



UiT Norges arktiske universitet

Det helsevitenskapelige fakultet

Allmennlegens møte med «kidsa»

Kvalitative intervju med leger i helsestasjon for ungdom

Marie Kristine Grundt-Ileby
Masteroppgave profesjonsstudiet i medisin, MED-3950

Juni 2021

Veileder: May-Lill Johansen, Institutt for samfunnsmedisin

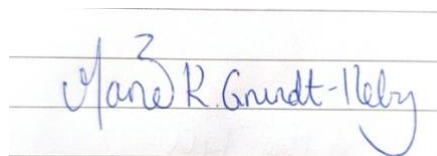
Forord

Hensikten med denne oppgaven er å undersøke legers erfaringer og opplevelser med å jobbe i helsestasjon for ungdom. Jeg ønsket å finne ut om legene opplever jobben som interessant og hvilket utbytte de får av den. Videre jeg ønsket å se på hvilke utfordringer legene møter og hvordan de kommuniserer med ungdom.

Idéen til oppgaven bunner i min interesse for forebyggende helsearbeid. Jeg er også interessert i ungdom og ungdomshelse, og da tema for masteroppgave skulle velges ble det naturlig å forsøke å kombinere disse.

Først og fremst vil jeg takke mine informanter. Uten dere hadde det ikke blitt noen oppgave! Jeg vil også rette en stor takk til veileder May-Lill Johansen for å ha tro på oppgaven og for nyttige og interessante innspill underveis. Takk også til Mette Bech Risør og Johanna Laue ved allmenmedisinsk forskningsgruppe for å arrangere workshops i kvalitativ metode.

Tromsø, 01.06.21

A handwritten signature in blue ink on a white background with horizontal lines. The signature reads "Marie Kristine Grundt-Ileby".

Marie Kristine Grundt-Ileby

Innholdsfortegnelse

Forord	I
Sammendrag	IV
Bakgrunn	1
<i>Helsestasjonstilbudet i Norge</i>	1
<i>Internasjonale retningslinjer for helsetjenester for ungdom</i>	2
<i>Hva ønsker ungdom av helsetjenesten og av legen?</i>	3
<i>Valg av problemstilling</i>	4
<i>Formål</i>	4
Metode	5
<i>Utvalg</i>	5
Rekruttering	6
<i>Datainnsamling, bearbeiding og analyse</i>	6
Intervju og transkribering	6
Bearbeiding og analyse	7
Resultater	9
<i>Organisering</i>	9
Lavterskel	9
Anonymitet	9
<i>Samarbeid</i>	10
Bedre sammen	10
Samarbeid mellom HFU og fastlege.....	11
<i>Kommunikasjon</i>	12
Legens ansvar – tørre å spørre.....	12
Tid og interesse gir god kommunikasjon	12
Reflektere, ikke moralisere	13
<i>Utbytte</i>	14
Ungdom – en spennende gruppe på vei ut i livet.....	14
Legens personlige utbytte.....	15

<i>Utfordringer</i>	16
Under seksuell lavalder, eldre partner	16
Fortrolighet versus foreldres rett til informasjon	16
Diskusjon	17
<i>Helsestasjonens rammer og organisering</i>	17
Tilbud til gutter	18
Konfidensialitet	18
<i>Samarbeid</i>	18
Manglende samarbeid med fastleger?	19
<i>Kommunikasjon</i>	19
<i>Utbytte</i>	20
<i>Utfordringer</i>	21
<i>Diskusjon av metode</i>	22
Oppgavens styrker og svakheter	22
<i>Mulige implikasjoner av funn i oppgaven</i>	23
Konklusjon	24
Referanseliste	25
Vedlegg	26
<i>Vedlegg 1 – Informasjonsskriv</i>	26
<i>Vedlegg 2 - Intervjuguide</i>	29
<i>Vedlegg 3- Veilederkontrakt</i>	32

Sammendrag

Bakgrunn

Helsestasjon for ungdom (HFU) er et lavterskeltilbud for ungdom i alderen 13-20 år som har særlig fokus på å forebygge uønsket graviditet, på forebygging og behandling av seksuelt overførbare infeksjoner og på å forebygge og avdekke psykiske plager. Det finnes lite eller ingen forskning på legers opplevelse av å jobbe i HFU. Formålet med oppgaven er å undersøke legers erfaringer med å jobbe i HFU, hvilket utbytte de får av jobben og å se på hvordan de kommuniserer med ungdom.

Metode

I oppgaven benyttes kvalitativ metode. Det er gjennomført semistrukturerte intervju med fem leger som jobber i helsestasjon for ungdom. Intervjuene er siden analysert ved hjelp av metoden systematisk tekstkondensering. Resultatene presenteres som analytisk tekst med innhold av sitater fra intervjuene.

Resultater

Legene mente god tilgjengelighet var avgjørende for at ungdom brukte HFU. Legene syntes jobben var meningsfull og følte de gjorde en forskjell for ungdommer som oppsøkte tilbudet. Legene verdsatte samarbeidet med andre yrkesgrupper og at jobben ga dem et avbrekk fra den vanlige legehverdagen. utfordringene de møtte var særlig knyttet til situasjoner der de måtte gjøre både juridiske og etiske vurderinger. I kommunikasjon med ungdom brukte legene et enkelt språk, de var nysgjerrige og unngikk å moralisere.

Konklusjon

Legene i studien hadde gode erfaringer med å jobbe i HFU. De opplevde godt samarbeid med annet helsepersonell, og de trivdes med å jobbe med ungdom. De fikk utbytte av jobben blant annet i form av takknemlighet fra ungdommene og avbrekk fra rutinepreget legehverdag. Oppgaven kan danne grunnlag for videre studier som tar for seg legens perspektiv på å jobbe i HFU.

Bakgrunn

Unge i dag kommer tidligere i puberteten, bruker flere år på utdanning og gifter seg senere enn tidligere generasjoner. Dette gjør at perioden et menneske befinner seg i overgangsfasen mellom barn og voksen varer lengre enn før. I Helsedirektoratets rapport «Helsetilbud til ungdom og unge voksne» (1) står det:

Spiseforstyrrelser, seksuelt overførte sykdommer, ulykker og mentale lidelser inkludert depresjon og ønske om å ta sitt eget liv, er eksempler på helseproblemer som er spesielt utbredt blant unge mennesker. Ungdom er også spesielt utsatt for ulykker. Videre er mobbing i skolen et økende problem, og for mange unge er skolehverdagen en helsemessig belastning.

I rapporten står det også at «grunnlaget for god helse legges i stor grad i ungdomsårene». Fordi mange av helseproblemene unge sliter med kan forebygges og fordi god helse i ungdomsårene kan legge grunnlaget for god helse også senere i livet, er det spesielt viktig med et godt helsetilbud til denne aldersgruppen. Foruten fastlegen, er det særlig én arena som er aktuell for norske ungdommer som ønsker hjelp i primærhelsetjenesten; helsestasjon for ungdom (HFU). Dette er et lovpålagt lavterskeltilbud til ungdom opp til 20 år som skal ha særlig fokus på å «fremme trivsel og mestring, forebygge uønskede svangerskap, forebygge og behandle seksuelt overførbare infeksjoner, samt forebygge og avdekke psykiske plager og lidelser» (2)

Helsestasjonstilbudet i Norge

I Norge har vi hatt helsestasjoner siden begynnelsen av 1900-tallet. Dette begynte som en tjeneste til spedbarn og mødre, men tilbudet utviklet seg etterhvert til også å omfatte eldre barn og ungdom. På 1980- tallet ble det opprettet rådgivningskontor for HIV og aids, disse ble senere til «prevensjonskontor» og er forløperen til det vi i dag kjenner som helsestasjon for ungdom (HFU). I 1991 hadde 12 norske kommuner tilbud om helsestasjon for ungdom (3), i dag er alle norske kommuner pålagt å ha et slikt tilbud.

I de nasjonale faglige retningslinjene for helsestasjon for ungdom (2) er det krav om at helsestasjonen skal ha tilgjengelig lege, om at den skal kunne gi ungdommer veiledning om

seksuell helse og gi prevensjonsveiledning og sikre tilgjengelig og sikker prevensjon. I tillegg er det et krav om at HFU skal tilby testing og behandling for seksuelt overførbare infeksjoner (SOI). Videre står det at HFU «*bør oppleves tilgjengelig og attraktivt for ungdommer i nærmiljøet*». HFU skal være et supplement til, ikke en erstatning for skolehelsetjenesten. Det anbefales at tilbudet skal ha et drop-in tilbud, ha åpningstider som gjør at ungdom slipper fravær fra skole eller arbeid for å oppsøke tilbudet, samt ha ansatte som har kunnskap om ungdomshelse og hvordan man kommuniserer med ungdom. HFU skal være gratis å benytte seg av.

I en rapport utarbeidet av Sex og Samfunn (4) som utkommer senere i år, har man sett på hva slags tilbud norske kommuner har om HFU. Av de 298 kommunene som besvarte undersøkelsen, oppgir 246 kommuner å ha et tilbud om HFU i egen kommune, mens 8 kommuner oppgir å ha tilbud om HFU i samarbeid med nabokommune. 44 av 246 kommuner oppgir at de ikke har tilbud om HFU. Innland er det fylket hvor flest kommuner ikke har et tilbud om HFU (n=12). I Troms og Finnmark svarte 6 kommuner at de ikke har et tilbud om HFU.

Av kommunene som har tilbud om HFU, har 90% lege tilgjengelig. Alle helsestasjonene tilbyr kondomer, men tilbudet om annen prevensjon - inkludert langtidsvirkende, reversibel prevensjon (LARC) - varierer. 249 helsestasjoner (98%) tilbyr testing for klamydia, mens bare 86% tilbyr behandling.

Helsestasjonene i norske kommuner opererer med ulike aldersgrenser. Gjennomsnittlig nedre grense er 13 år, mens gjennomsnittlig øvre grense er 23 år. (*Muntlig meddelelse Aurora Eck Nilsen, Sex og Samfunn, 27.05.21*).

Internasjonale retningslinjer for helsetjenester for ungdom

WHO publiserte i 2012 (5) retningslinjer for hvordan en helsetjeneste tilpasset ungdom bør utformes. De viktigste begrepene i disse retningslinjene er at helsetjenesten bør være «**equitable, accessible, acceptable, appropriate and effective**». Oversatt til norsk bør altså en ungdomsvennlig helsetjeneste være rettferdig, tilgjengelig, akseptabel, hensiktsmessig og effektiv.

I en begrepet **rettferdig** ligger det at helsetjenesten skal være tilgjengelig for alle, ikke bare grupper av ungdom. Helsepersonell skal behandle alle likt og med respekt, uavhengig av status, legning, politisk ståsted eller annet.

En **tilgjengelig** helsetjeneste skal være gratis eller så lavt priset at alle har råd til å benytte den. Lokalet hvor helsetjenesten holder til skal være lett å nå og åpningstidene skal være tilpasset. I tillegg skal ungdommen være informert om hvilke tjenester som tilbys og hvordan de benytter seg av dem.

Det viktigste kriteriet for en **akseptabel** helsetjeneste er at det finnes retningslinjer og systemer som sikrer pasientens konfidensialitet. De ansatte bør være motiverte for å jobbe med unge mennesker, ikke-dømmende og i stand til å gi pasienten tid. De skal kunne gi informasjon og støtte så pasienten kan ta egne valg basert på individuelle behov.

En **hensiktsmessig** helsetjeneste skal sikre at ungdommene får den hjelpen de trenger, enten på stedet eller via henvisning til andre instanser. Helsepersonellet skal gi hjelp med den eller de problemstillingene ungdommene kommer med, men også være i stand til å se forbi disse og adressere eventuelle bakenforliggende problemer.

I den **effektive** helsetjenesten har helsepersonellet retningslinjer og protokoller å jobbe etter. De innehar nødvendig kompetanse og arbeidsstedet har nok og tilstrekkelig utstyr til at de får utøvd sitt arbeid på best mulig måte.

Hva ønsker ungdom av helsetjenesten og av legen?

Det er særlig to ting ungdom verden over vektlegger som viktig når de søker helsehjelp. De ønsker å bli behandlet med respekt, og de ønsker at helsepersonell overholder taushetsplikten (5). Ungdom vektlegger faktorer som at legen må ha erfaring og kunnskap og være til å stole på for at de skal tørre å ta opp sine problemer. Det er også viktig at legen ikke er dømmende og at legen «ser» dem (6).

Jentoft har sett på ungdoms møte med HFU. Her kommer det fram at ungdom generelt har stor tillitt til tilbudet og at de ser på HFU som et trygt sted. De opplever det som positivt at helsestasjonen er gratis og at den har åpent på kveldstid. Ungdommene ser det som en fordel at helsepersonellet er kjent med ungdom, men ønsker samtidig en viss distanse – de

ønsker ikke å kjenne helsepersonellet for godt. Det er viktig for dem at helsepersonellet framstår som profesjonelle og at de overholder taushetsplikten. Ungdommene ønsker å bli møtt med imøtekommenhet, respekt og interesse. De ønsker ikke å bli fortalt hva de skal gjøre, men vil gjerne bli involvert i beslutninger som skal tas. Helsepersonellet må respektere ungdommens egne ønsker og holdninger. Ungdom ønsker at helsepersonellet forklarer godt og ikke bruker for vanskelige ord.

Valg av problemstilling

Jeg synes forebyggende helsetjenester er viktige. Tidlige tiltak og forebyggende helsearbeid kan ikke bare spare individet for belastninger, det er også samfunnsøkonomisk lønnsomt. Da tema for masteroppgave skulle velges, ønsket jeg derfor å fordype meg i et tema relatert til forebyggende helsearbeid. Jeg har gjennom arbeid i Medisinernes Seksualopplysning (MSO) undervist mange ungdommer i temaene kropp og seksualitet. Dette har vært et givende arbeid der jeg har fått øynene opp for ungdomsgruppens utfordringer og diversitet, og ikke minst ungdommens utrolige potensiale. Ungdom i dag bombarderes av informasjon fra mer eller mindre pålitelige kilder, og det er kjent at mange har utfordringer knyttet til kropp, selvbilde og seksualitet. Jeg tror at man som lege, og da særlig i en lavterskeltjeneste som HFU, er i en unik posisjon til å kunne påvirke ungdom til å ta gode og sunne valg. Med dette i bakhodet ble det naturlig å velge en oppgave som omhandlet leger i helsestasjon for ungdom.

Formål

Formålet med oppgaven var å undersøke legers opplevelser og erfaringer med å jobbe i helsestasjon for ungdom. Jeg ønsket å finne ut om de opplevde jobben som interessant og meningsfull og i tilfelle hva som bidro til dette. Videre ønsket jeg å se på hvilke utfordringer legene møtte i jobben. Til sist ønsket jeg å se på hvordan legene kommuniserte med ungdom.

Metode

Teorien i de påfølgende avsnitt tar utgangspunkt i 4. utgave av boken «Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag» av Kirsti Malterud, Universitetsforlaget 2017 (7).

I oppgaven ønsket jeg å se på legers erfaringer med å jobbe i helsestasjon for ungdom. Jeg var ute etter legenes erfaringer, tanker og holdninger mer enn tall og statistikk. Det ble derfor hensiktsmessig å velge kvalitativ metode. I følge Malterud egner kvalitative metoder seg «godt for utforsking av dynamiske prosesser som samhandling, utvikling, bevegelse og helhet». Det er en metode som egner seg når man ønsker «å få vite mer om menneskelige egenskaper som erfaringer, opplevelser, tanker, motiver og holdninger» og som «kan styrke vår forståelse av hvorfor mennesker gjør som de gjør».

Utvalg

I kvalitative studier bør utvalget være satt sammen på en slik måte at informantene kan belyse problemstillingen bredest mulig. Dette kalles et *strategisk utvalg*. Utvalget bør ha god variasjonsbredde, for eksempel med tanke på informantenes alder, kjønn og antall år de har jobbet. En god variasjonsbredde i utvalget vil kunne bidra til å belyse flere fenomener, og også til å beskrive flere nyanser av ett og samme fenomen.

I prosjektbeskrivelsen til oppgaven beskrev jeg at jeg ønsket å inkludere både allmennleger som aldri hadde jobbet i HFU og leger som hadde jobbet i HFU som informanter. Under forberedelsen av intervjuene ble det imidlertid besluttet bare å inkludere leger som hadde jobbet eller jobbet på HFU. Dette ble gjort ut fra en tanke om at disse legene treffer flere ungdommer enn den jevne allmennlege og at de derfor kunne bidra med større grad av informasjonsstyrke til oppgaven. Kravene til informantene ble derfor at de skulle være utdannet lege og enten jobbe eller ha jobbet i HFU. Oppgaven skulle kun inkludere fem informanter, og det ble ikke vurdert som hensiktsmessig aktivt å gå inn for å finne informanter med variasjon i kjønn, arbeidssted, alder eller fartstid i HFU. Jeg valgte derfor informanter basert på hvem som først svarte ja til å bli intervjuet. Mitt utvalg av informanter

er således både et strategisk utvalg (alle har jobbet på HFU) og et tilgjengelighetsutvalg (jeg valgt dem som først takket ja til intervju).

Mitt utvalg besto til slutt av fem informanter, fire kvinner og en mann. Fire av informantene jobbet i HFU på intervjutidspunktet, mens én tidligere hadde jobbet i HFU. Informantene jobbet alle i middels store norske byer. Tre av informantene var fastleger og ansatt på HFU i kommunal bistilling, mens to var fast ansatte leger i sin kommune og hadde HFU som en del av denne stillingen. Typisk hadde legene jobbet i HFU i 3-4 år.

Rekruttering

Jeg rekrutterte informanter på to måter. Den første var å søke opp aktuelle helsestasjoner på nett og kontakte disse via mail med informasjon om oppgaven og forespørsel om de hadde leger som ønsket å delta. Den andre måten å rekruttere på var å spørre legene som allerede hadde takket ja til intervju om de kjente til andre leger som kunne være interesserte i å delta. Når jeg hadde fått kontaktinformasjon til interesserte leger kontaktet jeg disse med mer informasjon om oppgaven og avtalte tid og sted for intervju. Legene fikk utdelt informasjonsskriv godkjent av NSD i forkant av intervjuet (vedlegg 1).

Datainnsamling, bearbeiding og analyse

Før jeg gjennomførte intervjuer, utarbeidet jeg intervjuguide (vedlegg 2). Denne inneholdt tema og spørsmål jeg mente det ville være viktig å diskutere for å belyse problemstillingen. Intervjuguiden ble diskutert og gjennomgått med veileder og medstudenter på workshop i kvalitativ metode. I etterkant av intervjuene ble de transkribert, og jeg begynte bearbeidingen av data. Bearbeiding og analyse ble gjennomført etter metoden *systematisk tekstkondensering* (Systematic Text Condensation – STC).

Intervju og transkribering

Jeg gjennomførte til sammen fem intervju, to høsten 2020 og tre parallelt med 5.års praksis våren 2021. To av intervjuene ble gjennomført ved personlig møte, mens tre av intervjuene ble gjennomført digitalt. Alle intervjuene ble tatt opp på båndopptaker. Malterud beskriver

at det kvalitative forskningsintervjuet bør være *semistrukturert*. Altså skal intervjuet ikke være uten mål og mening, men intervjueren må heller ikke låse seg til faste spørsmål eller forforståelse eller unngå å la informanten få fortelle fritt. I tråd med dette ble intervjuguiden under intervjuene brukt som rettesnor til hvilke tema jeg ønsket å komme inn på. Jeg forsøkte i størst mulig grad å la legene fortelle fritt om egne opplevelser og erfaringer. Intervjuguiden ble lett revidert etter at jeg hadde gjennomført de første intervjuene.

Transkripsjon fant sted innen få dager etter hvert enkelt intervju. Dette gjorde at jeg fikk et overblikk over hva informanten hadde lagt fokus på, samt hva som kunne være interessant å spørre neste informant nærmere om. Samtidig med transkripsjonen gjennomførte jeg første trinn i STC – jeg dannet meg et helhetsinntrykk og merket meg tema det kunne være aktuelt å se nærmere på.

Intervjuene ble slettet fra båndopptaker umiddelbart etter transkribering.

Bearbeiding og analyse

Etter å ha gjennomført og transkribert alle intervjuene hadde jeg et møte med veileder der vi diskuterte hvilke tema som best besvarte problemstillingen og som skulle inkluderes i oppgaven. Etter å ha bestemt dette gikk jeg i gang med andre trinn av STC – å identifisere de meningsbærende enhetene. I dette trinnet tok jeg for meg hvert enkelt intervju og markerte de delene som sa noe om et bestemt tema. Delene som sa noe om samme tema ble så systematisert og organisert – de ble kodet. Under kodingen samlet jeg de delene av hvert intervju som passet inn under samme hovedtema. Jeg begynte også så smått å se etter undertema og organisere ulike tekstbiter der de best hørte hjemme. Jeg laget samtidig kommentarer til utsagnene og markerte sitater jeg mente utmerket seg. Etter å ha ferdigstilt dette trinnet satt jeg igjen med et dokument for hvert tema der alle utsagn om temaet var samlet. Jeg laget også en liste som summerte opp hva de ulike legene hadde sagt og organiserte denne slik at det som var nevnt av flere fikk høyest prioritet.

Tredje trinn i STC var å kondensere innholdet i hver kodegruppe. Her brukte jeg dokumentene fra forrige trinn for å lage en sammenhengende tekst i jeg-format for hvert tema. Disse tekstene sammenfattet det informantene hadde sagt. Jeg var her nøye med å

bruke informantenes ord og vendinger og ikke blande inn egne fortolkninger. Jeg videreførte også arbeidet med å plukke ut såkalte «gullsitater».

Siste trinn i STC var syntese, å sammenfatte betydningen av de meningsbærende enhetene. I dette trinnet så jeg igjen på fellestrekk i informantenes historier og sammenfattet de viktigste funnene i sammenhengende tekst. For å sikre informantenes stemmer og å gi teksten liv ble det satt inn «gullsitater» mellom de analytiske tekstbitene.

Resultater

Under analysen var det fem tema som særlig utmerket seg som viktige for å belyse problemstillingen. Disse var *organisering, samarbeid, kommunikasjon, utbytte og utfordringer*. Dette var temaer alle informantene kom inn på, om enn i noe varierende grad.

I de følgende avsnitt har jeg valgt å bruke pronomenet «hun» i alle tilfeller der jeg beskriver utsagn fra en lege, uavhengig av om uttalelsen kom fra en mannlig eller kvinnelig lege. Alle utsagn og sitater er skrevet i presens, også der legen snakket i fortid. Legene har fått nummer fra 1 til 5. Nummeret er tilfeldig tildelt ved at jeg plottet legenes kallenavn fra transkripsjonen inn i dataprogrammet random.org. Navnet som så havnet øverst på listen fikk nr 1, andremann nr 2 osv.

Organisering

Alle legene understreket at de syntes HFU var et viktig tilbud til ungdom. De mente det var viktig for ungdommer å ha enkel tilgang på prevensjon, å kunne teste seg for seksuelt overførbare infeksjoner og ha et sted å henvende seg med bekymringer relatert til kropp og seksualitet. Flere av legene mente tilbudet om HFU var både kjent og verdsatt blant ungdom. Legene pekte på måten tilbudet var organisert som en viktig faktor til dette.

Lavterskel

Flere leger pekte på helsestasjonens tilgjengelighet som dens store fordel. Helsestasjonene lå sentralt plassert, var åpen på ettermiddagstid og hadde tilbud om drop-in. I tillegg var tilbudet gratis. Legene mente disse faktorene var medvirkende til at ungdom brukte helsestasjonen.

«Men bare det at vi har drop-in, for eksempel. Du kan bare møte opp, du trenger ikke ringe og bestille time, sånn som du må på et fastlegekontor. Så det er liksom veldig anonymt (...) Det er liksom veldig lavterskel, så jeg tror det er først og fremst det som gjør at de kommer dit. Tilgjengeligheten er helt avgjørende, tenker jeg». Lege 4

Anonymitet

Flere av legene mente at det for mange ungdommer var lettere å komme til HFU enn til fastlege med problemer knyttet til kropp og seksualitet. Legene trodde en viktig grunn til

dette kunne være at legen på HFU ikke kjente ungdommenes familie eller bakgrunn. Slik ble legen på HFU en anonym person som ikke stod i fare for å «avsløre» ungdommens problemer til foreldre eller andre.

«Ofte så er det jo ting de synes det er litt flaut å spørre om. Så jeg tror de setter pris på at de kan komme til en som bare er der da, også trenger de ikke se meg noe mer» Lege 4

Samarbeid

Samtlige leger trakk fram godt arbeidsmiljø og samarbeid med andre som viktige faktorer for at de trivdes på HFU.

Bedre sammen

Alle legene trakk fram samarbeidet med andre yrkesgrupper som en bidragende faktor til å gjøre arbeidet ved HFU interessant. Legene jobbet på helsestasjoner der både helsesykepleier, jordmor, psykolog og psykiatrisk sykepleier var representert. I tillegg var det på de fleste helsestasjonene ansatt flere ulike leger. Tilstedeværelse av yrkesgrupper med ulik bakgrunn og kunnskap, samt muligheten til å diskutere og rådføre seg med disse, ble trukket fram som viktig for å kunne yte best mulig helsehjelp til ungdommene. Flere leger poengterte at de ulike faggruppene som var representert på HFU til sammen kunne yte bredere og bedre helsehjelp enn legene ville kunne gjort alene. Samarbeid med andre ble også trukket fram som interessant og viktig for legen selv, da hverdagen som fastlege inneholdt lite tverrfaglig samarbeid. Lege 4 oppsummerer:

«Og det er jo også ganske uvant og deilig, å jobbe litt tverrfaglig. For det gjør vi jo ikke så mye i allmennpraksis. Så får man drøftet med andre fagfelt og sett problemene fra flere sider».

Helsesykepleiere – en ressurs

Særlig helsesykepleierne ble trukket fram som en ressurs, både for helsestasjonen som arbeidsplass og for ungdommene som benyttet den. Helsesykepleiere var representert ved alle helsestasjonene, og det var som regel disse som ledet virksomheten. Lege 5 beskrev

helsesykepleierne som «*flinke, strukturerte og ordentlige*», og som de som sørget for å organisere og koordinere helsestasjonens arbeid.

Flere leger trakk fram viktigheten av at helsesykepleier gjennom sitt arbeid ved helsestasjon for barn og i skolen kjente ungdommens familie, nettverk og bakgrunn. Både lege 3 og lege 4 mente helsesykepleierne for mange ungdommer nok fremstod mer tilgjengelige enn legen:

«...så ofte har jo de (helsesykepleierne) litt bedre kjemi og dialog med de litt mer utfordrende ungdommene. Fordi de ser dem liksom i hverdagen på skolene der de kjenner dem på en helt annen måte. Også tror jeg ofte at de synes det er litt annerledes å komme til en lege enn til en helsesykepleier. For de er litt mer sånn, jeg vet ikke... Tilgjengelige og litt mer på skolen, ikke sant. De vet hva som foregår i gangene og de er litt mer med, da». Lege 4

Samarbeid mellom HFU og fastlege

Flere av informantene fortalte at de ba ungdom ta kontakt med fastlege dersom ungdommen presenterte problemstillinger som var utenfor helsestasjonens kjerneområder eller problemer som krevde langvarig oppfølging. Det kom derimot ikke fram om legen selv kontaktet ungdommens fastlege for å få nødvendig bakgrunnsinformasjon eller tilleggsopplysninger der dette kunne være nyttig. Det kom heller ikke fram hvorvidt leger som jobbet i HFU delte sin kunnskap og erfaring med fastleger som ikke jobbet i HFU.

En av informantene hadde lang fartstid som fastlege. Hun fortalte at samtidig med at tilbudet om HFU i hennes kommune hadde blitt utvidet, hadde antallet konsultasjoner angående prevensjon og SOI i fastlegepraksisen gått ned. Også de andre fastlegene fortalte at de hadde «relativt få» konsultasjoner som omhandlet disse temaene i fastlegepraksis. Informantene hadde opplevd at ungdommer kom til HFU fra fastlege fordi denne for eksempel ikke kunne sette inn p-stav, og de hadde opplevd at fastleger hadde skrevet ut antibiotika mot klamydia som ikke var i henhold til retningslinjer.

At legen ikke kjente bakgrunn og familiehistorie til ungdommene som kom til HFU, ble også problematisert. Særlig kunne det være vanskelig når legen mistenkte omsorgssvikt, vanskelige hjemmeforhold eller liknende:

«Det er kanskje lettere i en fastlegehverdag, hvor du kjenner familien og har en historikk på de fra før. Men når de kommer sånn og man får litt inntrykk av at ting ikke er helt på stell...Da synes jeg ofte det er vanskelig» Lege 4

Kommunikasjon

I alle intervjuene ble det snakket mye om kommunikasjon. Legene hadde tanker om eget ansvar i kommunikasjonen med unge, om hva som fungerte godt og hva som fungerte mindre godt.

Legens ansvar – tørre å spørre

Ingen av legene syntes det var spesielt vanskelig å kommunisere med ungdom. De mente at hovedansvaret for å skape en god kommunikasjon lå på dem. De prøvde å «lese» hver enkelt ungdom for å kunne tilpasse seg denne. De inntok en voksen og profesjonell rolle, samtidig som de prøvde å fremstå tilgjengelige. Flere fortalte at de prøvde å skape en trygg atmosfære der det skulle være tid, rom og anledning til å spørre om alt. Særlig når legene oppfattet at en ungdom syntes noe var vanskelig å snakke om eller holdt noe tilbake, måtte de ta ansvar for å spørre. Lege 4 sa:

«Men hvis man først bare spør, tør å stille de spørsmålene, så blir jo mange ganske lettet og synes det er okei at man tar det opp. Så kan de som har tenkt på det selv liksom få lov til å drøfte det litt uten at de synes det er rart. Og det er nok mange ganger at man tenker at nei, dette kan man ikke spørre om. Men hvis man ikke spør så får man jo ikke et svar. Og hvis vi synes det er vanskelig å snakke om og spørre om så er det jo i alle fall vanskelig for pasienten å fortelle om det».

Tid og interesse gir god kommunikasjon

Alle legene mente det beste de kunne gjøre for å skape en god tone med ungdom var å være seg selv. Flere trakk også fram at det var essensielt å vise at man var nysgjerrig på og interesserte seg for ungdommens ståsted og behov. For å vinne ungdommenes tillitt og for å vise at hun var «interessert i personen, ikke bare problemet» hadde lege 5 god erfaring med

å snakke litt om løst og fast i begynnelsen av konsultasjonen. Lege 1 mente det viktigste var å gi ungdommene tid:

« Å bruke tid. Vise at jeg har tid. Uansett om jeg egentlig ikke har det, så prøver jeg liksom å leke at jeg har tid, sånn at det skal være mulig å ta opp ting. Og mange tør jo først å si det på vei ut, omtrent. Så det å vise at man er tilgjengelig og har tid og bryr seg er viktig». Lege 1

Enkelt språk, enkle forklaringer

Alle legene fortalte at de brukte et enkelt språk uten for mange medisinske uttrykk. De brukte ikke slang-ord eller ungdomssjargong, men «nøytrale, voksne ord» de selv var komfortable med. De var opptatt av å gi god og korrekt informasjon, men uten å overlesse ungdommene med unødvendige forklaringer. De la vekt på å være tydelige og brukte gjentakelser aktivt. Lege 1 og 5 fortalte at de gjerne brukte plansjer, tegninger eller andre visuelle hjelpemidler når de trengte å forklare noe mer inngående.

«Det er mye med ordbruk. At det ikke skal høres veldig rart og fjernt ut, for da mister man jo de fleste. Ikke bare ungdom. Man må prate så de forstår». Lege 1

Flere av legene fortalte at de var mer direkte og konkrete i kommunikasjon med ungdom enn med andre pasientgrupper. Legene 3, 4 og 5 mente at ungdom ikke bare satt pris på at legen var direkte, men at det også var nødvendig for å få dem til å forstå hva legen snakket om.

«Ungdom liker gjerne at man er litt mer direkte. At man liksom ikke går rundt grøten. Å spørre rett ut er bedre. De setter mer pris på det enn at man lirker og lurer og liksom prøver å grave fram noe sånn indirekte. Det.. Det skjønner de ofte ikke så mye av». Lege 4

Reflektere, ikke moralisere

Legene var enige om at å innta en ovenfra-og ned- holdning og å prate moral fungerte dårlig i møte med ungdom. Flere mente at legen ikke burde gi uttrykk for personlige meninger om tema som for eksempel seksualatferd eller rusbruk, da dette ville kunne komme i konflikt med ungdommens atferd eller meninger. Når legene traff ungdommer som bedrev skadelig,

ulovlig eller utagerende atferd, forsøkte de å få ungdommene til å tenke og reflektere rundt egen situasjon heller enn å kritisere og moralisere.

« Man må være litt nysgjerrig og høre litt på hva de tenker rundt situasjonen. I stedet for å si at det du gjør nå ikke er lov, så må man kanskje heller spørre: 'hva tenker du om dette? Har du reflektert over det og hvilke tanker har du gjort deg?' At man liksom får fram litt av deres holdninger før man begynner å komme med pekefingeren. For den pekefingeren fungerer ikke uansett(...) Men de må bare ha reflektert litt rundt det. Og det å få dem til å reflektere tror jeg er en viktig nøkkel, egentlig. Å stille dem de spørsmålene som gjør at de faktisk må tenke». Lege 4

Utbytte

Samtlige informanter fortalte at de trivdes med å jobbe på HFU. De beskrev det å jobbe med ungdom som interessant, men følte også at de fikk et personlig utbytte av jobben. Jobben gav dem variasjon fra deres vanlige arbeidshverdag og flere nevnte at de hadde lært ting på HFU som de hadde tatt med seg i arbeidet med andre pasienter.

Ungdom – en spennende gruppe på vei ut i livet

Ungdom ble av legene beskrevet som en gruppe med stort spenn i både alder og modenhetsnivå. Flere av legene trakk fram at ungdom stort sett var friske mennesker som kom til helsestasjonen for råd og veiledning mer enn for hjelp med kompliserte medisinske problemstillinger.

«Det er jo en veldig spennende gruppe, da. De er jo på vei ut i livet, på en måte. .. det er mer veiledning og prating enn kanskje legeoppgaver... Du skal ikke helbrede dem og gjøre dem friske, du skal bare veilede dem på livet, egentlig. Det er mange man kan få veiledet litt på riktig spor». Lege 4

En lege beskrev ungdom som «store nok til å ta en del valg, men likevel ganske unge og uvitende». Ungdom kom til HFU med problemstillinger som for dem kunne virke store og uoverkommelige, men som for legene kunne være relativt enkle å løse opp i. «Det er gjerne små problemstillinger de bare ikke har lært om enda». Alle legene oppfattet ungdommene

som takknemlige for hjelpen de ga, og syntes det var spennende og givende å få ta del ungdommenes hverdag.

«Det er interessant å være en som kan gi råd rundt ting som de... Som jeg vet at de går og lur på og som de kanskje ikke har så mange de kan spørre om, da. Som også kanskje kan oppleves som litt flaut og ubehagelig, på en måte. Så jeg synes det er morsomt, interessant å ha en sånn type rolle, rett og slett» Lege 1

Legens personlige utbytte

Alle legene fortalte at arbeidet på HFU ga dem et avbrekk fra deres vanlige hverdag som fastleger eller leger i kommunen. En lege fortalte at jobben skapte variasjon i en rutinepreget hverdag, mens andre satte pris på å få jobbe med konkrete problemstillinger eller slippe å forholde seg til svært syke pasienter med krevende sykdomsbilde og behov for langvarig oppfølging. Flere av legene fortalte at de likte å jobbe med barn og unge, og at HFU ga dem muligheten til dette.

Flere beskrev følelsen av å gjøre en forskjell for ungdommene som tilfredsstillende:

«Jeg føler at jeg får gjort en forskjell for mange av dem. Jeg føler meg bæret av at folk har lyst til å fortelle meg ting. At jeg får lov til å være den som kanskje kan hjelpe til, da». Lege 5

«Jeg opplever at ungdommene viser meg stor tillitt i å la meg komme inn på seg og være interesserte i å ta i mot det behandlingstilbudet som jeg kan gi». Lege 3

Flere leger fortalte at de ikke alltid kunne hjelpe ungdommene selv, men at de også så på rollen som portåpner videre inn i helsevesenet som viktig. Det var viktig for dem å gi ungdommene et godt møte med helsevesenet og sørge for at de fikk god hjelp videre:

«... men da tenker jeg jo at det har vært fint å ha vært det mellomleddet og ha funnet ut av noe, men kanskje ikke alt. Og sørge for at de får hjelp videre.» Lege 1

Flere av legene fortalte at de hadde lært ting av å jobbe på HFU som fikk bruk for også ellers i jobben som lege. En lege fortalte at hun hadde lært mye om tema som seksualitet og kjønnsidentitet, mens en annen satte pris på å få mengdetrening i praktiske prosedyrer som innsetting av spiral. En siste lege fortalte at hun gjennom jobben på HFU hadde blitt mer «frigjort» og lært å være mer direkte i kommunikasjon med pasienter.

Utfordringer

Selv om legene trivdes med å jobbe på HFU, var det også utfordringer knyttet til jobben. Utfordringene var særlig knyttet til unge med problemstillinger der legen opplevde konflikt mellom sin taushetsplikt og lojalitet ovenfor pasienten og sin opplysningsplikt ovenfor foreldre eller andre.

Under seksuell lavalder, eldre partner

Den utfordringen som hyppigst ble trukket fram, var når legen fikk kjennskap til jenter under 16 år i seksuelt forhold med mye eldre partner. Legene erkjente at dette var lovbrudd, og syntes det kunne være vanskelig å vurdere hvor grensen for å melde fra til for eksempel barnevern eller politi skulle gå. Mens legene ofte ønsket å gi jenta prevensjon for å forhindre uønsket graviditet, gjorde de seg også refleksjoner og tanker rundt jentas situasjon:

« ... men for meg så er det også mye bak det. For eksempel hvis en 13-åring er seksuelt aktiv så må man jo være veldig obs på at det hun utsetter seg selv for er frivillig og under greie forhold. (...) Men så kan det være noen med mange andre utfordringer og hvorfor er det egentlig de driver med sånt i det hele tatt? Eller har en sånn utagerende seksuell atferd, da. Da vil jo jeg gjerne tenke at det ligger noe annet bak.» Lege 1

Fortrolighet versus foreldres rett til informasjon

En lege beskrev at det var utfordrende når ungdom presenterte utfordringer der hun ble usikker på grensen mellom taushetsplikt og foreldres rett til informasjon for å kunne ivareta foreldreansvaret sitt. Det kunne være problemstillinger der ungdommen ikke ønsket å involvere foreldre, men der legen vurderte problemet til å være av så alvorlig karakter at foreldre burde involveres. For legen ble det da utfordrende å vurdere hvilket hensyn som skulle veie tyngst.

«... ungdom med problemstillinger hvor man er usikker på grensen mellom taushetsplikt og foreldres rett til informasjon for å ivareta foreldreansvaret sitt. Når det kommer fram alvorlig mistriksel, selvskading, spiseforstyrrelser, den type ting... Altså, hvor mye man kan eller skal love fortrolighet om temaer.» Lege 3

Diskusjon

De viktigste funnene i oppgaven handler om organisering av helsestasjonstilbudet, om tverrfaglig samarbeid og om kommunikasjon med ungdom. Videre forteller funnene at legene opplever jobb i HFU som interessant og givende, og begrunner dette. Funnene sier også noe om utfordringene legene møter.

Under bearbeiding og analyse av intervjuene ble jeg overrasket over hvor mye likt legene hadde svart. Eksempelvis kom alle legene inn på samarbeidet med andre ansatte på helsestasjonen uten at de ble spurt direkte om dette. De oppgir stort sett de samme grunnene til at de finner jobben interessant, og de vektlegger mange av de samme utfordringene. Flere av legene svarer at de ikke har noen bevisst strategi i kommunikasjon med ungdom, men metodene de bruker er likevel ganske like.

I de følgende avsnitt vil se nærmere på tema som ble vektlagt av en eller flere informanter. Jeg vil også forsøke å knytte funn i oppgaven opp mot allerede eksisterende viten.

Helsestasjonens rammer og organisering

WHO's retningslinjer for hvordan en helsetjeneste for ungdom bør være utformet (5), sier blant annet at helsetjenesten bør være tilgjengelig og hensiktsmessig. Nasjonale retningslinjer (2) gir føringer for hvordan HFU skal organiseres. Helsestasjonene informantene jobber ved oppfyller i stor grad disse retningslinjene. Tilbudet er gratis, tilbyr drop-in og har åpent på ettermiddags – og kveldstid. Alle helsestasjonene har informasjon om sitt tilbud på nett, og flere bruker sosiale medier aktivt for å nå sine lokale ungdommer.

Under intervjuene har jeg ikke spurt informantene om de kjenner til eller har satt seg inn i de aktuelle retningslinjene. Informantene var likevel enige om at måten helsestasjonen var organisert på, var bidragsytende til at ungdom brukte tilbudet. De mente at tilgjengelighet og type tilbud var avgjørende for at ungdommer brukte HFU. I studier som har sett på hvilke faktorer som er viktige for at ungdom vil bruke helsetjenester (8, 9) vektlegges tilgjengelighet og konfidensialitet. Dette kan tyde på at måten HFU er organisert på fungerer, både for legene som jobber der og for ungdommene som bruker tilbudet.

Tilbud til gutter

De nasjonale retningslinjene (2) anbefaler at HFU «bør iverksette tiltak for å nå gutter i større grad». Forslag til tiltak som kan få flere gutter til å oppsøke HFU er blant annet å ha egne «guttedager» og å ansette mannlig personell. Kun to av legene i min studie jobber ved en HFU som har eget tilbud til gutter. En annen lege jobber sågar ved HFU som tidligere har hatt et slikt tilbud, men hvor tilbudet er fjernet fordi «det var så dårlig besøkt».

Legene som jobber på HFU med eget tilbud til gutter forteller at tilbudet er mindre besøkt enn når de har åpent for alle, men at tilbudet likevel er viktig. De har opplevd at gutter synes det kan være vanskelig å benytte en tjeneste som i stor grad er tilrettelagt for jenter. Den eneste mannlige informanten trekker fram at mange gutter nok kan synes det er betryggende med en mannlig lege. Disse legenes opplevelser støttes av en studie som så på kjønnsforskjeller i bruk av helsestasjon for ungdom (10).

Konfidensialitet

Flere av informantene mente at det kunne være lettere for ungdom å komme til lege på HFU enn til fastlege med problemer relatert til prevensjon og seksualitet. Dette ble begrunnet med at ungdom var redde fastlegen skulle bryte taushetsplikten og fortelle om deres problemer til foreldre eller andre. Legenes mistanker støttes av en studie der man fant at unge var skeptiske til å diskutere helseproblemer med fastlegen nettopp av frykt for at foreldrene skulle få vite hva de hadde tatt opp (6).

Samarbeid

Informantene vektlegger samarbeid og mulighet for å diskutere og rådføre seg med andre yrkesgrupper som en viktig bidragsyter til å gjøre jobben på HFU interessant. Gjennom samarbeid mener legene at de kan yte bedre og bredere helsehjelp til ungdommene. Legene tror det kan være en barriere for mange ungdommer både å oppsøke hjelp og å vite hvor de skal henvende seg, og det derfor er viktig med et lavterskeltilbud som gir dem hjelpen de trenger – enten på stedet eller ved å henvise videre til riktig instans. Igjen handler legene i

tråd med nasjonale og internasjonale retningslinjer (2, 5) som sier at en hensiktsmessig helsetjeneste som også skal kjenne til og kunne henvise til andre aktuelle hjelpetilbud.

Samarbeid med andre blir også beskrevet som viktig for legene selv, i det de ulike yrkesgruppene kan lære av hverandre. En av informantene, som jobber som fastlege, forteller om lite samarbeid og tverrfaglig arbeid i fastlegehverdagen. Kanskje indikerer dette at noen fastleger ønsker mer samarbeid også i fastlegepraksis, og at HFU representerer en arena der interesserte fastleger får muligheten til nettopp dette.

Manglende samarbeid med fastleger?

Ingen av informantene forteller om samarbeid med fastleger. De problematiserer likevel situasjoner der kommunikasjon og samarbeid med ungdommens fastlege kunne vært viktig. Særlig gjelder dette i situasjoner der helsestasjonslegen trenger informasjon om ungdommens bakgrunn og familiehistorie.

En mulig grunn til at informantene ikke nevner samarbeid med fastleger, kan selvfølgelig være at undertegnede ikke har spurt om dette i intervjuene. Jeg fikk derimot ikke inntrykk av at det foregår noe aktivt samarbeid mellom leger i HFU og fastleger. Dersom det er tilfelle at det foregår lite eller ingen samarbeid mellom disse, mener jeg at dette burde utforskes nærmere. Kanskje har begge grupper noe å lære av hverandre, og kanskje ville de - i alle fall i en del tilfeller - i samarbeid kunne yte bedre hjelp enn alene.

Kommunikasjon

Flere av legene forteller at de ikke har noen bevisst strategi når de kommuniserer med ungdom, annet enn «å være seg selv». Legene mener også at det er deres ansvar å spørre ungdommene og å grave i også det ungdommene ikke forteller. De nasjonale retningslinjene for HFU (2) sier blant annet at helsepersonell skal være oppmerksomme på og utforske nærmere dersom «årsaken til kontakten virker uklar eller det er indikasjoner på at ungdommen har andre underliggende årsaker til henvendelsen enn det som formidles innledningsvis». Når legene spør om og undersøker underliggende årsaker til kontakten med helsestasjonen, handler de altså i tråd med nasjonale retningslinjer.

Informantene i studien forteller at de bruker et enkelt språk og ikke bruker ungdomsslang eller ord de ikke selv er komfortable med. Legenes strategi støttes av en studie som blant annet sier ungdom har dårligere vokabular enn voksne, og at legers bruk av ungdomsspråk kan bidra til å fremmedgjøre legen (11). Å gi ungdommene tid og å starte konsultasjonen med å snakke om noe annet enn det medisinske problemet, slik lege 1 og 5 fortalte at de gjorde, støttes av samme studie.

Roller legen tar i kommunikasjonen med de unge – med å bruke enkelt språk og å lytte og spørre spørsmål, samsvarer med hvordan ungdom ønsker at leger skal opptre (9). Både legene og ungdommene beskriver det å «ikke gå rundt grøten» som en strategi som fungerer. Dette kan tyde på at legenes antakelser om at ungdom liker at legen er direkte, stemmer. Når legene utforsker ungdommens perspektiv og får dem til å reflektere i stedet for å moralisere, følger de ungdommens ønske om å bli involvert og å ikke bli fortalt hva de skal gjøre.

Utbytte

Alle informantene forteller at de trives med å jobbe i HFU. Grunnene til at de trives så godt, kan være mange og sammensatte. For eksempel forteller flere av legene at de alltid har likt å jobbe med barn. Kanskje tyder dette på at de har en underliggende omsorg for barn og ungdom som de får brukt på helsestasjonen. En lege forteller at hun gjerne ville blitt barnelege, men ikke orket å se veldig syke barn på barneavdeling. For henne gir jobben mulighet til å jobbe med barn, men uten at hun trenger å se de sykeste. At helsestasjonen gir mulighet til å jobbe med unge mennesker utenfor sykehus og vaktbelastning, er også en fordel.

Legene beskriver at de på HFU ofte er mer «rådgiver» enn lege, og at de gjerne tar seg tid til å prate med ungdommene. Ungdom beskriver at de har tillitt til leger på HFU (9). Kanskje opplever legene at ungdom hører mer på dem enn det andre pasienter gjør. Når ungdommene samtidig er takknemlige for hjelpen de får, er det kanskje naturlig at legene opplever det som tilfredsstillende å jobbe med ungdom.

Flere av legene beskriver jobben på HFU som et avbrekk fra en legehverdag som ellers er preget av mye rutinearbeid og syke pasienter med behov for oppfølging. Fordi ungdom ofte

kommer med problemer som er enkle for legen å løse, representerer ungdommen også et avbrekk fra de «vanskelige» pasientene. Når legene på helsestasjonen opplever å kunne hjelpe mange, forsterker dette legens følelse av å gjøre en forskjell og å være til nytte.

Utfordringer

For informantene er det særlig to situasjoner som oppleves utfordrende ved HFU.

Situasjoner der legen får kjennskap til jenter under den seksuelle lavalder (<16år) som er seksuelt aktive med vesentlig eldre partner skaper både juridiske og etiske dilemma for legene. Det samme gjør situasjoner der ungdom presenterer så alvorlige problemstillinger at legen ønsker å involvere foreldre eller foresatte, men hvor ungdommen ikke ønsker dette.

I begge tilfeller er det en rekke lover som legene både må kjenne til og kunne vurdere opp mot hverandre. For eksempel er det i helsepersonelloven (12) nedfelt bestemmelser om meldeplikt, mens pasient- og brukerrettighetsloven (13) i stor grad ivaretar pasientens interesser. Taushetsplikten gjelder, men har særlige bestemmelser for barn mellom 12 og 16 år. I vurderingen av lovverket må legene ta en rekke individuelle hensyn og vurderinger, som blant annet hvor moden jenta er, hvor langt unna den seksuelle lavalder hun er og hvor mye eldre partneren er. I tillegg til de juridiske vurderingene kommer en rekke etiske vurderinger. Legen må for eksempel vurdere hvilke konsekvenser det vil få for ungdommens tillitt til helsepersonell og for fremtidig legesøkning dersom legen bryter ungdommens ønske om å ikke melde fra.

Det finnes ingen entydige svar på hvordan situasjonene legene beskriver som utfordrende skal eller bør løses. I litteraturen blir det blant annet foreslått at man allerede i begynnelsen av en konsultasjon med ungdom opplyser om taushetsplikt og mulige situasjoner der legen kan bli nødt til å informere andre (11, 14). Informantene forteller at de ofte rådfører seg med annet helsepersonell og også diskuterer saken med den aktuelle ungdommen. Å diskutere med ungdommen, og å gi denne beskjed dersom man velger å melde forhold videre til andre, er i tråd med hvordan ungdom selv ønsker at legen skal opptre (9).

Diskusjon av metode

Formålet med studien var å få innsikt i legers erfaringer og opplevelser rundt det å jobbe i HFU. Dette er faktorer som vanskelig lar seg måle kvantitativt. En kvalitativ tilnærming, med intervju der legene fikk fortelle sine egne historier, var derfor en hensiktsmessig metode for å besvare problemstillingen. Som analysemetode fungerte systematisk tekstkondensering godt. Det var en tidkrevende prosess, men gjorde også at jeg ble godt kjent med materialet.

Oppgavens styrker og svakheter

En styrke ved oppgaven er at den gir stemme til deltakerne. En annen styrke er utvalget. I følge Malterud (15) kan utvalget i kvalitative studier være mindre enn i kvantitative studier, særlig dersom utvalget har god *informasjonsstyrke*. Med informasjonsstyrke menes at jo mer relevant informasjon et utvalg gir, dess mindre utvalg kan man tillate. Mine informanter var erfarne helsestasjonsleger og ga i intervjuene rikelig og bred informasjon som var relevant for å belyse problemstillingen. Informasjonen informantene ga samsvarte i stor grad, noe som kan peke i retning av at også andre kan ha liknende opplevelser og erfaringer. En siste styrke er at det foreligger lite eller ingen litteratur på området oppgaven dekker. Det finnes generelt lite litteratur og forskning rundt helsestasjon for ungdom. Oppgaven representerer derfor forskning på et område som er lite utforsket, og kan danne grunnlag for videre forskning.

Antall informanter kan også være en svakhet ved oppgaven. Med kun 5 informanter er det usikkert i hvilken grad resultatene er overførbare til andre leger som jobber i HFU. At det foreligger lite litteratur på området har gjort det vanskelig å diskutere funn i oppgaven opp mot eksisterende viten.

At undertegnede er uerfaren med kvalitativ metode og har utført studien alene, kan ha både styrker og svakheter. En styrke er at jeg ved å ha utført alle trinn i studien har blitt godt kjent med materialet og således bør ha sett flere nyanser enn om jeg bare skulle ha gjennomført deler av studien. Gjennom å være uerfaren har jeg kanskje lagt merke til andre aspekter og nyanser enn en erfaren forsker ville gjort. En ulempe er at jeg som uerfaren kanskje har hatt vanskelig for å løsrive meg fra det jeg på forhånd visste eller antok om problemstillingen og således har vært mer farget av forforståelse enn en erfaren forsker ville ha vært. Særlig

synes jeg intervjusituasjonen var utfordrende, der det var vanskelig å finne balansen mellom å skulle holde en viss struktur på intervjuet og å la informanten fortelle fritt om egne opplevelser og å stille spørsmål rundt disse. Informasjonen fra deltakerne, og derfor også resultatene, kunne nok blitt rikere om jeg hadde hatt mer trening i *critical incident technique* (16).

Mulige implikasjoner av funn i oppgaven

Så vidt jeg har kunnet finne, finnes det ingen andre studier som ser på perspektivet til helsestasjonslegen. Denne studien har forsøkt å se dette perspektivet, og det kommer fram både likheter og forskjeller i legens opplevelser. I tråd med at norske myndigheter ønsker å styrke satsningen på HFU og gjennom *Kompetanseløft 2025* (17) har laget en strategi for rekruttering, kompetanse og fagutvikling i kommunal helse-og omsorgstjeneste mener jeg at legens perspektiv burde være gjenstand for videre forskning. Dersom myndighetenes strategier skal kunne gjennomføres, er vi avhengige av at leger ønsker å jobbe i HFU. Det kan for eksempel være interessant å se på hva som skal til for å rekruttere gode og interesserte leger til HFU, og det kan være interessant å se hva legene mener bør til for å styrke HFU som tilbud til ungdommer.

Konklusjon

Legene i studien opplever jobben ved helsestasjon for ungdom som interessant og meningsfull. De synes HFU er et viktig lavterskeltilbud til ungdom, og finner det meningsfullt å veilede ungdommer i problemstillinger ungdommene ellers ikke har så mange å diskutere med. De føler seg privilegerte som får jobbe med en gruppe i utvikling, og føler at de bidrar til å gjøre en forskjell. For legene representerer jobben også et avbrekk fra den vanlige legehverdagen, og de setter pris på samarbeid med andre yrkesgrupper i HFU. Utfordringene legene møter er ofte knyttet til situasjoner der både juridiske og etiske vurderinger må gjøres. I kommunikasjon med ungdom bruker legene et enkelt språk, de er nysgjerrige og utforskende og de unngår å moralisere.

Meg bekjent finnes det ikke tidligere forskning som ser på legens opplevelse av å jobbe i helsestasjon for ungdom. Heller ikke internasjonalt finnes det litteratur som tar for seg legens perspektiv på å jobbe i tilsvarende tjenester. Helsedirektoratet har en målsetting om å styrke tilbudet om HFU (17). Leger er viktige for at HFU skal kunne gi et godt og helhetlig tilbud. Dersom man skal klare å gjennomføre en styrkning av tilbudet, bør man også se på hvilke faktorer som kan gjøre HFU til en attraktiv arbeidsplass for leger. Denne studien kan danne grunnlag for videre forskning.

Referanseliste

1. Helsedirektoratet. Helsetilbud til ungdom og unge voksne. 2012. Report No.: IS-2044.
2. Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje for helsestasjons-og skolehelsetjenesten [27.05.2021]. Available from: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten/helsestasjon-for-ungdom>.
3. Økland T, Glavin K. På ungdoms premisser : helsestasjon for ungdom. Oslo: Akribe; 2005.
4. [Sex og Samfunn]. Available from: <https://sexogsamfunn.no/om/>.
5. World Health Organization. Making health services adolescent friendly: developing national quality standards for adolescent friendly health services. 2012.
6. Malik R, Oandasan I, Yang M. Health promotion, the family physician and youth: improving the connection. Family practice. 2002;19(5):523-8.
7. Malterud K. Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag. 4. utg. ed. Oslo: Universitetsforl.; 2017.
8. Gleeson CR, Robinson MB, Neal RD. A review of teenagers' perceived needs and access to primary health care: implications for health services. Prim Health Care Res Dev. 2002;3(3):184-93.
9. Jentoft G. Tillitsfulle stemmer: Unges møte med helsestasjonen. Nordic: Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap; 2005.
10. Olsen RE. Kjønnforskjeller i bruk av helsestasjon for ungdom. Helsesøsters opplevelser av og erfaringer med gutters bruk av helsestasjon for ungdom. UiT Norges arktiske universitet; 2014.
11. White B, Viner RM. Improving communication with adolescents. Arch Dis Child Educ Pract Ed. 2012;97(3):93-7.
12. Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven) [LOV-2021-05-07-34:[Available from: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>.
13. Lov om pasient og brukerrettigheter (pasient og brukerrettighetsloven) [LOV-2021-05-07-34:[Available from: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>.
14. Haavet OR. Ungdomsmedisin. Oslo: Universitetsforl.; 2005.
15. Malterud K, Siersma VD, Guassora AD. Sample Size in Qualitative Interview Studies: Guided by Information Power. Qual Health Res. 2016;26(13):1753-60.
16. Hughes H, Williamson K, Lloyd A. Critical incident technique. Exploring methods in information literacy research. 2007;28:49-66.
17. Helsedirektoratet. Strategier og tiltak i Kompetanseløft 2025 2021 [cited 2021 01.06]. Available from: <https://www.helsedirektoratet.no/om-oss/forsoksordninger-og-prosjekter/kompetanseloft-2025/strategier-og-tiltak-i-kompetanseloft-2025>.

Vedlegg

Vedlegg 1 – Informasjonsskriv

Vil du delta i forskningsprosjektet «Fastlegers arbeid med ungdom 13-20 år» ?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke fastlegers erfaringer med arbeid med ungdom i alderen 13-20 år. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Formålet med oppgaven er å undersøke hvordan fastleger, og da særlig de som jobber i helsestasjon for ungdom, opplever møtet med ungdom i sin praksis. Jeg ønsker å se på hvordan de forbereder seg til møtet med unge pasienter og på om de tar spesielle hensyn med tanke på kommunikasjon, undersøkelse og behandling. Videre ønsker jeg å finne ut om legene opplever det som meningsfullt å jobbe med ungdom, og om de lærer noe i møte med denne gruppen som de tar med seg i arbeidet med andre pasientgrupper.

Masteroppgaven skrives som en del av medisinstudiet ved Universitet i Tromsø, Norges Arktiske Universitet. Arbeidet påbegynnes i løpet av 4. studieår og avsluttes før sommeren i 5. studieår, i dette tilfellet før 1.juli 2021. Oppgaven vil basere seg på intervju med omtrent fem fastleger.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Universitetet i Tromsø, Norges Arktiske Universitet, er ansvarlig for prosjektet. Masterstudent er Marie Kristine Grundt-Ileby. Hovedveileder er May-Lill Johansen ved Institutt for samfunnsmedisin, mens Øystein Hetlevik ved Universitet i Bergen er biveileder

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du får spørsmål om å delta fordi du er fastlege og jobber i helsestasjon for ungdom. Til oppgaven skal det intervjues tilsammen omtrent 5 fastleger som enten jobber eller har jobbet i helsestasjon for ungdom.

Hva innebærer det for deg å delta?

I oppgaven benyttes kvalitativ metode. Det vil gjennomføres et ~~semistrukturert~~ intervju som tas opp som lydopptak og transkriberes så fort som mulig etter gjennomført intervju. Etter transkripsjon slettes lydopptaket.

Intervjuet gjennomføres av medisinstudent Marie Grundt-Ileby og vil vare ca 40 min – 1 time.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

Det er bare medisinstudent Marie Grundt-Ileby og veileder May-Lill Johansen som vil ha tilgang til dine personopplysninger. Lydopptaket som gjøres under intervjuet vil transkriberes så raskt som mulig, normalt innen et par dager, etter intervjuet. Transkripsjonen gjøres av Marie Grundt-Ileby. Inntil transkripsjon vil lydmaterialiet oppbevares kryptert, sikkert og utilgjengelig for andre. Lydopptaket slettes umiddelbart etter transkripsjon.

Dine persondata vil anonymiseres og opplysningene du gir vil ikke kunne spores tilbake til deg.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Opplysningene anonymiseres når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, noe som etter planen er innen utgangen av juli 2021.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- å få slettet personopplysninger om deg, og
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra *Universitetet i Tromsø, Norges Arktiske Universitet* har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Universitetet i Tromsø, Institutt for Samfunnsmedisin ved førsteamanuensis May-Lill Johansen. Telefon [REDACTED]
- Medisinstudent Marie Grundt-Ileby. [REDACTED]
- Vårt personvernombud: Joakim Bakkevold, personvernombud@ult.no

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost (personverntjenester@nsd.no) eller på telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

May-Lill Johansen
(Forsker/veileder)

Marie K. Grundt-Ileby
(Medisinstudent)

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet *Fastlegers arbeid med ungdom 13-20 år* og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

å delta i intervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 2 - Intervjuguide

Intervjuguide

1) Åpningsspørsmål

- Hvor mange pasienter har du på din fastlegeliste?
- Hvor mange av disse er ungdom, altså i alderen 13-19 år?
- Hvor lenge har du jobbet som fastlege / i HEU?
- Hvor mange konsultasjoner med ungdom (13- 19 år) antar du at du har pr uke i gjennomsnitt? Hvor mange i egen praksis og hvor mange på HEU?
- Hvor mange timer i uka jobber du på HEU?

2) Hoveddel

- Kan du fortelle litt om grunnen til at du begynte å jobbe på HEU?
 - Tilfeldigheter? Hvis tilfeldig; er du nå fornøyd med at det ble dette, eller vil du søke deg til noe annet om du får sjansen? Er dette en jobb du kunne tenke deg å fortsette i eller vil du søke deg bort så fort du får muligheten? Hva er det i såfall som gjør at du vil fortsette / slutte?
 - Spesiell interesse? I så fall: Vet du hva som vekket denne interessen? Var det en konkret episode eller hendelse du kan fortelle om?
 - Hadde du erfaring med jobb med ungdom før du begynte i HEU? Hvordan tror du dette påvirket deg til å ville/ ikke ville jobbe videre med ungdom?
 - Hva husker du om undervisningen i ungdomsmedisin fra studiet? Hva lærte du der som du bruker i din jobb med ungdom i dag? Synes du denne undervisningen forberedte deg på konsultasjoner med ungdom?

2.1 Mer praktiske spørsmål

Disse spørsmålene tenker jeg kan gi en pekepinn på trender og kanskje også på om legens kjønn, alder og holdninger spiller inn på hva ungdommene tar opp

- Hvilke problemstillinger er det ungdom oftest tar opp med deg? (Hva var temaet i den siste konsultasjonen du hadde med ungdom? Er dette et vanlig tema i dine konsultasjoner med ungdom?)
- Er tema for konsultasjonene forskjellig i fastlegepraksis og HEU?
- Opplever du at tema for konsultasjonene har forandret seg noe siden du begynte å jobbe? I hvilken retning? Hvilke problemstillinger er vanlige nå som ikke var vanlige før? Hva har ~~ett~~ «forsvunnet»?
- Er det temaer du opplever at ungdom synes det er vanskelig å snakke om? Hva snakker de lett om?
- Er det temaer eller situasjoner du synes er utfordrende? Hvilke situasjoner er det? Har du eksempler? Hva gjør du i slike situasjoner?
- Bygge tillitt;
 - Har du noen tanker om hva DU kan gjøre for at ungdommene skal stole på deg?
 - Har du noen konkrete eksempler på hva du gjør for å bygge tillitt hos ungdommen?

- Opplever du at ungdom bruker lengre tid enn andre pasientgrupper på å bygge tillit?
- Merker du noe til om antall konsultasjoner kan ha noe å gjøre med hva de tør å ta opp?
- Tror du din alder og ditt kjønn har noe å si for hva ungdommene tør å ta opp med deg?

2.2 Hva gir jobben deg?

- Synes du det er meningsfullt å jobbe med ungdom? Hvorfor? Hvorfor ikke?
 - Kan du fortelle om episoder der du opplevde at du gjorde en forskjell?
 - Og motsatt, episoder der du følte at du ikke strakk til?
 - Hva gjorde du/ gjorde du ikke som førte til at du satt igjen med en god/ dårlig opplevelse etter episoden?
- Er det episoder/ konsultasjoner/ møter som har fått deg til å forandre hvordan du ser på det å jobbe med ungdom?
 - Hvilke endringer har disse episodene ført til? Hva gjør du annerledes nå enn da du begynte å jobbe?
 - Er det episoder/ erfaringer med ungdom som har ført til at du også har endret hvordan du møter andre pasientgrupper?

2.3 Kommunikasjon

- Har du gjort deg noen erfaringer eller tanker om hva som er lurt å gjøre når du skal snakke med unge?
- Motsatt – hva opplever du at IKKE fungerer?
- Har du eksempler på episoder / konsultasjoner hvor kommunikasjonen har gått lett eller trått?
 - Hvilke tanker har du om hva som fikk kommunikasjonen til å flyte lett/ være vanskelig?
 - Lærte du noe av dette som du har tatt med deg videre?
 - Gjør du noe annerledes nå enn da du var fersk lege?
- Er du bevisst på språket?
 - Bruker du ord/uttrykk når du snakker med disse som du ikke bruker i konsultasjon med voksne? Eksempler?
 - Har du noen erfaringer med hva som fungerer godt og hva som fungerer dårlig? (eks for mye slang?)

2.4 Undersøkelse og behandling

- På fastlegekontoret. Får ungdom raskere time/ setter du av lengre tid? Hyppigere oppfølging?
- (Tar du spesielle hensyn når undersøke/ behandle ungdom? Særlig mer «invaderende» undersøkelser som f.eks GU
 - Setter du av ekstra tid? Hvorfor/ hvorfor ikke?
 - Forklarer du prosedyrer mer inngående til ungdom enn til voksne?
 - Er det oftere andre tilstede under undersøkelsen? Hjelpepersonell, foreldre, venner av ungdommen etc?
 - Har du gjort deg opp noen erfaringer om hva som er lurt å gjøre/ hva du må unngå når du undersøker ungdom?)
 -
- Har du gjort noen bevisste valg om hvordan du ønsker å fremstå? Nøytral? Unngår du visse ting?
 - Klesvalg? Sminke, statements?
 - Offentlige holdninger? Eks politisk, religiøst.
 - Sosiale medier? Er du bevisst på hva du legger ut/ hvem du legger til/ lukkede profiler?
- Har du/ dere gjort noe med praksisen/ kontoret for å «invitere» ungdom?
- Er det noen forskjeller rundt rammene på kontoret/ HGU som du tenker gjør det lettere/ vanskeligere for ungdommen å ta opp ulike ting de ulike stedene?



**Vedlegg 1: VEILEDNINGSKONTRAKT FOR MASTEROPPGAVE MEDISIN
VED DET HELSEVITENSKAPELIGE FAKULTET**

Kontrakten leveres Seksjon for utdanningstjenester, Det helsevitenskapelige fakultet.

1 STUDENTENS PERSONALIA

Etternavn: GRUNDT-ILEBY
Fornavn: MARIE KRISTINE
Studieadresse:
Postnummer/-sted:
Telefon:

2 AVTALEPERIODE

Avtalen gjelder fra 4/11-19 til 1/7-2021

3 VEILEDNING

Angi hovedveileder og biveileder(e). En av veilederne må være fast vitenskapelig ansatt ved Det helsevitenskapelige fakultet. Hvis veileder planlegger å ha forskningstermin i kontraktperioden, skal studenten informeres om dette når prosjektbeskrivelsen utarbeides. Veileder er i samarbeid med enheten ansvarlig for å sikre studenten veiledning i hele kontraktperioden.

Veileders navn og institutt MAY-LILL JOHANSEN ISM
Biveileders navn og institutt
Biveileders navn og institutt
Veileder skal ha forskningstermin i perioden:

Veilederen skal:

- gi råd om formulering og avgrensning av tema og problemstilling
- drøfte og vurdere hypoteser og metoder
- gi hjelp til orientering i faglitteratur og datagrunnlag (bibliotek, arkiv, etc.)
- drøfte opplegg og gjennomføring av fremstillingen (disposisjon, språklig form, dokumentasjon etc.)

- holde seg orientert om progresjonen i masterstudentens arbeid, og vurdere den i forhold til prosjektplanen, drøfte resultater og tolkningen av disse
- gi studenten veiledning i forskningsetiske spørsmål knyttet til forskningsprosjektet

Studenten forplikter seg til å legge fram rapporter eller utkast til deler av oppgaven for veileder, samt i sitt arbeid å etterleve forskningsetiske prinsipper som gjelder for fagområdet.

Begge parter har krav på jevnlig kontakt og orientering under arbeidets gang.

4 MASTEROPPGAVEN

Tittel: *Allmennlegets møte med "kidda": Kvalitative intervju med fastleger og leger i helsetasjon for ungdom*

5 RESSURSBRUK

Enhet prosjektet skal utføres ved: *Institutt for samfunnsmedisin*
Samarbeidspartnere av teknisk eller vitenskapelig art:

6 ENDRINGER/BRUDD PÅ KONTRAKTEN

Alle endringer i veiledningskontrakten underveis i studiet (endring av prosjekt, veileder, forlengelse av kontraktperiode og lignende) skal informeres om til Seksjon for forskningstjenester ved Det helsevitenskapelige fakultet.

Brudd på kontrakten skal behandles av Konfliktrådet ved det Helsevitenskapelige fakultet.

7 UNDERSKRIFTER

Undertegnede er kjent med ovenstående retningslinjer som legges til grunn for samarbeidet i den faglige veiledning. Det er både veileder og studentens ansvar at planen blir fulgt, både innholds- og framdriftsmessig.

Sted/dato: *Tromsø, 6/11-19* Underskrift: *May-Ann Johansen*
Veileder:

Biveileder:

(Biveileder):

Student: *Håvard Grøndt-Heløy*