad av livstilfredshet (Samdal, Bye, Torsheim & Fismen, 2012).

Nasjonale studier fra de siste 20 år viser at norske ungdomsskoleelever i økende grad trives på skolen. Sammenlignet med andre land er skoletrivselen høy i Norge (Bakken, 2013)

Også andre studier viser at dagens unge er en veltilpasset og fremtidsrettet ungdomsgenerasjon

(Gundersen & Winsvold, 2011; Krokstad & Knudtsen, 2011). De har tette bånd til foreldre, trives på skolen og blant venner. De røyker og ruser seg mindre enn tidligere (Bakken, 2013). Antall dagligrøykere i 1.kl. på videregående skole ble halvert fra 2001 til 2005 og røyking er mindre utbredt blant norske elever enn blant ungdom i de fleste av de 40 land som deltar i undersøkelsen (Krokstad & Knudtsen, 2011). I 2001 rapporterte 17 % av tiendeklassinger et ukentlig alkoholforbruk, mens det i 2005 var sunket til 10 % (ibid). I 1999 hadde over halvparten av 15-16-åringer drukket alkohol siste måned, mens det i 2011 bare gjaldt en tredjedel (Ødegård, Hegna, & Strandbu, 2013).

En gjennomgang av flere studier om ungdom og hjelpesøkende atferd (Sollesnes, 2010), viser at jenter generelt er mer tilbøyelig til å søke hjelp enn gutter. Hun sier videre at selv om jenter rapporterer mer somatiske og psykiske plager, er det allikevel mange grunner til å øke fokuset på unge gutter og deres helse (ibid).

Sosioøkonomiske forhold predikerer helse. Med god økonomi og høyere utdanning, følger bedre helse (Marmot et al., 2010). For ungdom har sosiale bestemmelsesfaktorer betydning for subjektiv livskvalitet. Ungdom i familier med svak økonomi er gjennomgående mindre tilfreds og sjeldnere fornøyd med foreldre, venner og lokalmiljø og færre er motivert for høyere utdanning (Bakken, 2013).

De siste årene har fokuset vært rettet mot menns håndtering av helse, ofte i forbindelse med sykdom. Forskning innenfor området ser blant annet på maskulinitetsbegrepets påvirkning av menns håndtering av helse og sykdom. Det har vært interessant å se nærmere på denne forskningen i min studie av gutters bruk av helsestasjon for ungdom (Lien, 2013; Seidler, 2006; Sjørup Simonsen, 2006)

Marcell viser i sin studie om tenåringsgutters bruk av helsetjenester at gutter oppsøker helsetjenester mindre jo lengere ut i tenårene de kommer. Jenter derimot benytter seg av helsetjenester i økende grad i samme aldersgruppe (Marcell et al., 2007). En studie fra 2011 viser til samme trend, der de også peker på at risikoatferd i forhold til helse øker i ungdomstiden blant gutter, samtidig som deres bruk av helsetjenester går ned. Større innsats bør rettes mot gutter, sier de og gevinsten blir størst nå guttene selv er involvert i egen helse (Armstrong & Cohall, 2011).

Frydenberg og Lewis har i sin studie om ungdom og mestring kommet frem til at det er kjønnsforskjeller i måten ungdom møter problemer på. De viser til at gutter bruker sport og fysisk aktivitet som mestringsstrategier, mens jenter er mer verbal og benytter nettverket sitt til emosjonell bearbeiding (Frydenberg & Lewis, 1993). Dette understøttes av en nyere studie av (Skre et al., 2007). Studien viser at gutter bruker strategien avlede seg selv når de opplever noe vanskelig, mens jenter oftere mestrer vanskelige situasjoner med å være sammen med andre (ibid).

I Norge er det gjort lite forskning på gutters bruk av helsestasjon for ungdom. En av de som har forsket på ungdoms bruk av helsestasjoner er helsesøster og forsker Ragnhild Sollesnes. Hun har spurt ungdom om motiverende faktorer for deres bruk av denne tjenesten. Jenter, sier hun, bruker HSU uavhengig av om de har fått informasjon om tilbudet og om de har blitt oppfordret til å oppsøke det. Mens hun finner at gutter trenger mer informasjon om helsestasjonen, hva de kan bruke den til og hvorfor den er relevant for dem, for at de skal bruke den (Sollesnes, 2010).

En annen norsk studie viser at det kan være en gevinst med å rette fokus mot gutter, slik at de blir bedre kjent og fortrolig med de offentlige helsetjenester. Fastlege Eivind Aarseth ønsket å gjøre fastlegepraksisen mer tilgjengelig for ungdom. Han sendte brev til alle 16-åringene på listen sin. Et overraskende funn, sier han, var at gutter responderte positivt. Kontakt i gruppen 16-åring økte fra 59% i kontrollgruppen til 69% i intervensjonsgruppen. For guttene var økningen størst og gikk fra 54% i kontrollgruppen til 72% i intervensjonsgruppen (Aarseth, Dalen, & Haavet, 2014).

Den norske Legeforening peker på at det er et særlig behov for mer forskning på ungdoms helse og da spesielt på kjønnsforskjeller. Det er et komplisert samspill mellom et vidt spekter av forklaringsfaktorer som henger sammen med forståelsen av ungdoms helse (Dnl, 2002).

## **2.4 Politiske føringer, lovverk og handlingsplaner**

Allerede på 1980-tallet begynte det å vokse frem egne helsestasjoner for ungdom. Både gjennom kunnskap og erfaring så man behovet for en egen tjeneste som var tilrettelagt spesielt for ungdom og som måtte fungere på deres premisser. Helsesøstre hadde et stort engasjement og mange var pådrivere for å få i gang slike tilbud. Fra 2003 tydeliggjøres og

fastslås det at kommunene skal ha et helsestasjonstilbud for ungdom gjennom forskrift av 3. april 2003 nr. 450. Forskriften gjelder kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, og i § 1-2 står det at forskriften gjelder innen kommunens helsestasjon for barn og ungdom (SHD, 2003). Helsestasjon for ungdom skal være et supplement til både skolehelsetjenestens helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid og til fastlegeordningen. Ungdom som av ulike grunner ikke går på skole, har også en forskriftsfestet rett til helsestasjonstjeneste (SHD, 2004).

I veileder til helsestasjons- og skolehelsetjenesten, som er en utdyping av forskriften, fremheves det at gjennom å tilby rådgivning og veiledning, kan ungdomshelsestasjonen ”bidra til styrking av den unges selvtillit, egenomsorg, ansvar og sosiale ferdigheter”. Det nevnes også spesielt at ”kjønnsperspektivet er et sentralt redskap for å nå målet om best mulig tilbud til alle.” Det poengteres at det skal tas hensyn ”til kvinners og menns ulike liv, vilkår, ønsker og behov i utviklingen av tjenestetilbudet.” Det er spesielt viktig å være lydhør overfor gutters og menns behov når det gjelder utforming av tjenesten”. Videre nevnes aktuelle tema for ungdomshelsetjenesten: ”Seksualitet, samliv og prevensjon, inkludert seksuell legning, hiv og seksuelt overførbare infeksjoner, samt seksuelle overgrep og vold. I tillegg nevnes også fysisk og psykisk helse, og spesifikt trekkes det frem ”trivsel, fysisk aktivitet, kosthold, spiseforstyrrelser, forebygging av selvmord, mobbing, rus, røykeslutt-tilbud, tvangsekteskap og kjønnslemlestelse (ibid).

I 2002 fikk helsesøstre og jordmødre foreskrivningsrett på hormonell prevensjon til jenter mellom 16 og 20 år. Samtidig innførte staten subsidiert prevensjon til jenter i samme aldersgruppe, dette var målrettet innsats for å ivareta unge jenters seksuelle helse og forebygge uønskede svangerskap. En ordning med gratis kondomer, distribuert gjennom helsestasjonene og skolehelsetjenesten ble innført på 90-tallet. Fra 2000-tallet ble den ytterligere utvidet med en nettbasert tjeneste der ungdom selv kan bestille og få tilsendt gratis kondomer. Dette er i første omgang rettet mot gutter (Helsedirektoratet, 2010a)

Flere handlingsplaner og politiske føringer legger grunnlag for arbeidet. ”Handlingsplan for forebygging av uønskede svangerskap og abort” (ibid), opptrappingsplan for psykisk helse (SHD, 1997-1998), og ikke minst statlige stimuleringsmidler, har vektlagt økt innsats overfor ungdom, og bidratt til den raske veksten av tjenesten (Økland & Glavin, 2005). Også andre føringer, slik som rusmiddelpolitisk handlingsplan, handlingsplan for forebygging av

selvmord og selvskading, handlingsplan for fysisk aktivitet, handlingsplan mot kjønnslemlestelse og regjeringens Folkehelsemelding 2013 kan gi arbeidet i forebyggende helsetjenester retning.

## 3 TEORI

### 3.1 Identitet og kjønn

Innenfor en utviklingspsykologisk forståelsesramme viser psykolog Daniel Stern til to viktige grunnpilarer i barns identitetsutvikling som gjensidig påvirker hverandre. Den ene er opplevelsen av seg selv og den andre er erfaring i relasjon med andre mennesker. Det er i samspill med andre at selvet konstitueres. Relasjonserfaringene blir bakteppe og er gjennom hele utviklingen tett knyttet til barnets opplevelse av et selv. På den måten blir fornemmelsen av et selv og relasjonserfaring kontinuerlig to sider av samme sak (Gulbrandsen, 2006). Barns utvikling skjer først i sosiale relasjoner og deretter tilpasses forståelsen av seg selv ut ifra omgivelsenes gitte rammer (ibid). Ivar Frønes forklarer det slik at å forstå seg selv handler ikke om å se innover i seg selv, men å kunne se seg selv utenfra, med andres øyne (Frønes, 2006). Man søker etter å bli akseptert av andre og bli en del av et sosialt fellesskap. Dermed prøver man gjerne å oppfylle de rolleforventninger omgivelsene har. Rolleteorier forstår sosialiseringen som en læringsprosess der vi gradvis internaliserer de normer og holdninger som omgivelsene ønsker vi skal ha for at den sosiale orden skal bestå (Nielsen & Rudberg, 1989).

Berger og Luckmann sier at ”identitet defineres faktisk objektivt som en plassering i en bestemt verden, og kan bare tilegnes subjektivt *med* denne verden.” Altså finner identifiseringen sted innenfor rammer som angir en spesiell sosial verden (Berger, Wiik, & Luckmann, 2000).

Begrepet kjønn brukes både om det biologiske og det sosiale kjønn. Gjennom disse begrepene forstås kjønn på to ulike måter. Det biologisk kjønn viser til det medfødte, som kan oppfattes som uforanderlig og er det naturlige ved våre kropper som gjør oss til det ene eller det andre kjønn. Ordet kjønn brukes også om det sosiale kjønn eller vår kjønnsidentitet - de sosiale

normene og refleksjonene som gjør at man opptrer og oppfattes som enten mann eller kvinne (Mühleisen, Lorentzen, & Bondevik, 2006)

Det sosiale kjønn tar utgangspunkt i hvordan kjønn skapes sosialt og kulturelt, og hva dette gjør for og med menneskene i et samfunn. Det har vært vanlig å betrakte det sosiale kjønn som en relasjon - menn blir definert i forhold til kvinner og omvendt (ibid).

Kjønnsforskning har endret seg opp igjennom tidene. Tidligere var man i den vestlige tradisjonen opptatt av å forstå grunnlaget for kjønnsmessig underordning og undertrykking, mens forskning i dag er mer opptatt av å forstå kjønn som praksis, det vil si å få en forståelse av det sosiale eller kulturelle kjønn og av hvordan kjønn organiserer den sosiale virkeligheten (Butler, 2010; Connell, 1999).

En slik forståelse av kjønn innebærer at man tar utgangspunkt i at det er gitte forskjeller mellom kvinner og menn. De biologiske forskjellene har vært en måte å forklare også de sosiale og kulturelle forskjeller på. Hva som er feminint og hva som er maskulint, hva som tilhører kvinnerollen og hva som tilhører mansrollen blir definert ut i fra det biologiske kjønn. Vi slår oss til ro med at forskjellighetene er naturlige ut ifra kjønnenes biologi (Frønes, 2011).

Kjønn blir til mens menn og kvinner lever det daglige livet. Samtidig har kultur og tradisjoner hatt stor innflytelse på våre oppfatninger om hvordan kjønn skal "gjøres". Kjønn er en del av vår identitet, og omgivelsene knytter enkelte egenskaper til det mannlige og det kvinnelige. Handlinger som samsvarer med disse egenskapene bidrar til å bekrefte kjønnsidentiteten, mens handlinger som ikke samsvarer med disse gitte egenskapene utfordrer vår oppfattelse av kjønn (Connell, 1999; Schei & Bakketeig, 2007; Sjørup Simonsen, 2006)

Måtene man er gutter og jenter, kvinner og menn på, endres. Likevel bærer man det tradisjonelle med oss. Kjønnenes uttrykk og form kan endre karakter uten at innholdet, ideen og verdien om kjønn endres. Vi tar disse for gitt og setter ingen spørsmåltegn ved dem. Det eksisterer en førforståelse som gir visse ubeviste kjønnskulturelle føringer (Hennum, 2002).

Selv om dagens menn fremstår som mer familieorienterte og kvinner som mer selvstendige og velutdannede, preges hjemmene fortsatt av tradisjonell arbeidsdeling. Kvinner gjør mest husarbeid, mens menn gjør mest vedlikeholdsarbeid (Hansen & Slagsvold, 2012).

Judith Butler introduserte begrepet å ”gjøre kjønn”. Det å være kvinne eller mann handler om bestemte måter å repetere spesifikke iscenesettelser på. Kjønn skapes gjennom måten vi fremtrer og uttrykker oss på, slik at vi kan gjenkjennes som mann eller kvinne (Mühleisen et al., 2006). Vår identitetsutvikling er nært knyttet opp mot kjønn og vi definerer oss selv og blir definert av omgivelsene ut i fra blant annet kjønnsspesifikke egenskaper (Gulbrandsen, 2006). Butlers forståelse av kjønn som kulturelle normer, som hver og en må fremføre for sine omgivelser for å bli bekreftet som individ, er i nyere forskning blitt brukt som et sentralt perspektiv i analyser av hvordan kjønn bidrar til å forme konkrete sosiale relasjoner og kontekster (Mühleisen et al., 2006).

Det konstruktivistiske synet på kjønn går ut på at kjønn er noe vi gjør, heller enn noe vi er. Det vil si at kjønn er noe vi gjør både kollektivt som kultur og som individer (Butler, 2010).

Mitt perspektiv i denne studien er hvordan vi som individer blir påvirket av det sosiale og kulturelle kjønn og hvordan det kommer til uttrykk blant annet i gutters møte med helsetjenesten og i helsetjenestens utforming.

Vi assosierer gjerne maskulinitet med styrke, utholdenhet og kraft (Connell, 1999). Det maskuline knyttes gjerne opp mot det instrumentelle og den maskuline væremåte assosieres ofte med mot og handlekraft (Sjørup Simonsen, 2006). Seidler hevder at en slik forståelse av maskulinitet, som finnes i den vestlige verden, begrenser menns mulighet til å ivareta egen helse (Seidler, 2006). Det understøttes av Lilleaas som bruker ”John Wayne”-metaforen for å beskrive den maskuline håndtering av symptomer, sykdom og død, som er å lide i stillhet og holde angsten for seg selv (Lilleaas, 2005). Også den danske forskeren Sjørup Simonsen peker i sin forskning på at menn håndterer helse i ensomhet og bruker metaforen om den gamle, syke hannelefanten (ronkedoren) som trekker seg bort fra flokken for å dø alene (Sjørup Simonsen, 2006).

Når menn blir syke, sier Lilleaas, gjør de det som forventes av en mann (Lilleaas, 2005). Jeg har tidligere pekt på at identitetsutvikling skjer i samspill med omgivelsene. Kjønnroller er en del av identitetsutviklingen, og selv om de er i stadig utvikling og under reforhandling, kan det virke som de er forankret i hardprogrammerte ideer i samfunnet. Sett i lys av dette kan det være interessant å se på om både gutter og helsesøstre preges av hardprogrammerte ideer

knyttet til kjønn og helse. Hardprogrammerte ideer kan i antropologien forstås som ideer som blir bekreftet så ofte at de etter hvert blir tatt som selvfølgeligheter (Eriksen, Fagertun, & Ødegaard, 2007). Helse- og levevaner oppstår ikke i et tomrom, men henger tett sammen med samfunnsforhold og oppvekstbetingelser. Mannlighet dannes i relasjon med andre menn i vel så stor grad som i relasjon til kvinnen (Connell, 1999).

### 3.2 Tjenesteyter

Helsesøsteryrket har alltid vært kvinnedominert, og profesjonsidealet har hatt et klart moderlig preg, slik som også sykepleie har hatt. Gjennom historien har det vært skapt et bilde av at sykepleie var en virksomhet som ikke egnet seg for menn. Så sent som i 1987 ønsket daværende leder i Sykepleieforbundet menn velkommen i rekkene, men sa samtidig at: ”Omsorgsyrkene vil alltid være kvinnedominerte, uansett utviklingen. Kvinnene har naturgitte fordeler her, som det er lite å gjøre noe med” (Svare, 2009, s. 45).

Landsgruppen av helsesøstre er den største faggruppen i Norsk Sykepleierforbund med ca. 3000 medlemmer. Av disse er kun 12 menn (Moe & Blindheim, 2013). Det er ønskelig med flere menn, sier lederen av landsgruppa av helsesøstre i 2014, og ønsker seg et større mangfold når det gjelder kjønn og etnisitet. Menn er viktige for helsevesenet, sier hun. De bringer med seg nye perspektiver (Hartmann, 2014). Helsesøstre er en homogen gruppe, men kjønnsperspektivet er lite tematisert og problematisert i forhold til utøvelsen av faget og betydning for tjenesten og målgruppen. I de siste årene har både fagbladet Sykepleien og Helsesøstre satt fokus på gutters bruk av helsestasjon for ungdom. Perspektivet har i størst grad vært rettet mot gutter som brukere og det har vært mindre fokus på tjenesten.

Rannveig Dahle hevder at profesjonelt arbeid kan ha kjønnede betydninger. Det har blitt møtt med motbør. Hun sier at:

*”det er en rotfast forestilling at legens, sykepleierens, sosialarbeiderens eller lærerens kjønn ikke skal spille noen rolle for selve utøvelsen av yrket, siden alle, uansett kjønnstilhørighet, har krav på likeverdig profesjonelle ytelser At profesjonelt arbeid kan ha kjønnede betydninger er noe som møter motbør”.* (Dahle, 2008)

Dette springer kanskje ut fra ønsket om likhet og et ideal om at samfunnet skal være likestilt og kjønnsnøytralt, slik at alle kan ha like muligheter til å håndtere livene sine, inkludert helse. Are Såstad i Reform Ressurssenter for menn, viser til den danske psykologen Madsen som



har forsket på menns bruk av helsetjenester. Han sier at helsevesenet må ta høyde for kjønnes ulike tilnærming til helse og ta innover seg menns motvilje mot å oppsøke helsehjelp. Helsetilbudet må tilpasse seg menns tenkemåte og tilby den hjelp de trenger. Dersom målet er at menn skal leve lengere og få bedre helse, må Muhammed komme til fjellet, sier han (Hanger, 2013).

I studien ”den kjønnsnøytrale pasienten”, publisert i 2013, tematiserer Marianne Inez Lien både maskulinitetsidealet, som hun hevder preger menns holdning til helse, og omsorgsteoriene som hun mener preger sykepleiefaget. Gjeldende omsorgsteorier med referanse til Kari Martinsen og Katie Eriksons tekster, er basert på kvinnelige dyder som blant annet empati, nestekjærlighet og intuisjon, sier Lien. I møte med pasienter, er disse ment å overvinne barrierer, som blant annet kjønn og skal bidra til at den syke mannen skal åpne seg og bekjenne sine følelser i et forsøk på å mestre sin sykdom. Men en slik avslørende intimitet forutsetter en gjensidighet i møte, noe Lien ikke finner er tilfelle mellom kvinnelige sykepleiere og mannlige pasienter. Nærhet og avhengighet som grunnprinsipp i sykepleie kan komme på kollisjonskurs i møte med syke menn. Lien tar til orde for viktigheten av at helsepersonell har innsikt i hvordan menn, og kanskje spesielt syke menn holder fast ved maskuline verdier som styrke, vitalitet, emosjonell og fysisk kontroll (Lien, 2013).

Hølge Hazelton og Malterud tar til ordet for at kjønn kan ha betydning og at kjønnete mønstre for helse og uhelse må synliggjøres. De viser i sin studie ”Gender in Medicin – does it matter” til at det innenfor det medisinske felt hersker et kjønnsnøytralt syn på helse og at det å se på helse i et kjønnsperspektiv ansees som lite relevant. De viser til at helse har tatt utgangspunkt hovedsakelig i det biologiske, og at mannen har vært ”mal” for den menneskelige kropp. De etterlyser større fokus på kjønnsspesifikke karakteristika både biologisk og kulturelt, da det kan bidra til en større forståelse av både sykdom og hva som kan gi god helse (Hølge-Hazelton & Malterud, 2009).

Helsepersonell er preget av sosiale normer og holdninger til kjønn og helse. I familien er det kvinnen som tradisjonelt har tatt ansvar for egen og familiens helse (Anderssen, 2006). Kan kvinners sterke stilling i forhold til ivaretagelse av og kommunikasjon om helse gjenspeile seg i helsesøsterrollen? Som fagutøvere er vi sentrale aktører i forhold til å befeste, skape, endre eller utfordre kjønnsforskjeller (Thornquist, 2001).

### 3.3 Habitus

Bourdieu beskjeftiger seg med reproduksjon av sosial ulikhet i forskningen sin. Gjennom empirisk forskning ser han på hva som skjer i forhold mellom mennesker sett i relasjon til det samfunnet vi lever i (Wilken, 2006). Han peker på at vi preges av det miljøet og de omgivelsene vi vokser opp i, og han bruker begrepet habitus om vår sosiale arv eller det verdi- og normsystemer som vi sosialiseres inn i. Habitus kan forstås som et produkt av sosialiseringen (Bourdieu, 1993). Særlig i den tidlige fasen, da tilegner vi oss en forståelse av hva som er rett og galt, mulig og umulig, uten at det er helt klart at det er en læringsprosess. I den tidlige barndommen foregår det en overveiende ubevisst internalisering av objektive strukturer gjennom erfaring, snarere enn gjennom forklaring. Habitus er således de kroppslige og kognitive strukturer som ligger til grunn for menneskers handlinger, de meninger man har og de valg man treffer (Wilken, 2006). Altså er habitus, ifølge Bourdieu, et aktivt, produktivt sett av *uformulerte* disposisjoner, ikke et forråd av passiv viten (ibid). Man reproducerer eksisterende praksis på et kroppslig plan og ikke gjennom refleksjon. Derfor begrenses vår handlefrihet, vi reproducerer allerede etablerte vaner som fremstår som objektive sannheter (Bourdieu, 2007).

### 3.4 Empowerment

”Folkehelsemelding 34, 2012/13 trekker frem empowerment som viktig i helsefremmende arbeid. (HOD, 2013).

Begrepet empowerment tar utgangspunkt i aktiv deltakelse ved å velge å ta ansvar og styring over eget liv og helse. Det bygger på tankegangen om at både individet og fellesskapet må få større kontroll over forhold som påvirker helsen (Mæland, 2010).

Empowerment-begrepet har sitt utspring i 60- og 70-tallets politiske frigjøringsbevegelser i USA. Opprør mot undertrykking og diskriminering, samt skepsis til autoriteter og maktinstanser var sentralt. Ifølge Sørensen og Graff-Iversen har Rappaport og Freire har beskrevet det som en ideologi som fokuserer på aktiv deltakelse og selvhjelp, enten på individ-, samfunns- eller organisatorisk nivå. I dag brukes begrepet mindre om systemkritikk og fokuset rettes mer mot den enkeltes rettigheter med vekt på muligheten til selv å ta beslutninger (Sørensen & Graff-Iversen, 2001).

Empowerment-begrepet har blitt forsøkt oversatt til norsk med blant annet myndiggjøring og styrking. På svensk er begrepet oversatt til maktmobilisering. Sørensen og Graff-Iversen mener mobilisering sannsynligvis er mer dekkende, da det henspiller på å mobilisere ressurser for å kunne være i posisjon til å ta styring over eget liv og helse (ibid). Talseth kaller det egenkraftmobilisering og beskriver det som en prosess der man aktiverer og styrker egenkraft slik at man kan bli kjent med egne problemer, og derigjennom tilegne seg nødvendige ressurser for å kunne håndtere disse og hverdagen (Hedlund & Landstad, 2011).

Empowerment kan sees både som en prosess og som et resultat av en prosess eller et endemål, da egenmobilisering kan gi nødvendig kunnskap, ferdigheter og handlingskompetanse til å ta gode valg for egen helse og livsstil (Sørensen & Graff-Iversen, 2001).

Begrepet empowerment ble i Ottawa-charteteret i 1986 definert som en prosess som gjør folk i stand til å øke sin kontroll over egen helsetilstand og til å forbedre egen helse (WHO, 2010).

Empowerment kan brukes på flere nivå i det helsefremmende arbeidet. Individrettet kan det for eksempel være en konsultasjon på helsestasjon for ungdom. På gruppenivå kan det rettes innsats mot gutter som gruppe. Det kan også brukes på et organisatorisk nivå, der brukermedvirkning er i fokus og ungdommens egne ressurser og verdier løftes frem. På den måten kan helsetjenesten være i stand til å gi en god tjeneste tilpasset målgruppen.

Mestringsprosesser er kompliserte og sammensatte. For å øke kompetansen er det viktig at man kan noe. Da må utfordringene harmonere med mulighetene man har til å løse disse (Haavet, 2005).

Ut ifra prinsippene om helsefremmende arbeid, kan empowerment være en viktig strategi for å assistere individer og grupper til å være mer aktive og få bedre kontroll over sin egen situasjon. Med tanke på gutters manglende bruk av helsetjenester, kan empowerment brukes i arbeidet for å få en bedre tilpasset helsetjeneste til gutter.

## 4 METODE

All forskning styres av metoder som er redskap for hvordan man kan samle inn, behandle og analysere data (Polit & Beck, 2012). Hovedsakelig deler vi forskning inn i kvalitative og kvantitative metoder.

### 4.1 Forskningsmetode

Metoden man velger må være egnet til å belyse problemstillingen man ønsker å utforske. I denne studien har jeg valgt kvalitativ intervjuundersøkelse med hermeneutisk tilnærming. Gjennom kvalitative metoder kan vi spørre etter mening, vi kan få frem betydning og nyanser av atferd og hendelser. I tillegg gis det muligheter til å styrke forståelsen av hvorfor mennesker gjør som de gjør (Malterud, 2011) og å få frem en dypere forståelse for de sammenhenger et problem opptrår innenfor (Thagaard, 2013). Malterud sier at vi kan ”lete etter levende kunnskap i sin naturlige sammenheng ved å inngå i de sammenhengene det gjelder” (Malterud, 2011). Kvalitative metoder har til hensikt å fange opp mening og opplevelse som ikke lar seg tallfeste eller måle. De bygger i hovedsak på teorier om menneskelig erfaring og fortolkning av disse, og skal bidra til å oppnå en forståelse av sosiale fenomener (ibid). Hun fremhever at kvalitative metoder hører hjemme i en hermeneutisk erkjennelsestradisjon, da det handler om tolkning av meninger i menneskelige uttrykk (ibid). En hermeneutisk tilnærming vektlegger at fenomener kan forstås på forskjellig vis og at det ikke finnes én egentlig sannhet (Thagaard, 2013). Men det handler om å tolke og å gi teksten eller handlingene man studerer et dypere meningsaspekt enn det som umiddelbart oppfattes. Et viktig prinsipp i hermeneutikken er at det som studeres og meningen bak det, (bare) kan forstås i lys av den sammenhengen det inngår i. Tolkning av intervjuetekster kan sammenlignes med en pågående dialog mellom forsker og tekst, der forskeren fokuserer på meningen som teksten formidler (ibid).

Med seg inn i fortolkningen har man en forforståelse, man har et perspektiv som man ser problemstillingen fra og man har en forhåndskunnskap om det som skal studeres. Thornquist refererer til Gadamer som sier at man har med seg en ”erfaringsmessig bagasje” som bidrar til å bestemme hva vi forstår og hvordan vi fortolker (Thornquist, 2003). Forståelsesprosessen pendler mellom deler og helhet i teksten og karakteriseres ved at den enkelte delen forstås ut ifra helheten, men også ved at helheten forstås ut fra delene – eller det som kalles den

hermeneutiske sirkelen (ibid). Jeg har måtte bevisstgjøre meg både min egen og tekstenes horisonter, og denne bevisstheten har for meg vært en del av den prosessen det er å skape mening av en tekst.

## **4.2 Dataproduksjon**

For å prøve å finne svar på problemstillingen, var det ønskelig å intervju helseøstre. Jeg vil her redegjøre for prosessen med rekruttering av informanter og gjennomføring av intervju med disse.

### **4.2.1 Rekruttering av informanter**

Mange helseøstre har lang erfaring og bred kunnskap om arbeidet på helsestasjon for ungdom. Noen helsestasjoner har som tidligere nevnt egne prosjekt for å nå ut til flere gutter. For å belyse problemstillingen i denne studien vil de intervjuene jeg foretok av helseøstre fra helsestasjoner med spesiell fokus på gutter, kunne gi et grunnlag for å få frem meninger, holdninger og erfaringer de har fra sitt arbeid. Gjennom min egen interesse for temaet hadde jeg fanget opp at det var flere helsestasjoner på forskjellige steder i landet som hadde iverksatt tiltak for å prøve å nå bredere ut til gutter. Det var derfor relevant å intervju helseøstre fra disse helsestasjonene. Jeg tok kontakt via e-post med ledere for helsestasjonsvirksomheten i to kommuner, med forespørsel om rekruttering av deltakere fra deres respektive ungdomshelsestasjoner. Jeg ble henvist videre til de lokale lederne for de aktuelle helsestasjonene. Til dem ble det sendt brev med forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet (Vedlegg 1). Målet var å rekruttere fire helseøstre fra to helsestasjoner. Når kontakten var etablert, ble det sendt e-post direkte til de aktuelle kandidatene. Videre ble det avtalt tid og sted for intervjuene, både per e-post og telefon.

Det er hensiktsmessig å rekruttere deltakere ved å rette en formell henvendelse innenfor et felt hvor man kan finne potensielle deltakere (Thagaard, 2013).

Alle mine informanter har 10 års erfaring eller mer som helseøstre og samtlige har jobbet mer enn to år på helsestasjon for ungdom. Det er ingen selvfølge at helseøstre jobber med ungdom, og det var derfor viktig å rekruttere informanter som hadde erfaring fra arbeid på helsestasjon for ungdom. Det var ønskelig at de hadde hatt mulighet til å gjøre seg tanker og refleksjoner rundt den skjeve kjønnsfordelingen i bruken av tjenesten. Det var derfor naturlig

å ta kontakt med helsestasjoner som hadde sett nærmere på denne utfordringen. Feltkunnskap, sier Malterud, er en viktig forutsetning for å samle data fra relevante kilder (Malterud, 2011). Det er således viktig å finne ut hvilken retning det er fornuftig å rette søkelyset mot, slik at man samler data fra det man faktisk ønsker å se nærmere på (ibid). Jeg gjorde et strategisk utvalg. Et strategisk utvalg søker å få informanter som både kan og vil uttale seg og bidra til å belyse det emne som forskeren er interessert i (Kvale & Brinkmann, 2009).

Det ble tidlig tematisert i samarbeid med veileder hvor mange informanter det var hensiktsmessig å ha med. I kvalitative studier søker man etter dybde i materialet og for å belyse problemstillingen kan få informanter bidra til detaljert utforskning av sosiale prosesser (Thagaard, 2013). For å få et håndterbart datamateriale og med tanke på oppgavens størrelse og omfang, kom jeg sammen med veileder frem til at fire informanter ville være nok til å både fange opp nyanser og gi grunnlag for å belyse forskningsspørsmålet i tilstrekkelig grad. Antall deltakere bør ikke være større enn at det er mulig å gjennomføre omfattende analyser, sier (ibid).

Informantene hadde et stort engasjement for temaet og delte generøst sine refleksjoner og erfaringer. De fire informantene representerer to helsestasjoner fra to forskjellige steder i landet. I tillegg til arbeid på HFU, jobbet alle fire med ungdom, enten administrativt eller på ungdoms- eller videregående skole. Det ga dem en bred erfaringsbakgrunn i forhold til forebyggende arbeid rettet mot ungdom.

De har latt meg få innsikt i det arbeidet de har lagt ned for å imøtegå utfordringene de har møtt på. Og ikke minst har de delt sine tanker og observasjoner i arbeidet på HFU. Det er altså helsesøsters opplevelser av, og ikke minst refleksjon rundt gutters bruk av HFU som er viktig, og hvordan dette fortøner seg fra helsesøsters ståsted.

#### **4.2.2 Presentasjon av informanter**

De fire informantene i denne studien er alle kvinner og har fra 10 til mer enn 30 års yrkeserfaring som helsesøstre. Inklusjonskriteriet om mer enn to års erfaring fra arbeid på helsestasjon for ungdom oppfylles av informantene.

Jeg har i stor grad valgt å sitere informantene direkte for å la stemmene deres komme tydelig frem. For å ivareta anonymiteten deres, har jeg valgt å gi dem fiktive navn. Jeg kaller dem her for Gina, Ulla, Torill og Trine.

### **4.2.3 Gjennomføring av intervju**

Kvalitative data er godt egnet når menneskers erfaringer, verdier og opplevelser skal undersøkes. Det kvalitative forskningsintervju er å betrakte som en samtale mellom mennesker som har til hensikt å få tilgang til de erfaringer, opplevelser og refleksjoner den enkelte har gjort seg omkring ulike tema. Det skal bygge på dagliglivets samtale, samtidig skal det ha en form og følge en metode (Kvale & Brinkmann, 2009). Språk er et redskap, som skaper grunnlag for forståelsen. Gjennom ordene deler og former vi den virkeligheten vi er en del av (Malterud, 2002).

Jeg vil bruke semistrukturerte intervjuer. Ifølge Polit og Beck sikrer det at et bestemt tema blir satt på dagsorden. Samtidig kan man ikke forutsi svar, eller hindre at sidespor av tema kommer frem. Intervjuers rolle er til en viss grad strukturert, mens informantens rolle ikke er det. Intervjuerens oppgave er å oppmuntre informanten til å snakke fritt omkring tema (Polit & Beck, 2012). Fokuset i slike intervju må utelukkende knyttes til informantens subjektivitet, eller informanten som subjekt (Tjora, 2010).

Før jeg skulle ta fatt på intervjuene gjennomførte jeg et prøveintervju med en kollega som har lang erfaring som helsesøster på videregående skole. Dette ble gjort for å teste om intervjuguiden åpnet opp for å fortelle om erfaringer og refleksjoner rundt arbeidet.

I kvalitative metoder ansees forskeren som en aktiv deltaker i forskningen og kunnskapsutviklingen. Forskeren er sitt eget forskningsinstrument og har en nærhet til og er ofte tett på dem man forsker på (ibid). Det er derfor en viktig forutsetning at forskeren har en refleksiv holdning for å kunne gi de empiriske data en analytisk fortolkning (Malterud, 2011).

### **4.2.4 Forske i eget felt**

Tilgang til data ligger ikke åpent og venter på forskeren. Kvalitative data handler om informasjonsutveksling og sosial samhandling. Det er derfor viktig at forskeren forstår hva som foregår mellom informant og intervjuer og hvilken betydning dette har for tolkning og funn (Malterud, 2002). Det er viktig å være bevisst på at man som forsker er deltaker i feltet som man henter sitt materiale fra (Malterud, 2011). Det vil det derfor være viktig å ta hensyn til både informantenes og fortolkerens mening og kontekst (Paulgaard, 1997).

Paulgaard ser på dobbeltheten i å forske i eget felt, med de fordeler og utfordringer det kan ha. Hun sier at forskeren selv gjennom datainnsamling beveger seg innenfor de sammenhenger som skal studeres, samtidig må hun være i stand til å stille seg selv utenfor, for å velge ut, kategorisere og analysere de erfaringer som gjøres. Faren for kulturblindhet er tilstede, samtidig som fortrolighet med feltet og forskerens forutforståelse ikke nødvendigvis sperrer for innsikt, men kan være en forutsetning for innsikt (ibid).

I kvalitative studier er forskeren aktivt med i dataproduksjon. Kvale sier at det derfor er viktig å være ”åpen over de dilemmaer, ambivalenser og konflikter som med sikkerhet vil oppstå i løpet av forskningsprosessen (Kvale & Brinkmann, 2009). Jeg skulle samle data fra eget felt. Kjennskap og nærhet til helsestasjoner kunne representere en konflikt. Jeg valgte derfor å bruke helsestasjoner som jeg tidligere ikke har hatt faglig kontakt med. Jeg ville ikke bruke kolleger i eget fylke, selv om det ville ha gjort datainnsamlingen litt enklere. Kolleger i eget fylke har jeg i varierende grad større kontakt med, enn kolleger utenfor fylket. Det ville vært en fare for at jeg allerede hadde etablert en relasjon med eventuelle informanter lokalt.

Paulgaard snakker om rollerelasjoner. Med allerede etablerte relasjoner, kan det være vanskelig å reposisjonere seg til forskerrollen.

Allikevel kan mitt kjennskap til feltet gi en ”hjemmeblindhet” selv om jeg reiste utenfor fylket og til en annen del av landet. Det var viktig å være bevisst på dette og ta høyde for at egen forforståelse kunne påvirke både informantene og meg selv (Paulgaard, 1997). Dette hadde jeg med meg gjennom hele prosessen.

### **4.3 Etikk, personvern og sikkerhet**

Som en del av planleggingen av et forskningsprosjekt bør en stille spørsmål om hvem som vil ha nytte av kunnskapen studien kan frembringe (Dalland, 2000). For meg har det perspektivet



bidratt til refleksjoner over tema for min studie og om hvilke implikasjoner det kan ha for informantene.

Studien er utført etter gjeldene lovverk og retningslinjer for helseforskning (WMA, 2013). Studien er meldt til Norsk Samfunnsvitenskapelige datatjeneste (NSD) da personopplysninger som fremkommer er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31, og ble godkjent 20.08.2012, med forlengelse av godkjenning 29.01.2014 (Vedlegg 2).

Det ble sendt skriftlig informasjon om studien og samtykkeerklæring til informantene. Det ble informert om at deltakelse i forskningsprosjektet var frivillig og at de som informanter på et hvilket som helst tidspunkt i studien kunne trekke seg, dersom de ønsket det, uten at det ville få negative konsekvenser. Dette i henhold til forskningsetiske retningslinjer innenfor helsefagene (REK, 2010).

Informantene fikk opplysninger om at innsamlet datamaterialet ville bli behandlet i henhold til retningslinjer fra NSD om oppbevaring og makulering av datamaterialet.

Etter at intervjuene var gjennomført ble lydopptakene overført til lydfiler på min egen private PC, som er passordbeskyttet og bare jeg er kjent med passord. For å anonymisere informantene, har hver fått sin egen kode, og navn og annen identifikasjon er slettet. For meg har det vært viktig å ha fokus på det Kvale kaller de tre etiske retningslinjer for forskning på mennesker. Konfidensialitet, det informerte samtykke og konsekvens (Kvale et al., 2009).

#### **4.4 Validitet og reliabilitet og generaliserbarhet**

Graneheim og Lundman anser pålitelighet, troverdighet og generaliserbarhet som vanlige aspekter i vurderingen av kvaliteten på forskningen (Graneheim & Lundman, 2004).

Et lite materiale som dette kan gjøre det vanskelig å generalisere. Det kan være nødvendig å ha en større informantgruppe og mer datamateriale for å gjøre funnene generaliserbar og allmenngyldig for alle helsestasjonstjenester for ungdom. Men funnene kan bidra til å belyse en problemstilling som har vært lite tematisert og kan ha overføringsverdi til tjenester og helsesøstre som jobber for å styrke unge gutters håndtering av egen helse.

Validitet eller gyldighet knyttes til om forskningsspørsmålet som stilles gir relevante svar (Tjora, 2010). Det er viktig å stille spørsmålstegn ved metoden som er valgt og om den er representere en relevant vei til kunnskap som kan belyse problemstillingen (Malterud, 2011). For en målrettet datainnsamling og en felles forståelse av problemstilling, ble intervjuguide og formål med studie tilsendt informantene i forkant av intervjuene. Gjennom analyseprosessen ble studiets funn sett i lys av mitt faglige ståsted og relevant teori. Malterud viser til at det kan være nyttig å utsette materialet for forskjellige blikk og at analyseprosessen kan bli styrket av to forskere (ibid). Dette er en liten studie, som ikke har tillatt det, men det har vært både viktig og nyttig å diskutere funn med veileder.

Innenfor fortolkende tradisjon som kvalitativ forskning representerer, vil den som forsker aldri være nøytral og alltid ha en form for engasjement (Tjora, 2010). For å styrke studiens pålitelighet kan det være klagjørende å redegjøre for forskerens ståsted og være bevisst på faktorer som kan bidra til å påvirke datainnsamling og analysen av materialet. Jeg har tidligere redegjort for mitt ståsted og bakgrunn for valg av informanter. Tjora viser til at ”det blir viktig å fortelle om forhold internt i undersøkelsen for å styrke påliteligheten (ibid).

#### **4.5 Metode for analyse**

Analysen skal ta utgangspunkt i rådata som består av transkriberte intervju. Etter at intervjuene ble gjennomført, har lydopptak blitt omsatt til tekst for å gjøres tilgjengelig for analyse. Ved transkripsjon, sier Malterud, omformer vi virkeligheten til tekst. Teksten er imidlertid bare tekst, ikke virkeligheten selv. Det skjer en fordreining når muntlig samtale skal omsettes til skriftlig tekst. Formålet med transkripsjonen er å fange opp samtalen i en form som best mulig representerer det som informanten hadde til hensikt å meddele (Malterud, 2002).

Ved organisering av materialet fra intervjuene skal data sammenfattes og fortolkes. Med problemstillingen som utgangspunkt, stilles spørsmål til materialet og svarene er de mønstre og kjennetegn som gjennom systematisk kritisk refleksjon kan identifiseres og gjenfortelles (Malterud, 2011). Det fins mange veier til målet. Felles for dem alle er at leseren har krav på å følge veien som er fulgt (ibid).

Graneheim og Lundemanns kvalitative innholdsanalyse danner grunnlaget for analyseprosessen i denne studien (Graneheim & Lundman, 2004).

Jeg leste aktivt gjennom de transkriberte tekstene flere ganger for å reflektere over innholdet og betydningen og for å få et helhetsinntrykk av tekstene. Veilederen min brukte Aksel Sandemoses beskrivende bilde om å gå rundt fjellet. Sandemose skrev om fjellet Halfway Mountain i ”En fuktning krysser sitt spor”. Hovedpersonen går tur rundt fjellet og oppdager at det forandrer seg etter hvor han står. Slik ser vi bare en flik av det hele, en erkjennelse som kan gjøre en ydmyk i forhold til å ha det fulle og hele perspektiv.

Etter at hvert intervju var gjennomført, ble opptaket transkribert fortløpende. Deretter ble materialet grovt strukturert i foreløpige områder, eller det Graneheim og Lundman kaller domener, etter hva jeg anså som viktig i forhold til problemstillingen. Områdene må være lett å identifisere med lav grad av tolkning (Graneheim & Lundman, 2004). Videre systematiserte jeg områdene i meningsbærende enheter. Disse kan være ord, meninger og deler av tekst som hører sammen gjennom sitt innhold og sammenheng. Jeg brukte for det meste utsagn og hele setninger som dannet mening. For å gjøre teksten kortere og mer lettfattelig, samtidig som det sentrale innholdet skulle bevares og ingenting vesentlig skulle forsvinne, kondenserte og abstraherte jeg tekstenes meningsenheter. Det vil si at jeg gjorde tekstene kortere og mer håndterbar. Etter at meningsinnholdet var fortettet og abstrahert, laget jeg etiketter eller det jeg kalte for overskrifter på enhetene. Dette ble til koder som tilslutt ble delt inn i fire kategorier som utgjøres av flere koder som har lignende innhold (ibid).

Analyseprosessen har til tider vært uoversiktlig og krevende, men for meg har det vært viktig å ta små skritt, bruke tid og veksle mellom deler og helhet for å få en god forståelse for materialet. Tilslutt fremstod fire kategorier som utgjør hovedtema - *kjønnsroller og kulturelle betingelser for bruk av helsetjenester, helsestasjonens utfordringer, tjenesten og tilpassing av tilbudet.*

## **5 PRESENTASJON AV FUNN OG ANALYSE**

Studien tematiserer helsesøstres forståelse av og tilnærming til den store kjønnsforskjellen i bruk av helsestasjon for ungdom.

I dette kapitlet presenterer jeg data fra intervjuene. Analysen legger vekt på at informantene har erfaring fra arbeid på helsestasjon for ungdom med skjev kjønnsfordeling, og at de helsestasjonene de jobber på har satt igang tiltak for å imøtegå utfordringene de mener dette byr på. Intervjuene med mine informanter tok utgangspunkt i spørsmålene formulert i intervjuguiden (se vedlegg 3) og svarene danner grunnlaget for analysen.

Et overraskende funn var at alle fire informanter trekker frem og vektlegger at kjønnsroller i samfunnet i dag, ser ut til å legge føringer for hvordan egen helse håndteres i ungdomstiden og senere i livet.

## **5.1 Kjønnsroller og kulturelle betingelser for bruk av helsetjenester**

Informantene tematiserer og reflekterer rundt det som skjer *før* guttene blir tenåringer og *før* det er aktuelt for gutter å ta stilling til en eventuell bruk av helsestasjon for ungdom eller andre helsetjenester. De trekker frem at det er ulike tradisjoner for bruk av helsetjenester blant kvinner og menn og stiller spørsmål om de unge påvirkes av det. Jeg kommer inn på en nærmere forståelse av denne problematikken i dette kapitlet.

Informantene i denne studien trekker frem sine erfaringer med ulikheter mellom gutter og jenter fra de er små. De forteller om en forståelse av at gutter og jenter har forskjellige måter å håndtere blant annet følelser på og at det ligger forventninger fra omgivelsene som er bestemmende for gutters og jenters forhold til blant annet helse.

### **5.1.1 Ulike uttrykk**

Torill sier: *”Jeg føler at det er ganske kjønnsdelt rollemønster fortsatt. Det er vel det vi ser helt fra barna er små. Fra jentene er små snakker de sammen og deler tanker og følelser”*.

Hun viser til at den kvinnelige kjønnsrollen er forbundet med følelsesarbeid, og at jenter allerede fra de er små, ”øver” seg på formidle og analysere følelser. I motsetning til jentenes følelsesarbeid viser hun til at *”..gutter er mer fysisk aktive eller aktive på andre måter”*. Avledning blir en måte å mestre følelser på. Dette kan sees i forståelse med det maskuline idealet om den sterke og usårlige mannskroppen og at problemer skal håndteres i ensomhet, som Sjørup Simonsen beskriver med ”ronkedorfenomenet” (Sjørup Simonsen, 2006).

Gina snakker om at det kan ligge forventninger i måten følelser håndteres på, og at det gjennom oppdragelse legges føringer for hva gutter og jenter har "lov" til: *"Men sånn tradisjonsmessig har det vel noe med at gutter ikke er oppdratt i å snakke om følelser og om sånne ting"*.

Trine reflekterer over egne erfaringer og forsterker inntrykket av at: *"Jentene snakker sammen og diskuterer flere aspekter ved livet, mens guttene i mindre grad gjør det"*.

Hun referer til møter hun har med elever i videregående skoler i forbindelse med helsefremmende arbeid, og hun sier videre: *"Jeg tro det går mye på tradisjoner og kjønnsrollemønster og samfunnsmessig utvikling. Det er jo fortsatt sånn at selv om vi kanskje skulle like å tro at det er ganske likestilling, så ser vi jo at det er en forskjell. Ja, og at det preger også gutta i forhold til å ta kontakt og sånn"*.

Lilleaas sier at kvinner og menn *irrettesettes* og *sosialiseres* på forskjellige måter, noe som fører til at man gjør seg ulike erfaringer. Det, sier hun, kan være utslagsgivende for vaner som etableres og helseproblemer som utvikles. Selv om mannsrollen er i utvikling, sier hun at etablerte forestillinger om den sterke mannen kan ha betydning for hvordan menn håndterer og fremstiller sine helseproblemer (Lilleaas, 2006).

Ifølge Torill er det ikke bare ungdom som preges av kjønnsroller når det gjelder å bruke helsetjenester. Hun har inntrykk av at ungdom repeterer og tar til seg de voksnes atferd: *"....det er jo veldig kjønnsrollemønster i forhold til helse. Det speiler seg jo også ellers i samfunnet. Det er jo mange flere kvinner som går til lege og helsevesenet enn menn gjør. Mennene er jo tilbakeholdne, det speiler seg veldig i forhold til ungdommen og, tror jeg"*.

Informantene vektlegger at det er ulikheter i forhold til kjønn og referer til hvordan dette er synlig fra småbarnsalderen gjennom uttrykk, samhandling, språk og håndtering av følelsesmessige utfordringer.

Torills erfaring er at gutter ikke har det samme språket og den samme handlingskompetansen for å formidle emosjonelle vansker som det jenter har. Hun har i mange år hatt

gruppesamtaler med gutter på ungdomsskolen, som ledd i forebyggende og helsefremmende arbeid rettet mot ungdom. Når hun spør guttene direkte om hva de gjør når de er lei seg, er ofte svaret fra guttene: *"Når jeg er lei meg, da går jeg på rommet og spiller musikk eller går ut og sparker fotball. Jeg forteller det ikke til noen"*. Hun sier videre at *"dersom guttene åpner seg for noen, er det gjerne mamma de snakker med"*.

Pappa blir ikke nevnt her, og Torill erfarer at det er mamma som oppleves som den fortrolige når ting blir vanskelig, eller det er behov for emosjonell hjelp og støtte. Hun sier: *"Jenter prater veldig ofte med moren sin eller venninner og snakker veldig mye om det de er lei seg for, eller det de synes er problematisk."*

Den maskuline rollen gutter må oppfylle for å oppfattes som gutter kan være vanskelig å forene med kroppslig og følelsesmessig sårbarhet, noe informantene tematiserer. På den andre siden må man kanskje la guttene få lov til å bruke helsevesenet på sine egne premisser. Det handler om å styrke til egen mestring og gi guttene mulighet for det, gjennom sin måte å uttrykke seg på, noe Ulla er inne på når hun sier *"guttene er mer to the point, de spør og de vil ha svar"*. Alle informantene forteller om gutter som er handlingsorientert og lite innstilt på å dvele for mye med følelser i møtet på helsestasjonen.

Sollesnes finner i sin studie om unges bruk av helsestasjon for ungdom at gutter er mer orientert mot handling når de skal hjelpe en venn som har problemer. Gutter, sier hun, vil dra en kompis som sliter med på kino eller finne på noe å gjøre sammen, mens jenter foretrekker å snakke om det som er vanskelig med en venn de stoler på (Sollesnes, 2010)

Flere internasjonale studier bygger opp under forståelsen av at maskulinitetsidealet ikke bidrar til at gutter oppdras til å forholde seg til og snakke om helse på samme måte som jenter. (Connell, 1999; Seidler, 2006; Sjørup Simonsen, 2006) . Imidlertid vises det til at det gjennom samhandling med for eksempel kvinnelig partner, forstår menn verdien av å uttrykke følelser verbalt. Likevel kan det være vanskelig å erkjenne eget behov for det (Seidler, 2006). Hos Bourdieu kommer det frem at den tidlige sosialisering som bidrar til å forme vår habitus, er med på å reprodusere innlærte handlingsmønstre på et kroppslig plan og ikke gjennom refleksjon. Handlefriheten kan bli begrenset og reproduksjon av allerede etablerte vaner kan i den sammenheng fremstå som objektive sannheter. Selv om menn forstår verdien av

følelsesmessig bearbeiding, kan det være vanskelig å endre hardprogrammerte data som befestes i barndommen gjennom sosialisering (Bourdieu, 2007).

Informantene har, i sin samhandling med gutter, lagt merke til at gutter er preget av guttesosialisering og at det kan ha vært med på å legge føringer for hvordan de håndterer sin helse. Ifølge Bourdieu er de inkorporerte disposisjoner foranderlig. De er en form for ressurser eller et repertoar av handlemåter som kan aktiveres og settes på spill i nye situasjoner (Prieur og Sestoft 2006). Det betyr ikke at gutter skal sosialiseres inn i jenteroller, men det må bli legitimt for gutter å ivareta egen helse. Informantene gir uttrykk for at gutter ikke skal måtte tilpasse seg helsetjenesten, men helsetjenesten må tilpasse seg gutter.

Mer kompetanse og fokus på gutters helse etterlyses og Gina ser nødvendigheten av økt kunnskap: *”Det ikke er så mye vekt på guttehelse, vi vil at guttene skal komme og at de skal få mer hjelp, men jeg synes jo ikke at det henger sammen med hva vi blir tilbudt av kompetanseheving på det.”*

Det trenges både større bevissthet og mer kunnskap om gutters og menns manglende håndtering av helse. Informantenes deles av blant annet EUs Directorate-General for Health & Consumers som ser behovet for større et større fokus i den retning.

EU-rapporten fra 2012 om menns helse peker på at det er velkjent at mannesosialisering ikke leder menn mot bevissthet om helse og ”well-being issues” i samme grad som kvinner. Menn er også sjelden fokus for spesifikke eller målrettede helsefremmende initiativ (EU, 2012).

### **5.1.2 Rom og anledning**

Informantene gir noe ulike forklaringer på hvorfor guttene ikke benytter seg av tilbudet. En forståelse av at guttene er selvhjulpne står i kontrast til en forståelse av at guttene ikke evner å gi uttrykk for sine behov. Ulla er inne på tanken at gutter klarer seg og at de: *”løser gjerne ting i kompisgjengen, søker på nettet eller finner andre steder hvor de tar opp ting.”*

Et svensk prosjekt fra 2009 som har sett nærmere på hva som skal til for at gutter oppsøker helsestasjonen, sier at den enkle forklaringen på gutters manglende bruk, er at de ikke har behov for slike helsetjenester (Rova, 2009).

Sjørup Simonsen viser i sin studie om ”Mænd, sundhed og sygdom –ronkedorfænomenet”, at menn har problemer med å snakke om helseplager og at de har et distansert forhold til helse og sykdom (Sjørup Simonsen, 2006). Det må sees i kontekst med den maskuline rollen som sterk og usårbar, og ikke som en naturgitt lov. Sjørup Simonsen sier videre at dersom menn blir gitt rom og anledning, snakker de gjerne om sykdom (ibid).

I motsetning til Ulla tematiserer Gina dette med rom og anledning og gir inntrykk av et behov for å være mer oppmerksom og på tilbudssiden i forhold til gutter *”de må gjetes litt, rett og slett for å komme, og kanskje også bli fulgt. Det er jo noe vi ser i skolehelsetjenesten også det”*.

Hun refererer til at det i skolehelsetjenesten er vanlig at lærere henviser til helsesøster eller at foreldre tar kontakt dersom de ser at et barn eller en ungdom sliter. Der skolehelsetjenesten fungerer, gis det mulighet for å ha et nettverk rundt eleven som kan trå til ved behov. For gutter kan en godt nettverk og mulighet for oppfølging være det som skal til for at de benytter tjenesten (Marcell et al., 2007). Andre studier viser at de voksnes interesse for ungdom og deres helse kan være beskyttelsesfaktorer for risikoatferd (Myklestad, 2007). Der helsetjenestene fungerer og samarbeid med blant annet skole og foreldre etableres, kan det være lettere for de unge å ta opp helserelaterte temaer. De voksne, det være seg foreldre, lærere eller representanter for helsevesenet, kan således bidra til å legitimere bruk av helsetjenester overfor de unge.

Torill peker også på at bedre og tettere oppfølging av gutter kan være nødvendig: *”selvfølgelig skal man være veldig obs på gutter og deres sårbarhet, og spesielt i det samfunnet vi har i dag hvor det er jentene som stormer frem i forhold til høyere utdanning. På sikt vil det kanskje avspeile seg og at man er veldig obs på dette med å ta vare på gutta altså”*.

På veien mot selvstendighet lærer menn ofte at de burde klare seg uten støtte fra andre (Seidler, 2006). Nyere forskning viser at gutter benytter helsetjenester og tar imot tilbud om helsehjelp når det tilrettelegges spesielt for dem (Aarseth et al., 2014; Hanger, 2013) Informantene tematiserer at rom og anledning er viktig og de gir uttrykk for en holdning som gjenspeiler nyere forskning. Det kan være flere innfallsvinkler til dette, men det er viktig å ha



kunnskap om hva som skal til for at gutter benytter seg av helsetjenester ungdom og gi dem mulighet for mestring av egen helse.

## 5.2 Helsestasjonens utfordringer

Informantene har betont at kjønnsroller og maskulinitetsidealet kan være barrierer for menn til å ivareta egen helse. Helsestasjon for ungdom er et lavterskeltilbud som er rettet mot de unge og ment å dekke noen av de helseutfordringer både jenter og gutter står overfor.

Informantene forteller at gutter som oppsøker tilbudet opplever at den lave terskelen likevel ikke er nok, og at helsestasjonen har et større fokus mot jenter og det guttene betegner som jenters anliggende.

### 5.2.1 Forestillinger om helsestasjonen

Det kan virke som om en vanlig oppfatning er at helsestasjon for ungdom er et sted kun for jenter og prevensjon. Gina har en forståelse av at *”guttene tror at helsestasjon for ungdom er en prevensjonsklinikk”*, og sier videre at *”...jeg tror rett og slett det er noe gammelt, en forestilling mange voksne har, som vi på en måte formidler videre”*.

I en svensk studie fra 2008 sier gutter som er intervjuet at de er tvilsomme til å ta kontakt med ungdomshelsestasjonen, da det ikke oppleves som akseptert som gutt å gå dit, selv om de viste at de hadde behov for det (Bådagård & Torstensson, 2009).

Trine : *”Hvis man ser på gruppa helsesøstre, så er vi jo en gruppe etnisk norske damer, 38+, og selv om vi påberoper oss å være helsefremmende og se helheten, så er jo det en begrensning, tenker jeg.”* Hun sier videre: *”ja jeg tenker at vi har et forbedringspotensiale med å tenke, stille oss litt på utsiden og se på oss selv hvordan vi påvirker andre.”*

Dette er en holdning som muligens også påvirkes av de som jobber på helsestasjonen. Informantene gir uttrykk for at det er viktig med en bevissthet overfor egen rolle for å kunne påvirke brukerne og bidra til at holdninger brytes ned.

### 5.2.2 Venterommet som barriere

Helsestasjon for ungdom fremstår som et lavterskeltilbud. I oppbyggingen av tilbudet som har pågått de siste 20 år, har det vært en overordnet målsetning at den skal være lett tilgjengelig og brukervennlig. Tilbudet har blitt tatt godt imot og mange helsestasjoner rapporterer stor pågang. Drop-in timer ble sett på som hensiktsmessig for å senke terskelen, men informantenes erfaringer tilsier at suksessen også har en bakside. I motsetning til guttene, er inntrykket at jentene finner seg godt til rette mens de venter. Drop-in timer generer gjerne kø, og det kan være ventetid før den enkelte kommer inn til helsesøster eller lege. Ulla sier: *”Vi så at det var mange av jentene som hadde rigget seg til på venterommet og det satt kanskje 30-40 stykker med PC-en og med snop og pratet og gjorde liksom en happening ut av det.”*

Hun uttrykker en bekymring for at det kan utgjøre en barriere for gutter og sier videre: *”Mens guttene når de kom inn og så dette, veldig sånn jentedominerte miljøet, særlig hvis de da tenkte at nå må jeg vente lenge, så forsvant de ofte før de fikk gjort det de skulle”.*

Gina bekrefter dette og sier at: *”vi så at guttene ikke orket å sitte og vente, de gikk dersom det var kø.”*

Torill erfarer også at venterommet og en lang kø av jenter kan være en barriere for gutter: *”Det er jo fordi at guttene på vanlige dager, når det kom en enkelt gutt en gang imellom og det var femten jenter som satt her, så følte jo den gutten seg veldig lite bekvem”.*

Møtet med helsestasjonen starter før selve konsultasjonen. Hvordan gutter blir ivaretatt før de kommer inn til helsesøster eller lege kan ha betydning. For at det det i det hele tatt skal komme så langt som til en konsultasjon må forholdene ligge til rette slik at guttene føler bekvem, som Torill sier.

Informantene har vært bevist på at det med fulle venterom kan være en hindring og har fulgt med på hvordan guttene reagerer på det, Ulla sier: *”De var nok oppi kondomskålene noen ganger, men jeg hadde i hvert fall observasjon av at de var innom, men gikk igjen”.*

Informantene forteller at det ofte er travle dager og lange køer, men de forteller også om dager med mindre trøkk. På slike dager opplever de at det er lettere for gutter å vente sammen

med jenter. Gina sier: *” jeg opplever jo at de sitter blandet, de setter seg ikke for seg selv. Så jeg har ikke inntrykk av at det er noe problem at det er gutter og jenter”*.

Det kan være sensitive ting både gutter og jenter oppsøker helsestasjonen for, og det kan være en terskel for begge kjønn å gå til det skrittet å søke hjelp. Når venterommet er fullt av jenter har den enkelte jente til en viss grad beskyttelse i å tilhøre majoriteten. Gutter kan være mer utsatt når de er alene blant mange jenter og det kan bidra til å forsterke en eventuell ubekvemhet. Helsepersonellet må ha en bevissthet om hvordan tilbudet fremstår og at møtet starter før selve konsultasjonen.

### **5.2.3 Fysisk utforming**

Bildet ser ikke ut til å være svart/hvitt og informantenes erfaring er at det ikke er enten eller for guttene. De forteller at det kan være flere ting som spiller inn og som kan være viktig å ta hensyn til, blant annet utformingen av de fysiske omgivelsene. De forteller om en bevissthet omkring hvordan helsestasjonen utformes med tanke på å nå ut til begge kjønn og hvordan de tror guttene opplever den fysiske utformingen av lokalene.

Trine tror at venterommet kan ha betydning, hun sier: *”Vi har hatt en bevist holdning til utsmykking, at det ikke skal være sånn mor og barn bilder og veldig jentefokusert”*. Hun sier videre: *”Så har vi musikkvideoer og frukt her, det skal være litt trivelig her mens de venter og det er jo en kjensgjerning at det er kø altså”*.

De forteller om erfaringer som tilsier at det er viktig at guttene føler seg velkommen og tilpass når de kommer inn i lokalene og at venterommet bør bære preg av informasjon rettet mot både gutter og jenter.

Informantene forteller alt i alt om en høyere terskel for guttene enn jentene. Deres erfaring er at mange gutter snur i døra. Det kan se ut som om guttene må overvinne flere barrierer enn jentene for å kunne benytte seg av tilbudet.

Berthinussen viser i sin studie om helsestasjon for ungdom i Oslo, at tilgjengelig og synlig informasjon i ventearealet oppleves positivt av guttene (Berthinussen, 2002). Mange ungdomshelsestasjoner bruker lokalene til helsestasjon for sped- og småbarn på

ettermiddagstid, og disse vil naturlig nok være mer preget av babyer og familieliv, enn at de gjenspeiler de unges interesser, det være seg både gutter og jenter. Men ettersom jentene allerede benytter tilbudet, vil det nok være av større betydning for gutter at arenaen for møte mellom dem og helsetjenesten er mer nøytral. En svensk studie viser til et funn som sier at det kan se ut som det er større behov for å gjøre ungdomshelsestasjoner mer kjønnsnøytral enn guttevennlig. Det var gjort positive erfaringer med å tilpasse interiøret for å appellere både til gutter og jenter (Abrahamsson & Sundin, 2008).

Sollesnes artikkel viser at guttene føler at tilbudet ekskluderer dem når hovedfokus på informasjon i form av plakater og brosjyrer på venterommet handler om ”prevensjon” og ”uønskede graviditeter” (Sollesnes, 2010).

Informantene tematiserer at venterommet bærer i seg visse budskap. Eline Thornquist snakker om at fysiske omgivelser aldri bare er fysiske rom. Hun sier at et rom også er et sosiokulturelt rom, en arena som bidrar til å legger føringer på hva som skjer og skapes mellom de deltakende partene (Thornquist, 2009). Det er nødvendig å ha en bevissthet om at de fysiske omgivelsene som er en del av helsestasjonen, påvirker brukerne.

#### **5.2.4 Konsultasjonen**

I konsultasjonene skal det individuelle være i fokus, uavhengig av kjønn. Det er en overordnet målsetning for alle informantene.

Trine beskriver at hun i konsultasjonen ikke har fokus på kjønn men prøver å møte hver enkelt ungdom som et individ og ikke som gutt eller jente med den forforståelsen kjønnskarakteristikk gir. Hun sier *”jeg tror nok heller at man tuner seg inn ut ifra den som kommer uansett, og det er like stor spredning innenfor jentegruppa og innenfor guttegruppa som det er på tvers av kjønnene synes jeg”*.

Hun er opptatt av det individuelle i møtet og ønsker å ta imot hver og en ut ifra den enkeltes premisser. Hun sier: *”Jeg tenker mye på at jeg skal gi dem et likt tilbud. Men samtidig skal det jo være individuelt også, så hvor likt det blir, kan man jo....”* Hun lar sin egen refleksjon henge i lufta.

Jeg får inntrykk av at Trine ser en konflikt i det hun sier. Man har lange tradisjoner for at pasienter og brukere av helsetjenester skal betraktes som kjønnsnøytrale og at man skal møte den enkelte som menneske, ikke som mann eller kvinne, gutt eller jente. Hølge-Hazelton og Malterud peker på at usynliggjøring av kjønn kan gi en unyansert forståelse av den enkelte. Det andronormative har en sterk innflytelse på vår oppfatning av helse og sykdom. De etterlyser forskning og oppmerksomhet rundt temaet for å utvikle strategier som tar høyde for kjønnsforskjeller i holdninger til helse (Hølge-Hazelton & Malterud, 2009). Ofte presenteres helse råd og helseopplysning i kjønnsnøytrale ordelag. Nøytralitet oppfattes gjerne positivt og viser til at man er i stand til å foreta en avveining mellom ulike parters interesser. Det er ulikheter i sykdom og helse i forhold til kjønn, også blant de unge. Å fokusere på kjønn kan bidra til å gi et mer nyansert bilde, og kan gi oss ideer om styrker og svakheter ved et tilbud, slik som for eksempel helsestasjon for ungdom (Schei & Bakketeig, 2007).

Ulla har også en tilnærming som fokuserer på personen mer enn på kjønn: ”*Jeg tror vel egentlig at vi prøver å gjøre det ganske likt. Jeg prøver jo å ha en ganske laid back holdning og prøver å la dem få fortelle hvorfor de kommer. Og at vi sammen kartlegger litt hva som er viktig for dem å snakke om. Hva de eventuelt engster seg for og veilede dem og prøve å være åpen for å lete etter tegn om der er andre ting som også bør snakkes om*”.

Det kan se ut som informantene er preget av holdninger som er gjeldende i helsevesenet. Allikevel ser det ut til at de har en nyansert tilnærming som kan gi mulighet for å ta høyde for kjønnsforskjeller. Ifølge Hølge-Hazelton og Malteruds studie er leger preget av pasientens kjønn ubevisst og det farger legens tilnærming til pasienten (Hølge-Hazelton & Malterud, 2009). Det samme kan gjelde for informantene som er preget av sin helsesøster-habitus som kan forstås som det de har med seg av tillærte holdninger, forståelse av yrkespraksis samt teoretisk kunnskap. Habitus er imidlertid foranderlig, men det skjer gjerne over tid og på et ubevisst plan (Bourdieu, 1993). Informantene ser vi tilpasser seg nye utfordringer den lave gutteandelen representerer. Gjennom erfaring ser de behov for endring. Det er erfaringen som ligger til grunn for ny tilnærming.

Lien har skrevet om kjønn, pleie og omsorg. Hun refererer til at sykepleiere hun har intervjuet ser at blant annet kjønn har betydning i pleien, men de har for lite teoretisk kompetanse til å imøtekomme det de ser. Det blir den personlige kompetansen den enkelte

sykepleier må anvende, noe Lien sier er å kreve for mye av den enkelte, spesielt de nyutdannede (Lien, 2013).

Lien tematiserer det Ulla gir uttrykk for når hun sier at ”*det er både viktig og nødvendig med å ha etablert seg som helsesøster og være trygg på egen rolle før man begynner å jobbe med ungdom*”. Erfaring er et stikkord og Ulla gir uttrykk for at helsestasjon for ungdom er et typisk sted hvor du kanskje ikke bør begynne som nyutdannet helsesøster, eller i hvert fall ikke, som hun sier, uten kolleger å støtte seg til i det daglige arbeidet med konsultasjoner.

Omsorgsfilosofien som ifølge Lien preger sykepleiefaget, er kanskje ikke tilstrekkelig for å forstå gutters tilnærming til helse. Hun refererer til en lytte-snakke-dele-ideologi som er tuftet på at folk innerst inne ønsker å snakke. Lien stiller spørsmål om det å snakke om følelser er frigjørende for alle mennesker og peker på at en slik omsorgspraksis kan bidra til å devaluere menns forståelse av seg selv i en helsekontekst (ibid).

Hun etterlyser fagkunnskap og teorier som er nærmere knyttet opp mot de sosiale sammenhenger folk befinner seg i. Det må tas høyde for at menn og kvinner har en forskjellig tilnærming til helse og sykdom. I sykepleiefaget er det omsorgs- og mestringsteoriene som er gyldige, sier hun og stiller spørsmål om det er kompatibelt med menns håndtering av helse. (ibid).

I likhet med sykepleierne Lien har studert, har helsesøstrene jeg intervjuet sett at kjønn spiller en rolle i møte med henholdsvis mannlige pasienter og gutter som brukere av helsestasjon for ungdom, uten at man nødvendigvis har gode teoretiske verktøy å imøtekomme utfordringer med (ibid).

---

I intervjuene tematiserer jeg konsultasjonssituasjonen, og det er interessant å se at informantene trekker frem og peker på forskjelligheter hos gutter og jenter, selv om de ikke vektlegger det i utgangspunktet

XXGina forteller. ”*Jenter responderer på en måte som får meg til å føle at vi snakker samme språk.*”

---

Ulla erfarer at *"jentene er kanskje mer åpne og snakker uten noen foranledning"*. Og Trine sier: *"Ja jeg synes jo at jenter er med på å dele alt, uansett. Både med hverandre og med oss som hjelpere"*.

Men når vi snakker nærmere om selve konsultasjonen, får jeg en forståelse av at både informantene og guttene de møter, er preget av sin kjønnsidentitet. Helsesøstre jobber på jenters vis, som Ulla sier og gutter er handlingsorientert og lite innstilt på å snakke om følelser. De forteller om gutter som kan ha en litt annen tilnærming til det å søke hjelp enn det jenter har, og de forteller om ulikheter. Konsultasjoner med jenter generer en mer umiddelbar nærhet og en større felles forståelse for situasjonen.

Informantene tematiserer her at jentene gir henne et større spillerom i konsultasjonen. Med jenter har helsesøster flere strenger å spille på og det gir henne et større repertoar i forhold til å utforske problemstillingen jenter kommer med. Det er en annen gjenklang i møte mellom jente og helsesøster, og det ligger en mer gjensidig forståelse enn mellom gutt og helsesøster. De trekker videre frem at det er viktig å være bevisst dette og at de ser nødvendigheten av å forstå og gjenkjenne gutters vis og væremåte.

Informantene beskriver et dilemma mellom den teoretiske forståelsen av praksis og den praksis de møter i virkeligheten. Som sykepleiere og helsesøstre ligger den teoretiske grunnforståelse av sykepleie nært opp til omsorgsbegrepet, der følelser rundt sykdom og helse er et viktig element for å kunne ivareta egen helse.

Gjennom sosialisering har jenter en større grunnforståelse for omsorg og følelser, og de kan i større grad enn gutter kodene for å utløse hjelp.

Likevel får jeg inntrykk av at konsultasjoner med gutter oppleves både interessant og positivt utfordrende. Kjønn har betydning i konsultasjonen og informantene tematiserer at det har betydning for deres arbeid.

### **5.3 Tjenesten**

Helsesøsters arbeidsområder har alltid vært påvirket av samfunnsforhold, offentlig politikk, lovgivning og de til enhver tid gjeldende problemer (Sollesnes, 2010).

Veileder for helsestasjons- og skolehelsetjenesten har et fastlagt *anbefalt* helsestasjons- og skolehelsetjeneste-program fra svangerskap til slutten av grunnskolen (SHD, 2004).

Helsestasjon for ungdom har verken faglige retningslinjer eller et anbefalt program, men det presiseres i veilederen at tilbudet skal være tilrettelagt på ungdoms premisser og etter deres behov.

### 5.3.1 Autonomi

Trine trekker frem at *”Vi gjør som vi vil og så sitter vi på hver vår tue og så blir vi ikke kikket i kortene, det er både positive og negative sider ved det”*, og sier videre: *”Ja, det er litt på godt og vondt tenker jeg. Men samtidig så gir jo autonomien også en unik mulighet til å kunne bruke metoder og innfallsvinkler i forskjellige retninger, men det krever jo at man følger med i timen og er seg bevist.”*

Informantene forteller om en faglig bevissthet, en drivkraft for utvikling av tjenesten og ikke minst vilje til igangsetting av tiltak for blant annet å nå ut til flere gutter. Samtidig kommer det frem at de etterlyser en mer samlet strategi, for bedre å kunne imøtekomme krav og behov.

Trine ser fordeler med autonomien en lite regelstyrt tjeneste gir, men hun savner også retningslinjer for arbeidet og sier: *”Ja, det burde være noen klare føringer på hva vi bør gjøre. For sped- og småbarn er det mange skal-oppgaver, men det finnes ikke i ungdomstrinnet”*.

Manglende retningslinjer og et forholdsvis begrenset fokus på ungdoms helse trekkes frem og tematiseres. Trine sier det slik: *”både skolehelsetjenesten og helsefremmende arbeid overfor unge er lite prioritert i forhold til spedbarnsdelen”*.

### 5.3.2 Prioritering

Hun løfter frem lav prioritering som en faktor som kan ha betydning for innsatsen overfor ungdoms helse generelt og gutter spesielt, noe også Gina slutter seg til: *”Jeg tenker at hele det forebyggende og helsefremmende arbeid som vi driver vektlegger mye fra 0-5 år, og det er*



*sikkert veldig bra. Men jeg tenker at det er vel så viktig å ta ungdomshelsen også på alvor. Og spesielt når vi vet at ungdoms helse kontra barns helse ikke blir bedre”.*

I kampen om prioriteringer forteller Gina at hennes inntrykk er at guttene stiller bakerst i køen når det kommer til ungdomshelse. Hun etterlyser bedre tilrettelegging for å få den nødvendig faglige kompetansen og styrke bevisstheten som trengs for å sette også gutters behov på dagsorden. Hun sier: *”det er jo veldig mye jentehelse og prevensjon”*, og henviser til en konferanse om ungdomshelse vi begge var på, der temaene i hovedsak dreide seg om jenter og om prevensjon. Og hun sier videre: *”det må nok forandres litt tenker jeg, slik at det er ikke bare lokalt at vi må jobbe for å få guttene til å komme.”*

### **5.3.3 Retningslinjer**

Informantene etterlyser en faglig bevissthet som strekker seg utover den lokale konteksten, og de påpeker at det å få ting igjennom når ikke det er skikkelige retningslinjer, er vanskelig.

Helsesøstre er ofte pådrivere for utviklingsprosjekter og flere av disse vurderes og evalueres lokalt. I Sandvika i Bærum kommune er prosjekt med egen guttedag evaluert av medisinerstudenter som har hatt engasjement ved helsestasjonen (Bjelland, Elnes, Reime, Ramay, & Sajadian, 2008). I Landsgruppen av helsesøstres (LaH) utredningsprosjekt om nasjonalt kompetansesenter for helsestasjons- og skolehelsetjenesten kommer det frem at utviklingsarbeid knyttet opp mot de ulike satsningsområdene, blant annet Handlingsplan for bedre seksuell helse og Opptrappingsplan for psykisk helse, kan ha stor overføringsverdi og kunne vært nyttiggjort i andre kommuner enn der de prøves ut. Men det er ingen systematikk i erfaringsdeling kommunene imellom eller samstilling av prosjekt for eventuell implementering (NSF).

Det vises i samme utredningsprosjekt til at det systematiske kunnskapsgrunnlaget er mangelfullt for store deler av det helsefremmende arbeidet (ibid; Helsedirektoratet, 2010b). Tradisjonelt har tjenesten basert seg på erfaringsbasert kunnskap. LaH peker på at vi nå er inne i en tid der det vektlegges kunnskapsbasert praksis, men sier at den forskningsbaserte kunnskapen sjelden har sitt utspring i tjenesten.

Men informantene viser en drivkraft og en vilje til utvikling, til tross for at det kan være en ensom kamp. Gina trekker frem at man har et ansvar overfor ungdommen og at det er viktig at den enkelte helsesøster, i tillegg til den daglige driften, også er pådriver for å få til gode tilbud: *”Ja, jeg tror at vi må jo bare kjempe for å være litt høyrøstet på ungdommene sine vegne”*.

Trine peker på at helsesøster også må jobbe i skjæringspunktet mellom tjenesten og de bevilgende myndigheter og ikke bare rette seg mot tiltak overfor de unge, hun sier: *”Jeg tenker at man har en viktig rolle som premissleverandør både oppover og nedover i systemet, for å få arbeidet opp å gå”*.

#### **5.3.4 Pådrivere**

Torill mener at *”trykket må komme fra helsesøstertjenesten, så vi må jo ha med oss folk på laget for å få det gjennomført da”*.

Informantene føler et ansvar for utvikling og påtar seg rollen som pådrivere, men de kan ikke arbeide isolert. Trine sier *”jeg har også kjempet i jobbsituasjon jeg har vært i for å få både skolehelsetjeneste og ungdoms-arbeide mer på plakaten”*.

Informantene forteller om ildsjelens evige kamp. De ser ut til å være både drivkraft og kontrollør for å sikre det lille ekstra som skal til for å utvikle tjenesten og sørge for at tiltak de setter igang får gode vilkår til å leve videre.

Ikke alle helsesøstre som jobber med ungdom er i den posisjon at de har mulighet til å jobbe med fag- og utviklingsarbeid. Blant helsesøstre som jobber på helsestasjon for ungdom er det vanlig med små stillingsbrøker. Omkring 60% av disse helsesøstrene har 20% stilling eller mindre (Andersson, Ose, & Norvoll, 2006).

LaH har i flere år jobbet for spesialistgodkjenning av helsesøstre. I den forbindelse startet de i 2009 et pilotprosjekt som heter *”helsesøstre som samfunnsaktør”*. Det tar mål av seg å bli et etterutdanningstilbud som retter fokus mot politiske og administrative system lokalt og nasjonalt, mot rammeverk og styringsdokument, samt påvirknings- og kvalitetsarbeid som skal gi helsesøstre nødvendige verktøy for å kunne drive med blant annet målrettet

kompetansearbeid. Helsesøstre utgjør 80% av bemanningen i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Landsgruppen av helsesøstre mener derfor at kvaliteten på tjenesten avhenger av kvaliteten på helsesøstrene (Ersvik, 2013). LaH adresser det informantene i denne studien tematiserer; en mer systematisk og samlet strategi for å imøtekomme de utfordringer man i praksis står i.

### 5.3.5 Organisering

Hvordan tilbudet organiseres og bevissthet om kjønnsperspektiv i tjenesten kan påvirke blant annet gutters bruk av HFU (Lien & Taksdal, 2004). Som tidligere nevnt er kjønnsperspektivet viktig i forhold til målet om best mulig tilbud til alle ifølge veileder for helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Det poengteres at det skal tas hensyn ”til kvinners og menns ulike liv, vilkår, ønsker og behov i utviklingen av tjenestetilbudet.” Det er spesielt viktig å være lydhør overfor gutters og menns behov når det gjelder utforming av tjenesten” (SHD, 2004).

Informantene etterlyser bevissthet i forhold til guttehelset. Trine sier: *”Jeg tror gutter har større behov enn det som kommer frem, dersom man ser på frafallsproblematikken, så er det jo flere gutter enn jenter som sliter.”*

I et prosjekt som så nærmere på integrering av kjønnsperspektiv i offentlig tjenesteproduksjon, var den lave gutteandelen ved en av landets helsestasjoner et eksempel.

For å få til forandring skisserer prosjektet at forandring starter med en lokal bevissthet som skaper intern oppmerksomhet og debatt. Det kan videre føre til eksport av bevissthet og inspirasjon for andre. Formalisering i form av handlingsplaner og rutiner kan bidra til å sikre at kjønnsperspektiv integreres som en del av tjenestetilbudet. Se tabell under (Lien & Taksdal, 2004).

Integrering av kjønnsperspektiv ↓	Intern →	Eksternt
Uformell	Starte intern bevisstgjøring ved oppmerksomhet og debatt om virksomheten i forhold til kjønn	Inspirere andre virksomheter/deler av virksomheten til å gjennomføre

		liknende prosjekt
Formell	Nedfelle kjønnsperspektivet i handlingsplaner og utarbeide rutiner for integrering av kjønnsperspektiv.	Utarbeide mal for integrering av kjønnsperspektiv i andre (deler av) virksomheter

Informantene poengterer at det er det vedvarende arbeidet som må til for å sikre at man får til endringsarbeid. Det nytter ikke med noen drypp her og noen drypp der. Det må være et pågående press hele tiden, og man må ha både fokus, evne og vilje til å få det til. Da er det ikke nok med lokale tiltak. Man må jobbe systematisk og ha en felles strategi for hele ungdomshelsetilbudet. Det må være på et organisatorisk plan.

### 5.3.6 Brukermedvirkning

Helsesøstrene trekker frem at ungdom som gruppe i utgangspunktet ikke er noen pressgruppe. De vet ikke hva de skal be om, sier Gina. De står ikke på barrikadene for å få et godt tilbud, men i enkelte kommuner har Ungdomsrådet tatt til ordet for en styrket helsetjeneste til unge. Ungdomsrådet har, blant annet i Tromsø kommune, lagt frem forslag om at det bør innføres obligatorisk samtale omkring helse med alle elever på 1. trinn i videregående skole. I ungdommens kommunestyre har representanter fra flere ungdomsskoler tatt til ordet for en styrket helsesøstertjeneste. (Tromsø Kommune, 2013). Ungdom oppfattes kanskje ikke som en pressgruppe, men i forum som vektlegger brukermedvirkning, kommer det frem at de har meninger om hvordan de ønsker at blant annet helsetjenester for dem skal se ut.

## 5.4 Tilpassing av tilbudet

Ulla refererer til den lave gutteandelen og sier : ”*Det var jo en sånn irriterende utfordring vi ønsket å gjøre noe med.*” Informantene forteller om behov for å se på egen praksis og gjøre noe for å imøtekomme utfordringen. Helsestasjonens mandat er å være et tilbud på ungdommens egne premisser, et tilbud ungdom selv oppsøker ved behov, men dersom guttene ikke kommer, blir det heller ikke meldt noen behov.

Som tidligere nevnt er jenter i flertall og informantene til denne studien erfarer også at få gutter benytter seg av helsestasjon for ungdom. De har tidligere tematisert at gutter sosialiseres inn i en rolle som kan gjøre dem fattigere på strategier for å nyttiggjøre seg tilbudet.

Gina sier: *”Det er jo få, guttene er jo ganske mange færre enn hva jentene er. Og når vi begynte å registrere det, så hadde vi vel ca. 10 % besøk av guttene, og vi ønsket å gjøre noe med det”.*

Informantene forteller om flere forskjellige tiltak for å senke terskelen for å imøtese gutter. Det kommer frem at selv om gutter bruker tilbudet lite, gjenspeiler det nødvendigvis ikke deres behov. Helsesøstre ser ut til å mene at det er behov for å rette fokus mot gutter og tilrettelegge tilbudet spesielt for dem. I sin tid, når HFU ble opprettet, var en viktig forutsetning å tilrettelegge tilbudet spesielt for ungdom. Man senket blant annet terskelen ved å gjøre tilbudet gratis og ved å ha ettermiddagsåpent. Man tilpasset seg brukerne. Dette har appellert til de unge, og spesielt til jenter. Informantene tar til ordet for at gutters helse må tematiseres og at tilbudet må tilrettelegges bedre. De retter fokus mot tiltak internt, samt en mer utadrettet virksomhet.

I det helsefremmende arbeid vektlegges empowerment som en strategi som gir den enkelte mulighet til å engasjere seg i egen helse. Innsikt i egen helse gir en kompetanse som kan styrkes og utvikles dersom det gis mulighet.

Ifølge Dyregrov har unge tillitt til helsesøstertjenesten. Tjenesten har fokus på de unges ressurser og er ikke bare problemfokuseret, noe som oppfattes positivt og gir tjenesten et godt utgangspunkt for å nå ut til de unge (Heltne, Raundalen, & Dyregrov, 2006).

#### **5.4.1 Interne tiltak**

Helsestasjon for ungdom forbindes med prevensjon og studier viser at gutter ikke relaterer tjenesten til seg selv og egne behov (Sollesnes, 2010; Wiksten-Almströmer, 2006).

Trine spør: *”Hvordan er tilbudet vårt til ungdom? Er det preget av å være mest for jenter alt vi gjør?”*

Hun gir stemme til en utfordring også andre helsesøstre som jobber med ungdom, etter mine erfaringer, har gitt uttrykk for. Informantene understøtter dette og mener at det kan være behov for tilpasse tjenesten mer til gutter.

Ulla ser kritisk på egen praksis og trekker frem at *”jenter søker jenter og vi jobber litt på jenters vis. Kanskje noe som ikke helt passer inn i guttenes måte å få snakke om ting på eller ta opp ting som de synes er touchy”*.

Informantene ser at det kan være mangler ved egen praksis. De ser videre at også gutter står overfor utfordringer som tjenesten bør ta tak i.

Torill: *”Man skal være veldig obs på gutter og deres sårbarhet og spesielt i det samfunnet vi har i dag hvor det er jentene som stormer frem i forhold til høyere utdanning at det på sikt kanskje vil avspeile seg? Man må være veldig obs på dette her med å ta vare på gutta”*.

Ulla trekker frem at : *”presset på guttene har blitt mye større, de skal ta seg bra ut og det kan gi prestasjonsproblemer”*.

#### **5.4.1.1 Guttedag**

Tidligere har vi sett at venterommet kan være en barriere for gutter. Informantene forteller om at egen dag der det kun er åpent for gutter, har vært et forsøk på å nå denne gruppen. Gina sier det slik: *”Når guttene kom inn og så dette veldig sånn jentedominerte miljøet, så forsvant de ofte før de fikk gjort det de skulle.”*

Torill har lignende erfaring: *”Hvorfor vi har laget en egen dag til gutter? Det er jo fordi at når det kom en enkelt gutt en gang imellom og det var femten jenter som satt her, så følte jo den gutten seg veldig lite bekvem, da. Så i og med at vi har kjennskap til gutter og deres måte, vil vi jo prøve å skjerme dem litt da. Vi ønsket å åpne tilbudet for at de kunne komme på en bedre måte, uten tanke for noe annet. I tillegg ville vi rekruttere flere gutter til helsestasjonen”*.

Torill anerkjenner at det er vanskelig for mange gutter å oppsøke helsestasjonen og utviser sensitivitet og forståelse for det. Hun ser behovet for tiltak rettet mot gutter og mener at det eksisterende tilbudene ikke er nok. Det viser seg når tilbudet blir tilpasset, når barrieren blir brutt, at informantene ser gutter som stort sett er både glad, lettet og fornøyd over å ha tatt kontakt og fått hjelp. Torill sier: *”Og det er vel sånt jeg ser også når gutta er i ferd med å gå ut fra helsestasjon for ungdom, det er akkurat som om de er lettet på en måte og det er veldig bra”*. Også de andre informantene forteller om lignende erfaringer. De uttrykker alle en

oppfatning av at innholdet i tjenesten har relevans for gutter og at de føler seg godt ivaretatt når de først kommer.

Det tar imidlertid tid å etablere nye tiltak, og helsesøster Torill forteller om at det er viktig å ta høyde for at man trenger en fase for å innarbeide tilbud som en egen dag og egen åpningstid for gutter: *”Og sånne tilbud som helsestasjon for gutter må man ha litt is i magen med og la det få etablere seg, før man kan se at folk kommer og benytter seg av det”*.

Trine snakker om at helsefremmende tiltak tar tid og kan være vanskelig å måle og sier at tiltak med egen guttedag blir en *”sånn sakte tilnærming til at alle skal få det samme tilbudet”*.

Når gutter opplever at de blir tatt imot på *”en bedre måte”* som Torill snakket om tidligere, gir det en god signaleffekt og kan ha ringvirkninger i guttemiljøet. Resultatet kan være at barrierer blir brutt. Trine sier at etter flere år med guttedag begynner de å se resultater: *”Sist torsdag tror jeg det var 12 gutter på 2 timer”*.

Det er lite forskning på egen guttedag som virkemiddel, men en svensk studie viser at 74 % av de spurte guttene mente det var viktig med en egen dag for gutter, og fremfor alt satte de pris på at venterommet var uten jenter (Gottlieb, Christiansen, von Segebaden, & Wiksten-Almströmer, 1998).

#### **5.4.1.2 Mannlig ansatt**

Informantene forteller at et av tiltakene for å stimulere til økt bruk av HFU blant gutter, er mannlig helsepersonell. Det er vanskelig å rekruttere fra egne rekker, da det i likhet med andre helsetjenester også er sterk kvinnelige dominansen blant helsesøstre. Løsningen, forteller informantene, har vært å ansette mannlige sykepleiere med videreutdanning i blant annet psykisk helse og gjerne med erfaring fra ungdomsarbeid.

Ulla er meget positiv til den mannlige sykepleieren de har ansatt. Han har en faglig kompetanse helsestasjonen etterspør og når det i tillegg er mann, sier hun videre at: *”det kunne ytterligere dra guttene til oss. Det har vel vært en suksess fra dag én. Nå jobber han flere kvelder i uken”*.

Informantene erfarer at det faktisk nytter med egne tiltak for å ”dra guttene til oss”. Også på helsestasjonen Torill representerer har det vært positivt å få inn en mann og de har en egen guttedag. Hun sier det slik: *”Ja, det tror jeg er veldig nyttig og det tror jeg er en av de årsakene til at det kommer gutter den dagen. Det er jo noe i møte mellom gutt og gutt som jeg tror kan senke terskelen for å snakke..... , rett og slett fordi det er en mann”*.

Informantene erfarer også flere positive effekter av det å ha en mannlig ansatt. Gina forteller: *”det er jo nesten ikke menn som er helsesøstre, så jeg tenker at det der med å få inn menn på helsestasjonen betyr ikke bare noe for at guttene skal komme, men det betyr også noe for vår interesse for å få økt kompetanse om gutter. Vi må ha kompetanse på det selv også”*.

Ulla opplever at det gjør noe med miljøet og at det også bidrar til at forståelsen for det feltet de opererer innenfor utvides. Det er en kjensgjerning at helsesøstre som faggruppe er homogent sammensatt og at forståelseshorisonten er preget av det. Hun sier at kjønnet og alderen kan gjøre oss litt ”blinde” og at man er preget av at helsesøstre representerer en gruppe som er lik i alder, kjønn og bakgrunn. Det kan bidra til at vi retter blikket i en og samme retning.

Trine støtter dette og sier: *”Hvis man ser på gruppen helsesøstre, så er vi jo etnisk norske damer, 38+. Selv om vi påberoper oss å se helheten og sånn, så er jo det en begrensning. ”Hun sier videre: ”ja jeg tenker at vi har et forbedringspotensiale.*

En artikkel i *Läkartidningen* viser til funn fra et studie som sier at ungdomshelsetjenester bør være bemannet med både mannlig og kvinnelig personale med bred kompetanse. For 42 % av guttene spilte det en stor rolle og halvparten av disse ville bli undersøkt av en mann, mens halvparten foretrakk en kvinnelig undersøker. Konklusjonen ble at det bør finnes tilgang til både kvinnelig og mannlig personale (ibid). De unge som oppsøker helsetjenestene gis da en reell mulighet til å velge ut ifra egne preferanser og behov.

Ulla viser til at det kan gi effekt: *”Jeg tror ikke man kunne se at det hadde effekt før han hadde vært der en stund. Men vi opplevde at det som positivt og at det var tydelig at det ryktes, så det har blitt veldig populært. Nå er vi vel oppi 20% gutter i fjor og det er jo en fordobling. Og jeg er sikker på at når vi teller opp for dette året så er det enda mer”*.



### 5.4.1.3 To køsystem

Informantene forteller om forskjellig praksis og utprøving av tilbud for å nå ut til gutter. Et tiltak tok utgangspunkt i en brukerundersøkelse som viste at guttene foretrakk kort ventetid, slik at de kunne unngå lange køer. Dette støttes av forskning (Gundersen & Winsvold, 2011).

Gina forteller: *”Vi gjennomførte en spørreundersøkelse blant gutter for å høre hva de ønsket.”*

Spørreundersøkelsen tok utgangspunkt i tiltak rettet mot gutter som var utprøvd andre steder, slik som egen guttedag eller en egen helsestasjon bare for gutter. I tillegg hadde de med inn i spørreundersøkelsen et forskningsbasert tiltak om egen kø for gutter. Tiltaket skiller køene for jenter og gutter, og køen for gutter gis forrang. Dette ble foretrukket blant de mannlige brukerne, og helsestasjonen startet opp med to køsystemer; et for gutter og et for jenter.

Guttene er prioritert og Gina sier: *”Og hvis vi ser at guttegruppen går tregt, så er vi flere som tar inn guttene. For det har vi opplevd er viktig. De er ikke så tålmodige, de går.”*

Informantene forteller om at de må ha en struktur og logistikk som tillater at de prioriterer guttene, samtidig som de ivaretar jentene. De er flere som er på vakt og jobber parallelt slik at de håndterer begge køene. Informantene forteller om en praksis som har blitt tatt godt imot og Ulla sier at *”vi så vel at tallene våre tok seg gradvis oppover”*.

De tok høyde for at jentene ville reagere, men Ulla sier at de får positive tilbakemeldinger fra jenter og i tillegg kommer nå flere gutter sammen med kjæresten for prevensjonsveiledning. De forteller om en positiv smitteeffekt, og hvis man *”treffer dem hjemme så styrker det troen på helsevesenet”*. Det kan bidra til å alminneliggjøre egen håndtering av eventuelle helsemessige utfordringer.

I tillegg ser de at selv om det er par som kommer, tar guttene initiativ til en egen selvstendig konsultasjon. Gina sier: *”Det er ikke uvanlig at det er par som kommer, men allikevel trekker de hver sin kølapp, det er ganske spesielt”*.

## 5.4.2 Eksterne tiltak og samarbeid

Informantene trekker frem at samarbeid med skole, skolehelsetjeneste og andre kommunale relevante instanser kan være viktig for å få til en bedre og mer samlet innsats rettet mot ungdom. Arbeidet må foregå på flere plan og foreldres påvirkning har betydning i arbeidet for bedre helsetjenester til ungdom. Foreldre har en rolle som helsevesenet bør være bevisst på. Marcel peker på at det er nærliggende å begynne arbeidet med å bryte forestillingen om maskulinitetsidealet hos foreldre og sier de har et spesielt ansvar. Helsevesenet (primary care providers) bør initiere et slikt arbeid og bidra til å påvirke foreldrene til å snakke med sine sønner om både generell og reprodutiv helse. Det vil da bidra til å modifisere myten om den usårlige mannen, som han ser som et hinder for gutter til å oppsøke helsehjelp (Marcell et al., 2007). Holdninger og innstilling til gutter og deres helse må tematiseres og gis betydning for flere enn bare helsevesenet.

Trine forteller at kommunen hun jobber i har en overordnet målsetting om å være *”en kommune der barn og unge trives”*.

Det er en visjon som har ført til satsing på ungdom, som informantene sier har gjort det mulig å opprette et eget tverrfaglig ungdomsteam som oppsøker videregående skoler og gir hver klasse på første trinn undervisning om ung seksualitet. Samtidig får elevene informasjon om helsestasjon for ungdom og andre tjenester. Informantene sier det er verdifullt for teamet å møte de unge på deres arena. Det bidrar til å senke terskelen for bruk av andre helsetjenester, slik som helsestasjon for ungdom.

Trine ser at det gir muligheter: *” Nå som man er et eget team på ungdom, kan man kanskje kjempe og lage en bredere agenda for det helsefremmende arbeidet i ungdomsmassen”*.

Gina forteller også om en kommunal strategi som er politisk behandlet og vedtatt. En del av strategien er innsats rettet mot gutter og de har utarbeidet en egen handlingsplan med konkrete mål om å øke gutteandelen og teste flere gutter for klamydia. Med en slik strategi, forteller informantene om mulighet for en målrettet innsats. Dette tror de at ungdom, gutter som jenter, vil profitere på.

Trine sier: *”Vi ser en rød tråd mellom skolehelsetjenesten og HFU. Jeg tror at tverrfagligheten gir et veldig gunstig signal til elevene om at her er vi sammen om det”.*

Hun har stor tro på tverrfaglighet *”vi drar sånn nytte av hverandre, både på tvers av kjønn og på tvers faglig identitet. Det er mange forskjellige innfallsvinkler”.*

Trine har erfart at innsatsen gir uttelling: *”det synes jeg vi høster frukter av nå, for vi får flere og flere som kommer, ikke bare for seksuell helse, men også med hensyn til psykiske og psykososiale utfordringer”.*

En av informantene forteller om gode erfaringer med å invitere gutter i ungdomsskolen til helsestasjonen. Gina sier: *”Guttene kommer fysisk og får se hvor det er, de ser lokalene og får snakke med vår mannlige sykepleier”.* Presentasjon av helsestasjonen, tilbudets innhold, personalet, og lokalene er viktig ifølge informantene. Kjennskap til tilbudet kan gjøre det lettere for gutter å ta det i bruk ved behov. Det kan også være viktig å nå ut til gutter med kunnskap om egen helse, da Sollesnes’ studie viser til at gutter har mindre kunnskap om tema knyttet til seksuell helse enn det jenter har (Sollesnes, 2010).

## **6 Sammenfatning**

Det ha vært en interessant prosess i arbeidet med å prøve å forstå hvorfor gutter i liten grad bruker helsestasjon for ungdom. Informantene har vært en viktig kilde til informasjon og har i stor grad bidratt til å belyse utfordringen. Det som har gått igjen i arbeidet er at man kanskje underkjenner behovet for bedre tilrettelegging for gutter. Det har vært en vanlig oppfatning at gutter klarer seg selv og behovet for helsehjelp har vært mindre enn for jenter. Sett i et folkehelseperspektiv, der det er viktig å ujevne forskjeller i helse i befolkningen, vil det være nødvendig å inkludere gutter i større grad i det helsefremmende arbeidet. Gutter oppsøker i liten grad helsetjenester, men når tiltak rettes mot dem som gruppe kan det se ut som om de tar imot tilbud og benytter tjenester.

### **6.1 Kjønnroller og kulturelle føringer**

Mine funn viser at kjønnsroller og kulturelle føringer for oppfattelse av egen helse, kan spille en rolle for hvordan hva man tenker om egen helse og at dette påvirker egen vurdering av behov for helsehjelp og derigjennom bruk av helsetjenester.

Kjønnsnøytralitet i helsetjenester har vært sett på som et ideal. Man skal møte kvinner og menn på samme måte og med samme utgangspunkt, uten fokus på kjønn. Det fremkommer i denne studien at kjønnsroller og kulturelle føringer preger både gutter som brukere av tjenesten og helsesøstre som tjenesteyter.

## **6.2 Barrierer**

Helsestasjon for ungdom er et lavterskeltilbud som er rettet spesielt mot ungdom. Det er ment å gi dem mulighet til å ivareta egen helse og skal være et supplement til generelle helsetjenester. Funnet i denne studien viser at helsestasjon for ungdom ikke er like tilgjengelig for gutter som for jenter. Det er funnet flere elementer som kan representere barrierer. Mannsrollen og det maskuline idealet, prevensjonsfokus som gir et ubevisst jentefokus og en oppfattelse av at tilbudet er for bare jenter, gjør at gutter ikke ser tilbudet som rettet mot dem og deres behov. Er det nødvendig med en bedre tilrettelegging for å imøtekomme gutter eller er skal man si seg fornøyd med tingenes tilstand? 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 helsetjenester og disse forskjellene blir tatt hensyn til og at nødvendige tilpasninger gjøres.

## **6.3 Organisering av tjenesten**

Studien viser at det er få samordnede tiltak for å imøtegå bekymringen som blant annet Helsetilsynet i Hordaland uttrykker. Det er gjort, og gjøres fortsatt flere forsøk på å gjøre helsestasjon for ungdom mer brukervennlig for gutter. Det er imidlertid ingen overordnet målsetting eller felles strategier for å høyne gutteandelen. Til sammenligning har det vært politiske insentiver og en samlet faglig strategi for å redusere uønskede graviditeter blant jenter i aldersgruppen 15 -19 år. Innsatsen har hatt en ønsket effekt og aborttallene for denne gruppen er nå de laveste som er registrert. Målrettet innsats på flere plan og en vilje til å adressere problemet, kan ha effekt og være viktig for å løse de utfordringer man står overfor.

## **6.4 Tilpasning av tilbudet**

Helsestasjon for ungdom er allerede tilpasset ungdom. Utgangspunkt for studien var at tilbudet ikke treffer alle i målgruppen. For å kunne gi likeverdige tilbud til gutter og jenter, kan det se ut som om det ikke er nok å gi et likt tilbud, men man ta innover seg at det er kjønnsforskjeller og dermed vil ikke et kjønnsnøytralt tilbud kunne dekke både jenter og gutters behov. Det fremkom i arbeidet med studien at tilbudet må tilpasses ytterligere for å nå gutter.

## 7 Oppsummering og konklusjon

Interessen for gutters bruk av helsestasjon for ungdom har i mange år opptatt meg i arbeidet mitt. I flere år har ”min” helsestasjon ikke hatt spesielle tiltak for gutter. Gutteandelen var lav og vi vekslet mellom en stilltiende aksept for de faktiske forhold og en gryende bevissthet for at man ikke kan utelate gutter i forebyggende og helsefremmende arbeid. Vi satte i gang tiltak og allerede etter første året så vi at gutteandelen ble fordoblet. Å opprettholde og utvikle slike tiltak krever imidlertid ressurser, som kanskje ikke alltid er tilstede, for at tilbudet skal bli godt og vedvarende.

Idealet om en kjønnsnøytral helsetjeneste har kanskje stått i veien for forståelsen av at ulike kjønn krever ulik tilnærming. Nyere forskning gir innsikt i at mannsrollen kan være et hinder for menn i ivaretagelse av egen helse. Kunnskap om kjønnenes ulike forståelse av helse, må få en større plass i helsevesenet og spesielt i tjenester som har som målsetting å styrke unges muligheter til egen mestring. For å bryte innlærte holdninger og gamle vaner, er det viktig å være bevist ny kunnskap og gjøre den anvendbar i praksis. I et folkehelseperspektiv er det gunstig at gode helsevaner blir innlært på et tidlig tidspunkt. Vaner som etableres tidlig, ser ut til å repeteres senere i livet. Dersom gutter gis større mulighet til å ta ansvar for egen helse, vil det kunne gi ringvirkninger inn i voksenlivet. I tillegg er det viktig at helsepersonell har mulighet og de nødvendige verktøy for å etablere tjenester som ”snakker” til målgruppen. Folkehelsemeldingen ”god helse – felles ansvar” trekker frem at det for helsestasjonene er ”en utfordring å legge tilbudet bedre til rette for gutter” (HOD, 2013). Jeg ser at Folkehelsemeldingens bekymring for gutter er reell, og det er ikke uoverkommelig å rette på denne skjevheten de viser til. Det vil tvert imot være en god investering for fremtidig folkehelse.

Et gjennomgående tema i studiets funn er at det er et behov for bedre tilrettelegging og tilpassing av tilbudet ved helsestasjon for ungdom slik at det i større grad kan bli lettere for gutter å ta i bruk tjenesten.

En svakhet ved studien er at problemstillingen blir belyst fra kvinnelige helsesøstre i omtrent samme aldersgruppe og med mer eller mindre samme faglige bakgrunn. Det kunne ha vært gunstig å intervjuer mannlige helsesøstre, men siden det er så få av dem ville det både vært vanskelig å rekruttere informanter som oppfyller inklusjonskriteriene og vanskelig å sikre anonymitet. Flere mannlige sykepleiere og leger jobber på helsestasjon for ungdom, jeg ser i ettertid at kriteriene for deltakelse kunne vært utvidet til å gjelde disse, og dermed sikret et bredere utvalg av informanter. Informantene i studien representere hovedtyngden av ansatte på helsestasjon for ungdom. Jeg mener derfor at de er representative og i stor grad kan bidra til å belyse problemstillingen sett ut ifra dagens situasjon.

Det vil være behov for mer kunnskap om hvordan gutter og menn håndterer egen helse og hvordan helsepersonell generelt og ungdomshelsesøstre spesielt kan forstå gutters tilnærming til ivaretagelse av egen helse. Studien viser at tilpassing av tilbud kan gi effekt og bidra til at flere gutter bruker tjenesten. Det er imidlertid viktig med større fokus på tjenestens tilnærming til gutter, slik at den kan bli mer brukervennlig for dem. Det gir også et signal til gutter om at helse er viktig, og at det er legitimt for dem å håndtere egen helse. Gode helsevaner etableres tidlig. En bedre tilpasset tjeneste kan gi gutter positiv og enklere inngang til helsevesenet.

Denne studien har hatt fokus på helsesøster erfaringer. Det vil være interessant å undersøke nærmere gutters holdninger og tilnærming til problemstillingen, slik at man kan få et brukerperspektiv på de utfordringer den lave gutteandelen gir.

- Aars, H. (2011). *Menns seksualitet*. [Oslo]: Cappelen Damm akademisk.
- Aarseth, S. S., Dalen, I. I., & Haavet, O. R. O. (2014). Encouraging adolescents to contact their GP: a community-based trial. *British journal of general practice*, 64(622), e262.
- Aarø, L. E., Haugland, S., Hetland, J., Torsheim, T., Samdal, O., & Wold, B. (2001). Psykiske og somatiske plager blant ungdom. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 121, 2923-2927.
- Abrahamsson, K., & Sundin, C. (2008). *Where have all the young men gone?: En problematisering av den låga andelen unga män bland ungdomsmottagningens besökare*. Göteborgs Universitet.
- Anderssen, J. (2006). Risiko for sykdom hos menn – kvinners ansvar. *Sosiologisk tidsskrift*, nr. 1/2006. .
- Andersson, H. W., Ose, S. O., & Norvoll, R. (2006). *Helsesøsters kompetanse* (nr. A558: SINTEF).
- Andreassen, H. K. (2011). What does an e-mail address add? - Doing health and technology at home. *Social Science & Medicine*, 72(4), 521-528. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.11.026>
- Andreassen, I. (2007). Hvor blir guttene av? *Helsesøstre*(1), 16-17.
- Armstrong, B. B., & Cohall, A. A. (2011). Health promotion with adolescent and young adult males: an empowerment approach. *Adolescent medicine*, 22(3), 544-580, xii.
- Bakke, L., & Lorentzen, J. (2014, 10. april). *Ingen bedring i vold mot kvinner*. Aftenposten, Meninger. Hentet fra <http://www.aftenposten.no/meninger/kronikker/Ingen-bedring-i-vold-mot-kvinner-7531667.html>
- Bakken, A. (2013). *Ungdata: nasjonale resultater 2010-2012* (Vol. 10/13). Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.
- Bakken, A. (2014). *Ungdata: nasjonale resultater 2013*. Oslo.
- Berger, P. L., Wiik, F., & Luckmann, T. (2000). *Den samfunnsskapte virkelighet*. Bergen: Fagbokforl.
- Berthinussen, I. S. (2002). *"Østenfor sol og vestenfor måne": en studie av helsestasjonstilbudet for ungdom i Oslo* (Vol. 10/2002). Bodø: Høgskolen i Bodø.
- Bjelland, Á. M. H., Elnes, A. R., Reime, L. A. K. A., Ramay, S., & Sajadian, S. (2008). *Innføring av guttedag på helsestasjon for ungdom i Sandvika*. Oslo: A.M. Heatta.
- Bourdieu, P. (1993). *Den kritiske ettertanke: grunnlag for samfunnsanalyse*. Oslo: Samlaget.
- Bourdieu, P. (2007). *Den maskuline dominans*. København: Tiderne Skifter.
- Breidablik, H.-J. (2011). *Selvopplevd helse hos barn og unge: En undersøkelse av samvarierende og predikerende faktorerens betydning for selvopplevd helse*. Phd, Bergen.
- Breidablik, H. J. (2012). Ungdomshelse – hvor og hvordan kan helsearbeidere bidra? *Utposten. Blad for allmenn- og samfunnsmedisin*(5), 35-37.
- Butler, J. (2010). *Kønballade: feminisme og subversionen af identitet*. København: THP.
- Bådagård, F., & Torstensson, S. (2009). *Bra med ungdomsmottagning – men jag vet inte om jag skulle gå dit: Hur killar resonerar kring deras behov av ungdomsmottagning*. Högskolan i Skövde.
- Connell, R. W. (1999). *Maskuliniteter*. Göteborg: Daidalos.
- Dahle, R. Profesjon og kjønn. I: *Profesjonsstudier* Anders Molander og Lars Inge Terum (red.). Oslo: Universitetsforlaget 2008.
- Dalland, O. (2000). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (3. utg. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

- Dnl (2002). *Mot i brystet står i ben og armer? Statusrapport om helse, helsefremmende arbeid og helsetjenester for ungdom* (
- Engfeldt, L. (2003). *Helsestasjon for ungdom: en landsomfattende kartlegging av omfang og innhold*. Master of Public Health, Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap.
- Eriksen, A., Fagertun, A., & Ødegaard, C. (2007). Kjønn og relasjonskvaliteter i et historisk forløp. *Norsk antropologisk tidsskrift*(2), 75-89.
- Ersvik, A. G. (2013). På kurs for å bli bedre samfunnsaktører. *Tidsskrift for helsesøstre*(1), 32-34.
- EU (2012). *The State of Men's Health in Europe* (European Commission.
- FHI. (2012). *Klamydia i Norge 2012*. Hentet fra <http://www.fhi.no/artikler/?id=106471>
- FHI. (2014a). *Abort - fakta med statistikk*. Hentet fra <http://www.fhi.no/artikler/?id=70825>
- FHI. (2014b). *Klamydia og lymfogranuloma venerum (LGV) i Norge 2013*. Hentet fra <http://www.fhi.no/dokumenter/aac77d0264.pdf>
- FHI. (2014c). *Selv mord og selvmordsforsøk - faktaark med helsestatistikk*. Hentet fra <http://www.fhi.no/artikler/?id=70808>
- Frydenberg, E., & Lewis, R. (1993). Boys play sport and girls turn to others: age, gender and ethnicity as determinants of coping. *Journal of Adolescence*, 16(3), 253-266. doi: <http://dx.doi.org/10.1006/jado.1993.1024>
- Frønes, I. (2006). *De likeverdige: om sosialisering og de jevnaldrendes betydning* (3. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Frønes, I. (2011). *Moderne barndom*. [Oslo]: Cappelen Damm akademisk.
- Fugelli, P., & Ingstad, B. (2001). Helse – slik folk ser det. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 121, 3600-3604.
- Gottlieb, C., Christiansen, I., von Segebaden, C., & Wiksten- Almströmer, M. (1998). Lyckat försök med pojkmottagning. *Läkartidningen*, 95, 32-33.
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112.
- Gravningen, K., Furberg, A.-S., Simonsen, G. S., & Wilsgaard, T. (2012). Early sexual behaviour and Chlamydia trachomatis infection - a population based cross-sectional study on gender differences among adolescents in Norway. *BMC Infectious Diseases*, 12(1), 319.
- Gulbrandsen, L. M. (2006). *Oppvekst og psykologisk utvikling*. Oslo: Universitetsforl.
- Gundersen, T., & Winsvold, A. (2011). *Klara Klok, en helsenettjeneste for ungdom*.
- Haavet, O. R. (2005). *Ungdomsmedisin*. Oslo: Universitetsforl.
- Hanger, M. R. (2013, 20. november). *Helsevesenet må tilpasse seg menn*. Dagens Medisin. Hentet fra <http://www.dagensmedisin.no/nyheter/-helsevesenet-ma-tilpasse-seg-menn/>
- Hansen, T., & Slagsvold, B. (2012). *Likestilling hjemme*. Oslo.
- Hartmann, M. (2014). Vaktskifte. *Tidsskrift for helsesøstre*(1), 10-13.
- Hartvedt, K. (2013). Fastleger er ikke for ungdom. *Tidsskrift for helsesøstre*(3), 44-45.
- Hedlund, M., & Landstad, B. J. (2011). *Forskning på selvhjelp og selv- hjelpsgrupper: helsepolitikk, empowerment og positiv helse* (
- Hegna, K. (2007). *Homo? Betydningen av seksuell erfaring, tiltrekning og identitet for selvmordsforsøk og rusmiddelbruk blandt ungdom* (Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.
- Helmius, G. (1990). *Mogen för sex?!: det sexuellt restriktiverande samhället och ungdomars heterosexuella glädje*. Uppsala: [G. Helmius].



- Helsedirektoratet (2010a). *Forebygging av uønsket svangerskap og abort 2010-2015: strategier for bedre seksuell helse*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet (2010b). *Utviklingsstrategi for helsestasjons- og skolehelsetjenesten* (Helsedirektoratet).
- Heltne, U. G., Raundalen, M., & Dyregrov, A. (2006). *Ungdommers erfaringer med hjelpeapparatet*. Bergen: Senter for krisepsykologi.
- Hennum, N. (2002). *Kjærlighetens og autoritetens kulturelle koder: om å være mor og far for norsk ungdom*. Oslo: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, NTNU.
- HOD (2013). *Folkehelsemeldingen: god helse - felles ansvar*. Oslo.
- Hordaland, H. i. (2008). *Kartlegging av helsetenester til ungdom i kommunane* (Hordaland fylkeskommune).
- Hysing, M., Pallesen, S., Stormark, K. M., Lundervold, A. J., & Sivertsen, B. (2013). Sleep patterns and insomnia among adolescents: a population - based study. *Journal of sleep research*, 22(5), 549-556.
- Hølge-Hazelton, B., & Malterud, K. (2009). Gender in medicine — does it matter? *Scandinavian Journal of Public Health*, 37(2), 139-145. doi: 10.1177/1403494808100271
- Høviskeland, A., Løddøen, G., Røer, R., & Jennum, P. A. (2007). Genital Chlamydia among pupils in high school. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 127(16), 2077 - 2079.
- Kelly, K. B. (2005). Ungdomsmedisin – en introduksjon. *Läkartidningen*, 102(23), 1815-1819.
- Kelly, K. B. (2014). *Ungdomars hälsa*. Lund: Studentlitteratur.
- Kirkengen, A. L. (2011). I rommet innenfor rommet innenfor rommet. *Utposten. Blad for allmenn- og samfunnsmedisin*(6), 2-6.
- Klepp, K.-I., & Aarø, L. E. (2009). *Ungdom, livsstil og helsefremmende arbeid*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kommune, T. (2013). *Ungdommens kommunestyremøte i Tromsø 30. januar 2013*. Hentet fra <http://img8.custompublish.com/getfile.php/2580872.1308.dfetqwdabw/Protokoll+BKS+2013.pdf?return=www.tromso.kommune.no>
- Krokstad, S., & Knudtsen, M. S. (2011). *Folkehelse i endring: Helseundersøkelsen Nord-Trøndelag : HUNT 1 (1984-86) - HUNT 2 (1995-97) - HUNT 3 (2006-08)*. Levanger: HUNT forskningssenter.
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M., & Rygge, J. f. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lien, M. I. (2013). Den kjønnsnøytrale pasienten i sykepleien – betydninger av kjønn når kvinnelige sykepleiere gjør omsorg for kreftsyke menn. *NORMA*, 8(02).
- Lien, R. S., & Taksdal, A. (2004). *Integrering av kjønnsperspektiv i offentlig tjenesteproduksjon og planlegging* (Vol. 8-2004). Bergen: Stein Rokkan senter for flerfaglige samfunnsstudier.
- Lilleaas, U.-B. (2006). Det sterke kjønns sårbarhet. *Sosiologisk tidsskrift*, 14 ER(04).
- Lilleaas, U. B. (2005). John Wayne-tilnærmingen til alvorlig sykdom *NIKK magasin*, 1, 21-23.
- Malterud, K. (2002). Kvalitative metoder i medisinsk forskning – forutsetninger, muligheter og begrensninger. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 122, 2468-2472.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning : en innføring*. Oslo: Universitetsforl.

- Marcell, A. V., Ford, C. A., Pleck, J. H., & Sonenstein, F. L. (2007). Masculine Belief, Parental Communication, and Male Adolescents' Health Care Use. *Pediatrics* 119(4), 966-975.
- Marmot, M., Allen, J., Goldblatt, P., Boyce, T., McNeish, D., Grady, M., & Geddes, I. (2010). Fair society, healthy lives: Strategic review of health inequalities in England post-2010.
- Moe, S., & Blindheim, A. M. (2013, 31. mai). *Jordmor og helsesøster er diskriminerende titler*. Dagbladet, Nyheter. Hentet fra [http://www.dagbladet.no/2013/08/28/nyheter/valg13/julie\\_brodtkorb/innenriks/politikk/28928498/](http://www.dagbladet.no/2013/08/28/nyheter/valg13/julie_brodtkorb/innenriks/politikk/28928498/)
- Molander, A., & Terum, L. I. (2008). *Profesjonsstudier*. Oslo: Universitetsforl.
- Mühleisen, W., Lorentzen, J., & Bondevik, H. (2006). *Kjønnsforskning: en grunnbok*. Oslo: Universitetsforl.
- Myklestad, I. (2007). *Predicting contraceptive behaviour among adolescents: social, cognitive, and contextual influences*. no. 97, Department of Psychology, Faculty of Social Sciences, University of Oslo Unipub, Oslo.
- Mæland, J. G. (2010). *Forebyggende helsearbeid: folkehelsearbeid i teori og praksis* (3. utg. utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Nielsen, H. B., & Rudberg, M. (1989). *Historien om jenter og gutter: kjønns sosialisering i et utviklingspsykologisk perspektiv*. [Oslo]: Universitetsforl.
- NSF Nasjonalt kompetanse- og utviklingscenter for helsestasjons- og skolehelsetjenesten (Landsgruppen av helsesøstre, Norsk sykepleierforbund.
- Paulgaard, G. (1997). Feltarbeid i egen kultur: innenfra, utefra eller begge deler? *Metodisk feltarbeid*.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). *Nursing research : generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia, Pa.: Wolters Kluwer Health.
- REK. (2010). *Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag*. Hentet fra [https://http://www.etikkom.no/Documents/Publikasjoner-som-PDF/Kvalitative forskningsprosjekt i medisin og helsefag \(2010\).pdf](https://http://www.etikkom.no/Documents/Publikasjoner-som-PDF/Kvalitative%20forskingsprosjekt%20i%20medisin%20og%20helsefag%20(2010).pdf)
- Rova, E. (2009). *Killprosjektet 2009: En presentation och lägesrapport* (Västerbottens läns landsting.
- Samdal, O. (2009). *Trender i helse og livsstil blant barn og unge 1985-2005: norske resultater fra studien: Helsevaner blant skoleelever : en WHO-undersøkelse i flere land* (Vol. 2009:3). Bergen: HEMIL-senteret, Universitetet i Bergen.
- Samdal, O., Bye, H. H., Torsheim, T., & Fismen, A.-S. (2012). Trender i sosial ulikhet i helseatferd. *Tidsskrift for ungdomsforskning*, 12(2), 21-41.
- Sawyer, S. M., Afifi, R. A., Bearinger, L. H., Blakemore, S.-J., Dick, B., Ezech, A. C., & Patton, G. C. (2012). Adolescence: a foundation for future health. *The Lancet*, 379(9826), 1630-1640. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60072-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60072-5)
- Schei, B., & Bakketeig, L. S. (2007). *Kvinner lider - menn dør: folkehelse i et kjønns perspektiv*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Seidler, V. J. (2006). *Young men and masculinities: global cultures and intimate lives*. London: Zed Books.
- SHD. (1997-1998). *St.prp. nr. 63 (1997-98)*. Hentet fra [http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/psykisk\\_helse/opptrappingsplan-en-for-psykisk-helse-199.html?id=274864](http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/psykisk_helse/opptrappingsplan-en-for-psykisk-helse-199.html?id=274864)
- SHD. (2003). *Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten*. Hentet fra <http://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-04-03-450>

- SHD (2004). *Kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten: veileder til forskrift av 3. april 2003 nr 450*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Sjørup Simonsen, S. (2006). *Ronkedorfænomenet - konstruktioner af sundhed, sygdom og maskulinitet*. [Odense]: Syddanske universitet, Sundhedsvidenskabelige Fakultet.
- Skre, I. n., Arnesen, Y., Breivik, C., Johnsen, L. I., Verplanken, B., & Wang, C. E. (2007). Mestring hos ungdom: Validering av en norsk oversettelse av Adolescent Coping Orientation for Problem Experiences. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 44(3), 236-247.
- Sollesnes, R. (2010). Exploring issues that motivate contact with adolescent health clinics. *Nordic Journal of Nursing Research & Clinical Studies / Vård i Norden*, 30(2), 4-7.
- SSB. (2014). *Gjennomstrømning i videregående opplæring, 2008-2013*. Hentet fra <https://www.ssb.no/utdanning/statistikker/vgogjen/aar/2014-06-19>
- Stien, M. (2014). Tiltak nytter i kampen om å nå flere gutter. *Tidsskrift for helsesøstre*(1), 14-17.
- Svare, H. (2009). *Menn i pleie og omsorg: brødre i hvitt*. Oslo: Universitetsforl.
- Sætre, M. (2011). *Voldtekt i den globale byen: endringer i anmeldte voldtekter og seksualkultur i Oslo*. [Oslo]: Politiet, Oslo politidistrikt.
- Sørensen, M., & Graff-Iversen, S. (2001). Hvordan stimulere til helsefremmende atferd? *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 121, 720-724.
- Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforl.
- Thoresen, S., & Hjemdal, O. K. (2014). *Vold og voldtekt i Norge: en nasjonal forekomststudie av vold i et livsløpsperspektiv* (Vol. 1/2014). Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.
- Thornquist, E. (2001). Helsearbeid i kjønnsperspektiv. *Fysioterapeuten*, 68(11), 23-30.
- Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori: for helsefag*. [Bergen]: Fagbokforl.
- Thornquist, E. (2009). *Kommunikasjon: teoretiske perspektiver på praksis i helsetjenesten* (2. utg. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Tjora, A. H. (2010). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- WHO. (2010, 29. mars). *Helsefremmende arbeid*. Hentet fra <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/index1.html>
- WHO (2012). *Making health services adolescent friendly: developing national quality standards for adolescent-friendly health services* (
- Wiksten-Almströmer, M. (2006). Ungdomsmottagningar - nätverk med helhetssyn på ungas problem. *Läkartidningen*, 103, 289-292.
- Wilken, L. (2006). *Pierre Bourdieu*. Frederiksberg: Roskilde Universitetsforlag.
- Wincentsen, G.-A. (2013). Lettere å snakke med en mann om seksuelle problemer. *Tidsskrift for helsesøstre*(1).
- WMA. (2013). *Helsinki-erklæringen*. Hentet fra <https://www.etikk.no/Forskningsetikk/Etiske-retningslinjer/Medisin-og-helse/Helsinki-deklarasjonen/>
- Ødegård, G., Hegna, K., & Strandbu, Å. (2013). *En flink og seriøs generasjon*. Hentet fra <http://www.aftenposten.no/meninger/kronikker/En-flink-og-serios-generasjon-7139559.html>

- Øia, T. (2012). *Ung i Oslo 2012: nøkkeltall* (Vol. nr. 7/2012). Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.
- Økland, T., & Glavin, K. (2005). *På ungdoms premisser : helsestasjon for ungdom*. Oslo: Akribe.

## Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

”Kjønnsforskjeller i bruk av helsestasjon for ungdom – helsesøsters opplevelse og erfaringer med gutters bruk av helsestasjon for ungdom”

### **Bakgrunn og hensikt**

Dette er en forespørsel til deg om å delta i en forskningsstudie for å se nærmere på hvordan helsesøster opplever og erfarer gutters bruk av helsestasjon for ungdom.

Denne studien forsker på mulige årsaker til kjønnsforskjellen i bruk av tilbudet og ønsker å belyse temaet ved hjelp av helsesøsters erfaringer og opplevelser i møte med ungdom, både gutter og jenter. Hensikten er å få forståelse av hvilken kunnskap som benyttes i møte med gutter og jenter, hvordan kommuniserer helsesøster med gutter og jenter, hva er tjenestetilbudets innhold og hvilke forventninger ligger i rollen som helsesøster ved helsestasjon for ungdom? Siden du har mer enn 2 års erfaring i arbeid på en helsestasjon for ungdom med mer enn 1000 konsultasjoner pr. år, er du i målgruppen for informanter til denne studien som er min mastergradsoppgave i helsefag, flerfaglig studieretning, ved Universitetet i Tromsø.

### **Hva innebærer studien?**

Jeg ønsker å intervju deg om dine tanker rundt gutters bruk av helsestasjon for ungdom. Intervjuet vil ha en varighet på ca. 1 time og vil bli tatt opp på lydbånd.

### **Hva skjer med informasjonen om deg?**

Prosjektet er meldt til Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD) og deres regler for oppbevaring og makulering av datamateriale vil følges.

Alle opplysninger og informasjon om deg vil bli behandlet konfidensielt. Navn og fødselsnummer eller andre gjenkjennbare tegn vil ikke komme frem i studien. Du vil bli anonymisert og et fiktivt navn vil knytte deg til dine opplysninger. Arbeidsstedet ditt vil ikke bli navngitt eller gjøres gjenkjennbar. Det vil kun være jeg som har adgang til dine personalia.

Eksamen skal avlegges våren 2013. Lydbånd vil bli slettet og nedskrevne intervju vil bli makulert når studien er ferdig til fremstilling. Opplysninger som fremkommer fra intervjuet skal analyseres sammen med andre intervju og i interaksjon med litteratur vil det være grunnlagsmaterialet i min mastergradsoppgave. Det skal ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når disse publiseres.

### **Frivillig deltakelse**

Deltakelse i studien forutsetter frivillighet. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn, trekke deg. Opplysningene om deg vil da bli slettet og ikke inkludert i studien.

Jeg takker så langt for din oppmerksomhet og håper at du ønsker å delta i studien. Dersom det er av interesse for deg, ber jeg om at du fyller ut vedlagte samtykkeerklæring og returnerer den til meg i den ferdigfrankerte konvolutten innen 14 dager. Når jeg har mottatt samtykkeerklæringen, tar jeg kontakt med deg for å avtale tid og sted for intervjuet.

### **Innsynsrett**

Som deltaker i studien har du rett til innsyn i opplysninger som er registrert på deg.

Dersom du har spørsmål til studien, kan du kontakte meg, navn....., på tlf.nr.....

Prosjekt nr. 31138

Vi viser til mottatt statusskjema den 16.01.2014 og bekrefter med dette at prosjektperioden forlenges fra 01.09.2013 til 15.05.2014. Merk at ved en eventuell ytterligere forlengelse av prosjektperioden må det påregnes å informere utvalget.

Vi legger til grunn at prosjektopplegget for øvrig er uendret. Du vil motta en ny statushenvendelse ved prosjektslutt.

Ta gjerne kontakt dersom du har spørsmål.

Vennlig hilsen,  
Marte Byrkjeland - Tlf: 55 58 33 48  
Epost: [marte.byrkjeland@nsd.uib.no](mailto:marte.byrkjeland@nsd.uib.no)

Personvernombudet for forskning,  
Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS  
Tlf. direkte: [\(+47\) 55 58 81 80](tel:+4755588180)

-----

Referring to the status report dated 16.01.2014. We hereby confirm that the project period is extended from 01.09.2013 to 15.05.2014.

Please note that in case of further extensions, it may be necessary to inform the sample.

We assume that the project otherwise remains unchanged. You will receive a new status inquiry at the end of the project.

Please, do not hesitate to contact us if you have any questions.

Best regards,  
Marte Byrkjeland - Phone number: 55 58 33 48  
Email: [marte.byrkjeland@nsd.uib.no](mailto:marte.byrkjeland@nsd.uib.no)

the Data Protection Official for Research,  
Norwegian Social Science Data Services  
Phone number (switchboard): [\(+47\) 55 58 81 80](tel:+4755588180)

## Intervjuguide

Jeg vil gjennomføre semistrukturerte intervju hvor informantene oppfordres til å reflektere og fortelle. Informantene får innledende spørsmål innenfor fire tema. Oppfølgingsspørsmål vil bli stilt i den grad det er nødvendig for å få ut informasjon om alle sider ved problemstillingen. Alle spørsmål skal være mest mulig åpne og ikke ledende.

Før intervjuet starter vil jeg informere om meg selv og min mastergradsoppgave. Jeg vil fortelle om hvordan intervjuet tenkes gjennomført og oppfordre informanten til å fortelle mest mulig fritt. Mine spørsmål vil være en hjelp til å holde tråden innenfor tema og få temaet best mulig belyst. Til slutt vil jeg avklare eventuelle spørsmål som informanten måtte ha til intervjuforløpet.

Innledende spørsmål til fire deltema (Har også synliggjort noen aktuelle oppfølgingsspørsmål, men hvilke oppfølgingsspørsmål som blir brukt, vil være situasjonsavhengig.)

1. Fakta og generell bevissthet omkring problemstillingen
  - Kan du si noe om kjønnsfordeling av brukerne av helsestasjonen?
    - o Har du reflektert over kjønnsfordelingen?
2. Kommunikasjon
  - Kan du si noe om gutter og jenter kommuniserer samme problem/utfordring på forskjellige måter?
    - o Søker helsesøster samme informasjon hos gutter som hos jenter?
    - o Opplevs det nødvendig å kommunisere på forskjellig måte med gutter enn med jenter?
3. Oppfatning av rolle
  - Hvordan opplever du din rolle som helsesøster for ungdom?
    - o Bør helsestasjonen ha et tilbud utover prevensjonsveiledning og seksuell helse?
    - o Er det et problem at helsestasjonene er relativt lite brukt av gutter?  
Årsak? Tiltak?
4. Kunnskap om gutters helse og tilpasning av tilbud
  - Har helsesøster kunnskap om hva henholdsvis gutter og jenters ønsker ut av tilbudet?
    - o Opplever helsesøster at gutter og jenter trenger forskjellig tilnærming fordi de er forskjellige?

Er det et poeng å ha tilbudet kjønnsnøytralt eller differensieres det til henholdsvis gutter og jenter?