

"Hvorfor gå på skolen når vi like gjerne kan spise matpakken hjemme?"

Om ungdoms interesse for helse og helsepedagogikk

Ola Stafseng

Ungdomar är ofta föremål för hälsouppllysning. Ändå ställs få, kritiska frågor om hur hälsoperspektiven ser ut från de ungas sida. Artikeln försöker först att tydligt avgränsa de hälsoproblem och -perspektiv som är speciella för ungdomstiden. Det är nödvändigt för en mer systematisk analys av hälsopedagogikens problem. Med hjälp av Basil Bernsteins begrepp *klassifisering* och *ram* introduceras en sådan analys.

Ola Stafseng är sociolog och forskare vid NAVF's Program for ungdomsforskning i Oslo. Artikeln är baserad på långvarigt arbete med allmän ungdomsforskning, men också fördjupningar inom hälsoarbete och inläringsteori.

Opgaven her er å forbinde sentral viten i ungdomsforskningen med helsepedagogikk generelt, og mer spesielt å vise noen områder der ungdomsforskningen kan belyse helsespørsmål som er relevante for ungdom.

Innledningsvis er det et spørsmål om hva som er ungdommens reelle problemer, hva som er helseproblemer og de unges erkjente eller uerkjente interesser i disse spørsmålene. Når emnet er 'ungdom og helse' er det vanligste at vi finner en 'skjult læreplan': Antakelsen om at 'noen' vet hva som er helseproblemene, og hva som er i ungdommens egentlige eller beste interesse.

Det første vanlige problemet på området er mangelen på diskusjon om læreplan ('pensum', helse som emne) og pedagogikk (hvordan skal man kommunisere om helse som emne?). Ofte er årsaken helseprofesjoner uten skolering i didaktikk og pedagogikk, noe som i praksis fører til forvirrende kommunikasjon. Det

andre vanlige problemet er mangelen på en analyse av ungdoms allmenne og spesielle egenskaper, noe som lett fører til feilaktige fortolkninger og bedømmelser av normal og avvikende atferd i denne livsperioden.

Det er ikke mulig her å foreta en utfyllende belysning av disse problemene, men noen hovedperspektiver og synspunkter fra relevant forskning fra de siste 10–15 årene kan iallfall åpne feltet for bedre og bedre diskusjon. Siden dette skjer i et Sosialmedisinsk tidsskrift bør jeg også understreke at jeg er forankret i en sosiologitradisjon som etterstreber en integrasjon mellom forskning og sosialfilosofi, eller mellom kunnskap og meta-kunnskap (epistemologi).

Helse, sykdom og livsløp

Alder og livsløp virker på en dynamisk måte organiserende på aldersgrupper, utviklingsoppgaver og -problemer, psykologiske og sosiale særegenheter, osv. Å være ung betyr også særegene relasjoner og holdninger til helse, sykdom og død. Dette er opplagt i en generell tilnærming, fordi det finnes gode biologiske og demografiske grunner til ulike interesser og perspektiver mellom barn, ungdom, voksne og eldre. Samtidig kan konkrete samfunn eller bestemte samfunnsforhold gi ulike ungdomssituasjoner eller forhold mellom generasjonene: Kriger, arbeidsløshet, hungersnød, narkotika eller klasseforhold har ikke samme betydning eller konsekvenser for alle aldersgrupper.

Personer med helseutbildning saknar vanligen skolning i didaktik och pedagogik. Det kan leda till förvirrad kommunikation

Slike generelle forhold er det viktig å betrakte fra en historisk og global vinkel. Voksne idag som hadde sin barndom og ungdom i mellomkrigstiden i Norden lærte å frykte epidemiske sykdommer på en særegen måte, det var alvor i forbud mot å spytte på plattformen på jernbanestasjonen, det fantes frykt for smittefare ved å låne bøker på bibliotek o.l. 'Helse' betyr idag noe annet for palestinsk ungdom (i 'Intifadaen') enn for skandinavisk ungdom, men er det ikke nokså urimelig og snevert at vi ikke har mere 'solidariske helsebegreper'?

Med livsløp som referanseramme kan vi identifisere konkrete interesser eller synsvinkler som er forankret i alderstrinn: Nyfødte barn har som barn en relativt høy dødsrisiko som først og fremst engster foreldre, mens barn mellom 1 og 14 år har en lav risiko for sykdom og død – og den viktigste fare er ulykker. Selv om farene for ulykker deles med ungdom over 14 år, så har de ikke felles grunner og perspektiver: Barn risikerer liv og helse fordi de er små, svake og maktesløse overfor et samfunn som er skapt på voksnes premisser, mens ungdomsulykkene i hovedsak er relatert til deres egen eksperimenterende og risikotakende atferd. I andre samfunn og tidligere tider led barn og ungdom under dårlige sjanser til å overleve barndommen og ungdommen, vi vet for eksempel mye om forhold da bare 50 % av et årskull ville passere 15 års alder – og må undre oss over de mentale konsekvensene av å være 16 år når du har opplevd halvparten av dine søsken og jevnaldrende som avdøde. Den store kontrasten er nordiske samfunn de siste 20–30 årene, der ungdom har fått gode grunner til livsperspektiver der de ser seg selv som usårbare – noe som er kombinert med svært kortsiktige (og bekymringsløse) tidsperspektiver. I livsløpet er årene kring 40 et vendepunkt i vår kultur, overgangen til stadig mer kritiske faser ('nedturen'). Men dette vendepunktet skaper også grunnlaget for å se og forstå kritiske relasjoner mellom aldersgrupper: For eksempel de i førtiårene som omdanner egne livskriser til bekymringer for de unge, for eksempel innser man i denne alderen at det ikke lenger nytter å røyke som om man

Personer i fyrtioårsaldern som gör om egna livskriser till problem för de som är unga

Särskilt under tonåren finns starka ideal för ett liv som års sundt, starkt, rent och ambitiöst

var evig ung og uvitende, hvorpå egne problemer blir transformert til kampanjer mot røykning blant tenåringer. Omkring donasjon av kroppsdelar finnes det også en generasjonsmessig interessestruktur, der særlig de over 40 år har interesse av kampanjer som øker ungdommens helsebevissthet, og aktive valg av å stille opp som donorer dersom de kommer ut i ulykker som nettopp unge mennesker ofte gjør.

Økt fokus på livsløp er en vei til bedre forståelse av aldersspesifikke interesser i (ulike) helsespørsmål, såvel som interessekonflikter mellom aldersgrupper. Med en god teoretisk plattform er det også lett å utvikle et kart over skifter i perspektiver gjennom livsløpet. Således kunne det også bli mulig å observere noen mulige endringer i hva ungdom ser som sentrale helseproblemer: Gjennom de siste 20–30 årene har massmedia gjort de voksnes liv synlig for ungdommen, og bekymringenes fordeling mellom generasjonene kan ha endret seg til at det mest slående er de unges bekymringer over foreldregenerasjonens usunne livsstiler.

Ungdom, helse og risiko

En mer konkret tilnærming til ungdomsproblemer må bygge på at tenårs- og ungdomstid er livets sunneste stadie, allment sett. Særlig tenårene og deres psykologi inneholder de sterkeste idealer (eller normer) for sunne, sterke, rene og ambisiøse liv og livsstiler.

Samtidig tilsier våre erfaringer fra dette århundret at hovedtruslene mot en slik generell beskrivelse er fattigdom og/eller sosial ulikhet. Dette betyr konkrete sosiale omstendigheter som reduserer den allmenne adgang til anstendige nivåer for utdanning, levekår, livskvalitet, sysselsetting m.v. gjennom ungdomsfasen.

Sviktende levekårsnivåer blant ungdom har to ulike implikasjoner. For det ene kan det dreie seg om at selve ungdomslivet for noen eller mange kan være preget av dårlige levekår i en fordelingsbetydning. Det finnes mange eksempler på utdanningsystemer eller ungdomsarbeidsmarkeder som har en slik karakter. Men uavhengig av slike faktorer, kan svært ulike vilkår i

14-, 16-, 18- eller 20-årsalderen avløses av en tilnærmet "utjevning": Tross ulikhet mellom ungdommer kan alle ha adgang til et anstendig voksent liv dersom man unngår sterke skadevirkninger av en 'moderne fattigdom' som begrenser seg til ungdomsfasen. For det andre kan ulike eller dårlige levekår i ungdomsalderen tilhøre en bestemt epoke, og en bestemt *kohort* kan utvikle helseproblemer som forfølger denne kohorten gjennom livsløpet (slik f.eks. det moderne narkotika-problem kan sees). Slike kohortproblemer er ikke begrenset til perioder med ekstrem fattigdom som i tredivetårene i våre samfunn, men også perioder med sterk sosial endring (anomiske tider for Emile Durkheim). Slike måter å stille problemene på er viktig både for helse og ungdomsproblemer, fordi vi blir tvunget til å skille mellom tre ulike tidsbegreper: Fødselstidspunktet bestemmer *generasjonens tid* (som også er 'din tid'), mens 'ungdom' betyr en *livsfase* innenfor livsløpets logikk, og generasjonen såvel som livsløpet er relatert til *historisk tid* og dermed samfunnsmessige faser.

Disse tre tidsbegrepene er viktige å skjelne fra hverandre i analysene av ungdomsrelaterte helseproblemer. Men de er gjensidig relaterte og avhengige på kompliserte måter: Noen ganger lever de unge i 'ungdommens æra' med sterkt sammenfall mellom faktorene, slik det for eksempel er for mannlig ungdom i krigerske tider (jfr nazitiden og HitlerJugend). Det er ikke bare retorikk å motstille 'warfare' og 'welfare' for å understreke de klareste forskjeller i aldersgruppens vilkår i ulike epoker. Det viktige er at den historiske tid ved sosial endring kan reflekteres i (noen) unges atferd, slik vi så ved de første 'moderne' (eller egentlige 'mods') i én endringsperiode (i England og Sverige). På samme måten har vi de siste 10–15 år sett tendenser til svært sunne livsstiler med idealistiske begrunnelser blant mange unge, noe som heller må fortolkes som "tidsånden" enn som "ungdommelige verdier". På den annen side har vi en særegen generasjon som vokste opp i en ekstrem økonomisk krise mellom 1. og 2. verdenskrig og lærte en skjønnhetsnorm som sa at "han var en pen mann, både blek og fet" (en klasse- og tidsbestemt skjønnhetsnorm). Da denne generasjonen ble foreldre etter 2. verdenskrig ble også deres spebarn og småbarn preget av det idealet om "fete og bleke barn" som bedre tider ga muligheter til. Det har vært

.....
Individualiseringen inneholder experiment med identiteter och roller, vilket även innefattar att ta risker med kropp och hälsa

problematiske for helseprofesjonene å intervenere mot denne generasjonens kroppsidealer for småbarn da de også ble besteforeldre. Idag kan vi observere noe av det samme problemet i enkelte innvandrer-kulturer.

En slik tilnærming etterlater ikke mange aldersspesifikke helseproblemer som kan knyttes uavhengig til *ungdom* i livsløps- perspektivet, som et utviklings- og modningsstadium. Den seksuelle, emosjonelle, intellektuelle og sosiale modning kan være tidlig eller sen, støyende eller stille, men ikke et 'problem' i alvorlig mening. Men det kan være nødvendig å skille mellom det man på engelsk kaller 'adolescence' og 'youth' eller 'ungdom' som enten tenåringer eller unge voksne, noe har blitt tydelig og nødvendig ved den forlengede ungdomsalder de siste 10–15 årene (Stafseng 1984). Imidlertid er det slik at den forlengede ungdomstid skaper særegne helseproblemer, men de befinner seg utenfor denne drøftingen.

Men i en kort skisse skal to typer aldersspesifikke problemer nevnes. For det første, ungdom som stadig blir tidligere modne forblir lengre innenfor trykket av familien som en intimsfære alle skal mestre, samtidig som selve utviklingsproblemet innebærer konfliktfylte oppgaver: Lydighet og avhengighet i motsetning til fristilling og autonomi. Slike innelukkede paradokser kan lett skape aldersspesifikke helseproblemer av psykisk eller sosial karakter, såsom suicidal atferd eller selvmord, seksuelle overgrep, hjemløshet, o.l. For det andre, i forlengelsen av at selve individualiseringsprosessen inneholder eksperimentering med identiteter og roller, impliserer dette marginale versjoner som risikofylt eksponering av kropp og helse. Men 'risiko-taking' som ungdommelighet er noe vanskelig å tilskrive alderen alene, og dernest atskille fra den symbolske og verbale kommunikasjon mellom unge og deres eldre motparter: I noen norske lokalsamfunn har bestemte former for konkurrerende bilkjøring utviklet seg til en slags "russisk rulett"; man kjører mot hverandre og den første som viker har "tapt" (Øia 1987). "Hooligans" på fotballens eller ishockeyens tribuner leder

.....
Tobak og sex är några av de få symboler som finns kvar för att markera att man är (nästan) vuxen
.....

ofte til en annen type eskalerende kriser, og er også et eksempel på at det grunnleggende budskap kan forståes som "vi er UNGDOMMEN". Men dette er tvetydig, for meningen kan enten være at "fordi vi er ungdommen er det vi som tør å ta risikoer og lære av det", eller "fordi vi er ungdommen markerer vi utfordringer for dere som er barnslige eller voksne pyser". Den første versjonen er noenlunde rendyrket utvikling av kollektive symboler, mens den andre er mere innviklet kulturell kommunikasjon eller konflikt i et bredere alderssystem.

Det generelle problemet som her under diskusjon gjelder definisjoner eller avgrensning av helse spørsmål i relasjon til ungdom – hva er temaet eller objektet? De mest typiske, spesielt innenfor helsepedagogikk i Norden, er tobakksrøyking og bruk eller eksperimentering med alkohol eller narkotika (derav forkortelsen ANT). På grunn av HIV/AIDS-faren er også ungdommens seksuell liv tilbake i gammelkjent posisjon. Disse tradisjonelle helsetemaene har imidlertid svært ulik plass i det analytiske feltet som hittil er trukket opp. For eksempel kan man se tobakk og sex som noen av de få symbolene som finnes (tilbake) for å markere at man er (nesten) voksen, hvilket betyr at disse er relatert til ungdomsalderen nettopp på denne tvetydige måten som ble beskrevet ovenfor. Mens det andre eksemplet kan være at narkotika ikke lenger er grunnleggende et ungdomsproblem, men et generasjonsproblem som får stadig mindre betydning som et ungdomsspesifikt tema.

Disse betraktningene leder til det sentrale og vanskelige helsepedagogiske problem: Blant forskere vil det være rimelig oppslutning om det synspunkt at for 15–20 år siden var narkotika et særegent ungdomsproblem (en måte å uttrykke og markere ungdommelighet på), og problemets statistiske omfang ble bestemt av hvor stor andel av de unge som ble attrahert av eksperimenteringen. Idag vil omfanget være bestemt av de kohorter som ble rekruttert til disse vanene dengang, mens en synkende andel av unge som eksperimenterer

også innebærer stadig mer marginal rekruttering. Det er dette man kan kalle et generasjons- eller kohortproblem, istedenfor et ungdomsproblem. Dersom man så avgrenser et problemfelt bestående av narkotika, sex med HIV-risiko og prostitusjon, så vil heller ikke observerte nykommere i dette feltet som er 14–15 år gamle være det samme som et *ungdomsspesifikt problem*: Dersom problemer som prostitusjon, narkotikamisbruk og HIV-smitte i hovedsak er relatert til aktører i alderen 25–45 år som problemets 'community', så vil det selvsagt finnes rekrutteringsprosesser og rekrutter – på samme måten som et Rolling Stones i aktivitet som 50-åringer vil influere tenåringer til å lage egne rockeband som spiller Stones-musikk. Et tydeligere eksempel kan være at eksistensen av et godt symfoniorkester i Norge vil gjøre det fornuftig og attraktivt for noen få unge å bli avvikende, klassiske musikere i sin ungdomsperiode. Men dette musikalske "avviket" har ikke noen forankring i deres 'ungdom' eller ungdomsperiode i noen dypere betydning. Fenomenet er knyttet til det faktum at grunnleggende (kulturelle) aktiviteter i et samfunn vil skape rekruttering. Samtidig er det også slik at unge mennesker er de beste rekrutter til alle aktiviteter. Men dette er ikke en 'sosial lov' om ungdommen fordi vi da vil overse at det samme prinsippet også gjaldt for "bestemødre mot atomvåpen" som rekrutteringsprosess til politisk aktivitet.

Det læreplanteoretiske problem

Skolen, fritidsinstitusjonene og høyere utdanning har en generell forpliktelse til å kvalifisere barn, ungdom, lærere og forskere i helse spørsmål rent allment. Innenfor denne rammen er det mer spesielle "ungdom og helse", og da oppstår det problemet som er drøftet ovenfor – nemlig om avgrensning og bestemmelse av tema, emne eller objekt. Dette er innledningen til det læreplanteoretiske i helsepedagogikken.

Et hovedspørsmål var om ungdom har interesser *av* eller *i* helse spørsmål. Diskusjonen så langt om forholdet mellom ungdommen og helse spørsmålene viser noen av problemene med å bestemme feltet – altså tematiseringen. Samtidig kan vi forutsette at ingen annen aldersgruppe har et så umiddelbart forhold til helse- eller sunnhetsspørsmål som ungdom (det måtte i tilfelle være barn). Dette er livsfasen med høye idealer og sterk bevissthet om alt som truer liv: Miljø og øko-

logiske spørsmål, krig og fred, avstandstaken fra gif-ter, doping og narkotika osv. Samtidig er ungdom svært kritiske mot voksnes dobbeltholdninger, med ulike normer for ungdommen og seg selv. Disse gene-relle standpunktene kan være for generelle, slik at vi overser at *noen* unge ikke er interesserte i helsespørsmål overhodet, og at *noen* unge er for mye interesserte i helsespørsmål (slik at det blir usunt).

Dette generelle standpunktet må gjøres til en forut-setning i læreplan-avklaringen – fordi det er avgjøren-de om man bygger på tillit til ungdom, dette gjelder også for bestemmelsen av hva temaet er. Det blir et neste problem hvordan man skal ordne det faktum at 'ungdom' ikke er homogene, men heterogene.

Når eller hvis en helsepedagogikk for ungdom får vanskeligheter, er det delvis på grunn av en læreplan som forutsetter ungdommens manglende egenintres-se, kombinert med den antakelse at voksne (eller spesi-alister) er de beste til å lage (den gode) læreplanen. Men voksne(forskere, lærere, foreldre) har sine "ves-ted interests" i en slik læreplan, i betydningen prinsipi-pene for hvordan kunnskapsfeltet skal struktureres: Disse prinsippene kan begrepsfestes ved et skille mel-lom svak og sterk *klassifisering* (Bernstein 1974). *Sterk* klassifisering betyr at det er viktig å atskille kunnskap og kunnskapselementer langs imaginære x- og y-akser i kunnskapsfeltets rom, og leder til en såkalt 'kolleksjonskode' i ordningen av kunnskap. Etter et slik prinsipp tilhører alkohol og narkotika to ulike kolleksjoner på læreplanens kart, for eksempel av kje-miske grunner. Med *svak* klassifisering er det viktigste å *holde sammen* kunnskap og kunnskapselementer, og det leder til en 'integrasjonskode' i ordningen av kunns-kap og læreplan: Hvis narkotika og doping i idretten har *noen* sammenfallende egenskaper er det ikke så strengt om sammenhengen er logisk og sterk, for det er selve kunnskapsstrategien å utvikle og jakte på forhold-ene mellom elementer (av mening eller kunnskap) i kunnskapsfeltets rom.

Læreplanproblemet ved 'helselære' eller 'helsepe-dagogikk' blir derved tradisjonene, fordi de sier at de logiske elementer som må holdes sammen (og atskilles fra andre) er Alkohol–Narkotika–Tobakk. Hvis de hø-rer sammen er det gjennom bruken og brukskonteks-tene, og det betyr igjen at sammenhengen er knyttet til kulturelle forhold og kulturell mening. Når disse ele-

Alkohol-Narkotika-Tobak, jag kan inte se någon annan anledning till att hålla dessa ämnen sam-man än en den dolda läroplanen för morallära

mentene først er forankret i kultur, så atskilles de igjen i sub-kulturer – og tillægges ulike betydninger innenfor en heterogen ungdomsbefolkning. Tobakksrøyking er i vestlige land stadig klarere knyttet til arbeider- eller underklassen, og det å røyke i ungdommen kan da sees som foregriping av ei framtid i arbeiderklasse-yrker. Alkohol i en (sub)kulturell betydning er ikke 'alko-hol', men øl, vin eller brennevin – som har hver sine sosiale og kulturelle definisjoner, samtidig som de samlet er betydningselementer for ungdom som er lo-jale og lydige overfor voksnes normer. Narkotika er relatert til lovbrudd og kriminalitet, og bruk er i ut-gangspunktet ikke sammenlignbar med alkohol. Disse korte beskrivelsene er introduksjoner til hvordan A-N-T ramler fra hverandre, dersom det ikke fantes en kunstig kode som holdt dem sammen. Denne kunstig-heten vil dernest lage store vansker i en undervisnings-situasjon, fordi tobakk i en kulturell kode ikke kan gjø-re ikke-røyking til det store idealet uten å si at 'alle' bør aspirere til å bli middelklasse. Siden vi nå har tolket tobakksrøyking som element i arbeiderklasseforbere-delser, må nødvendigvis den helsepedagogiske "kul-turarbeider" stille opp med en røykfri bygningssnek-ker som et mulig ideal.

Jeg kan ikke se noen annen grunn til å holde disse emnene sammen enn at dette er den skjulte læreplan for en morallære, der det i og for seg er logisk at emne-ne passer godt inn i de moralske relasjoner mellom det voksne samfunn og ungdommens sub-samfunn. Men læreplanteoretisk er problemet den sterke tradisjone for en sterk klassifisering og en kolleksjonskode i all-mennhet (skolepolitisk), og delvis mønsteret av inte-ressegrupper bakom emnene. Likevel kan det ligge dyktig arbeid fra lærere og planleggere i dette feltet for å skape en intern mening og logikk, og således kamu-flere de egentlige problemer.

De logiske alternativer kunne teoretisk sett bli ut-viklet langs to linjer. For det første kunne det innenfor tradisjonen med sterk klassifisering skapes et (viten-skapelig sett) mer logisk og integrert emne, i retning av

''kropp, helse & samfunn'', som kunne inkludere narkotika, miljøproblemer og idrett i samme temafelt. Det andre alternativet ville være å åpne feltet eller problemstillingene for den svake klassifiseringens prinsipp. Helsespørsmålenes læreplan ville da variere i tid og rom, mellom steder og tidspunkter. Det kan ligge mye fornuft i slike argumenter: Hvis vi befinner oss på Norges nordligste kystlinje (eks Honningsvåg), vil helsespørsmål blant ungdom være knyttet til fiske, arbeidsløshet, utenlandske fiskebåter, avgiftsfrie varer, (båt-)prostitusjon, røffe livsstiler og skjerpede skiller i synet på kjønnsrollene – alt i nokså tette lokalsamfunn med forestillinger om egalitet og nærhet. På den andre side ville en tilsvarende skisse av helsespørsmål blandt ungdom i en større by i Sør-Sverige (eks Malmö) legge vekt på: Verfts-tradisjoner i forfall og omdanning av arbeidslivet, det multikulturelle lokalsamfunn der 'samfunn' er blitt til 'subkulturer', og det helsemessig interessante er å forstå forskjellene mellom islamske og kristne synspunkter mellom kjønnsroller, seksualitet, kroppsideologi, narkotika og alkohol.

Disse drøftingene og begrepsdannelsene er ikke ment for konklusjoner. Læreplan-problemet skal illustrere betydningen av en sterkere vitenskapelig tilnærming til ''hva er problemet?'' i en helsepedagogikk. En videre utvikling av dette problemet vil bli mer komplisert, fordi implikasjonene av de begreper som er skissert leder over til bredere problemer ved de positivistiske tradisjoner i medisinsk og sosiologisk forskning.¹ Imidlertid kan vi vende tilbake til utgangspunktet, og si at ungdom *kan* være interesserte i helsespør-

mål, men at det avhenger av kongruens mellom disse interessene og måten problemene stilles på.

Det pedagogiske kommunikasjonsproblem

Mine egne erfaringer innenfor helsepedagogikk er først og fremst knyttet til didaktiske og kommunikasjonsteoretiske problemer. Men før jeg drøfter de begrepsmessige spørsmål er det nødvendig å summere noen hovedstandpunkter i dette feltet, slik de ble utviklet i det moderne narkotikaproblems første periode:

Den interne ''tostegs hypotese'': Å skape oppmerksomhet mot helseproblemer som er i vekst, slik det var med narkotikaproblemet, kan være kontraindisert og få en eskalerende virkning på selve problemet. Fenomenet har vært gjenstand for forskning, og blir forklart ved mediaforskningens tostegs hypotese: Når medias eller læreres budskap er at ''narkotika er et farlig onde'' er effektene en dagsorden-funksjon for 'narkotika'. Selve *verdi*-standpunktet der man sier ''ja'' eller ''nei'' til å bruke narkotika er et steg II i denne kommunikasjonsprosessen, og økende dagsorden-effekter kan derfor bli flere ''ja'' selv om dette er et minoritets-synspunkt innen ungdomsbefolkningen. Mange kampanjeledere og lærere kan derfor (uintendert) øke problemer de har til hensikt å bekjempe (Bråten 1971, 1983).

''Vekk ikke den sovende björn'': Det finnes alltid noen segmenter i ungdomsbefolkningen som er svært sensitive på hvordan det voksne samfunn definerer normalitet og problematferd. God og dårlig atferd inngår også i den kulturelle hierarkisering av pene og mindre pene mennesker på mikro- og makronivåer, og det å fange inn og bruke slike målestokker inngår i de unges utvikling av kulturell kompetense. Å presentere 'narkotika er dårlig' som allmenne fakta i et klasserom leder derfor umiddelbart til kulturelle transformasjoner, for eksempel at 'bare dårlige jenter og gutter bruker narkotika'. I prosessene utenfor og i klasserommet leder slike definisjoner til to komplementære konsekvenser: 'Gode' jenter og gutter relaterer seg umiddelbart til de 'dårlige' såsnart ''problemet'' setter dagsorden, gjennom understatement og meta-kommunikasjon (kroppsspråket som forteller at ''dette er viktig for *dere*''). På den andre siden får også 'dårlige' jenter og gutter 'oppskrifter' for videre valg av symbolske handlinger, når man får dårlige karakterer oppfatter

¹ Problemet er for stort til en fullverdig diskusjon. Men det kan illustreres ved at jeg fullt ut aksepterer en årsak-virkning analyse av sykdom og helseproblemer, også når vi kommer til problemer som er relaterte til livsstiler: Harde statistiske data viser samvariasjon mellom foreldre med alkoholliberale holdninger og barnas senere alkoholproblemer. Men når vi kommer til omsetting av denne viten i en helsepedagogikk kan vi ikke bygge læreplanen på en type ekstrakt av en slik kunnskap, fordi vi har beveget oss til en ny sosial kontekst. Mitt grunnleggende synspunkt er at innsamlingen og spredningen av vitenskapelig kunnskap er to vesensforskjellige sosiale aktiviteter med ulike sosiale regler, også når innholdet er i samme felt. I en mer ambisiøs framtid kan imidlertid forholdet mellom disse aktiviteter utvikles gjennom vitenskapelig krea-

man i en periode at voldsvideoer er oppskriftsmessig aktivitet (Roe 1983).

Disse problemene var relle nok, og er fremdeles gyldige problemer. I helsepedagogikken inngår de i prinsippene for ordning av sosiale relasjoner, hovedsaklig i diktomier og triangler: For det første i diktomien lærer–elev, og dernest i trianget elev–elev overfor læreren. Begrepsfestingen av problemene handler om et kart for pedagogiske relasjoner og deres strukturer, noe som fanges inn ved begrepet 'ramme' eller 'innramming' (Bernstein, op cit): *Sterk* ramme uttrykker et ensidig og entydig autoritets-system, der lærer definerer godt og dårlig, relevant og irrelevant i helsespørsmål. Begrepet innebærer i og for seg ikke autoritære relasjoner, men gitte og uforanderlige relasjoner – i motsetning til åpne. Derav følger at *svak* ramme betyr åpne sosiale relasjoner i pedagogiske kontekster.

Dersom helsespørsmål i en pedagogisk sammenheng betyr temaer som inneholder verdi- eller kulturkonflikter, da innebærer sterk ramme risiko for at konfliktene eskalerer. Men dette er ikke helt absolutt, fordi en sterk lærerautoritet kan brukes til å stille Sokratiske spørsmål til skoleklassens sunne og idealistiske elite om hvilke bidrag de yter til alles helse. På den annen side kan en svak ramme innebære friere åpninger for stereotypier og fordommer, eller dynamiske og sunne sosiale konflikter mellom ungdom omkring de gode løsninger på dagens helsemessige utfordringer.

Innenfor skillet mellom svak og sterk innramming er det muligheter for å analysere forskjellene mellom monologiske og dialogiske kommunikasjonsstrategier i utdannings- og oppdragelsessammenhenger. Samtidig er det sammenstillingen av dimensjonene klassifisering og ramme, prinsippene for den tematiske orden og den relasjonelle orden, som utgjør det analytiske kartet.

Læreplanproblemet dukker nemlig også opp igjen innenfor kommunikasjon og (sosio)didaktik. For eksempel kan den autoritære måten å definere helsespørsmål på gjentas innenfor begge dimensjoner, både som læreplanløsning og innrammingen av relasjonen voksen–ungdom. Eller vi kan finne løsninger som ble meget populære før 1980-tallets helseopplysning, der man kombinerte sterk klassifisering og svak ramme:

Dette betyr att ''vi'' vet hva temaet og problemet er, men det er ''ditt valg'' – gjennom metoder for ''value clarification'' eller andre liberale strategier. Implikasjonene kan være svært problematiske, selv om man får en kortsiktig løsning på ramme-problemet: Vindrikkeren med logiske og verbale begrunnelser kan ha utviklet sine resonnementer i klasserommet, samtidig som den tause og innadvendte med sniffelukten har lært samme sted at språket er for vanskelig. Egentlig burde slike pedagogiske løsninger utsettes for grunligere analyser for å få bredde i forståelsen av helsepedagogikkens problemer.

Slike analyser leder lett tilbake til en sammenstilling av egenskaper ved ungdomsfasen, de læreplanteoretiske spørsmål og den sosiodidaktiske analysen. Det er viktig at man erkjenner noen særegne problemer ved enhver ungdomspedagogikk, blant annet de paradokser og ambivalenser (av typen 'kjærlighetshat') som er typiske for voksen–ung relasjonene. Det er også et slikt paradoks som ligger til grunn for den halve løsningen i en liberal pedagogikk som sier ''det er ditt valg'', fordi dette bare er en strategi for å unngå negative eller uintenderte konsekvenser av en læreplan som blander sammen fakta og etikk. Men ungdom er ikke så enkle. Noen, mange eller alle avviser på den ene side (illegitim) autoritet, mens de *alle* på den andre siden stiller krav om etiske holdninger som en dimensjon ved det å være *voksen*. Dette er den pedagogiske felle.

REFERANSER

- Bernstein, B's Kodeteori. Red. Enggaard & Poulsgaard, København 1974.
- Bråten S: Dialogens vilkår i datasamfunnet. Oslo 1983.
- Bråten S: Mass- och misskommunikation. Stockholm 1971
- Mead M: Coming at age in Samoa. London 1928.
- Mead M: Broen over generasjonskløften. Oslo 1971.
- Roe K: Mass Media and Adolescent Schooling: Conflict or Co-existence?. Stockholm 1983.
- Stafseng O: Forebyggende tiltak som sosial prosess. Mag avh, Instituttet for sosiologi, Universitetet i Oslo. Oslo 1978.
- Stafseng O: Ungdom som historisk og allment fenomen. I Grue L & Beck C: Å lykkelige ungdomstid? Oslo 1984.
- Touraine A: The eyes and the voice. London 1981.
- Øia T: Bilgass og tåregass. Notat, Bø 1987.