

Geir Magne Johansen

Betydningen av undervisning om seksuell helse til barn og ungdom som del av helhetlig psykisk helse.

Kan undervisning fra helsepersonell om seksuell helse bidra til å gi barn og ungdom en styrket og bedret forståelse av seksualitet?

En kvalitativ studie, med helsesøsterstudenter som informanter.

The importance of teaching children and adolescents about sexual health as part of holistic mental health perspective.

Can health professionals' teaching about sexual health contribute to strengthen and give children and adolescents a better understanding of sexuality?

A qualitative study with public health nurse students as informants

Masteroppgave i psykisk helse

Trondheim, mai 2017

NTNU

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Institutt for anvendt sosialvitenskap

Forord

Gjennom arbeidet med oppgaven kan det synes som psykisk helse er et resultat av vår totale utvikling og at seksualiteten er en essensiell del av helhetlig psykisk helse

De fleste har en forståelse omkring hva som kan skape negativ seksuell helse, men hva skal til for å oppnå god seksuell helse?

Som psykiatrisk sykepleier ved akuttpsykiatrisk mottak for barn – og ungdom, opplever jeg et ensidig fokus på utslag av «negativ seksuell helse». Dette kan bidra til at seksualiteten får et «smertens språk» (Hellesund, 2008). Dette til tross for at veiledere viser et klart ønske om at det settes større positivt fokus på dette tema innen psykisk helse.

Etter gjennomgang av fagplaner i sykepleiespesialisering kan det synes som om det er helsesøstrenes utdanning som vektlegger temaet i størst grad og disse er derfor informanter i denne masteroppgaven.

Formålet med denne masteroppgavens salutogene vinkling er å se hvordan den enkelte helsesøsterstudenten opplever studiets fokus på undervisning i god seksuell helsesammenheng med helhetlig psykisk helse, og studentens tanker om eventuell forbedring for utførelse av undervisning til barn og ungdom i praksisfeltet.

Ønsket er at data fra denne oppgaven kan overføres til arbeid i forebyggende psykisk helsearbeid og brukes i andre studier i feltet.

Under arbeidet med denne masteroppgaven har flere vært involvert. Jeg takker helseviter og rådgiver Rita Småvik som satte meg i gang med oppgaven. Jeg retter også en takk til sexologene Olaug Gimse Storrø og Vigdis Moen ved hhv St. Olav Hospital og Høgskolen i Sør Trøndelag, HIST, (nå NTNU). I forkant av arbeidet ga disse to sistnevnte innspill innenfor sexologifeltet, råd om tema -og intervjuguiden.

En stor takk går til studieleder Bente Krogseth ved Helsesøsterutdanningen og helsesøsterstudentene ved HIST som stilte til intervju. Veiledere PhD, Mag. art. psych. Birthe Loa Knizek og Førsteamanuensis Toril Anne Elstad ved Høgskolen i Sør Trøndelag (HIST), nå NTNU, har gitt konstruktive tilbakemeldinger underveis i arbeidet. Tilbakemeldingene har ledet meg fremover og fått meg til å stoppe opp og reflektere over ulike måter å fremstille teori og data i masteroppgaven.

Tilslutt en takk til St. Olav hospital som ga meg sluttføringsstipend og dermed mulighet til å ta noen dager fri fra min ordinære jobb. Dette var avgjørende for å få oppgaven i havn.

Innholdet i denne oppgaven står for forfatterens regning.

Sammendrag

Det norske Helsedirektoratet og Verdens Helseorganisasjon (WHO) har lagt føringer for hvordan samfunnet på best mulig måte kan bidra til ivaretagelse av den enkeltes seksuelle helse som del av helhetlig psykisk helse. Ved at det undervises i ulike aspekter omkring kroppens utvikling og seksualiteten, kan resultater av negativ seksuell helse begrenses (Helsedirektoratet, 2004) (World Health Organization, 2010).

Denne oppgaven er en kvalitativ studie, med helsesøsterstudenter som informanter. Helsesøsteren er den helsefagarbeideren som gjennom forebyggende arbeid i helsestasjon og skolehelsetjeneste arbeider tette opp mot barn – og ungdoms helhetlige psykiske helse.

Denne masteroppgaven ser på hvordan helsesøsterstudenten opplever fokus på tema i studiesituasjonen og hvordan hun etter endt utdanning mener at undervisning, informasjon og veiledning bør gjøres overfor barn og ungdom for å bidra til å oppnå bedre seksuell helse.

Oppgaven ser på hvordan deler av hennes fokus kan overføres til arbeid innenfor psykisk helsevern overfor barn og ungdom.

Funnene viser at oppdatert, forskningsbasert, grundig og tilrettelagt undervisning med salutogen vinkling i forhold til alder, kjønn og modenhet, både i grupper og individuelt, kan bidra til å sette positivt fokus på pubertet, legning, kjønnsidentitet og ulike seksuelle uttrykk. Den enkeltes seksuelle identitet og uttrykk bør i høy grad anerkjennes og bli alminneliggjort. Undervisning bør starte i tidlig alder og i tilnærmingen til tema må en være positivt undrende og la barnet eller ungdommen styre samtalen.

Helsesøsterstudenten ser ut til å ønske større samarbeid mellom ulike faggrupper innenfor helsefeltet. Det uttrykkes at det er for få økonomiske og menneskelige ressurser til rådighet for god ivaretagelse av temaet og det savnes nasjonale retningslinjer.

Kan helsesøstrenes fokus bidra til ny tenkning omkring tilnærmelsen til tema innenfor psykisk helse?

I arbeidet med denne masteroppgaven kan det se ut til at det finnes flere ulike rapporter/veiledere omkring tilnærmelsen til feltet god seksuell helse, men implementering av føringene til det praktiske arbeid er til dels mangelfull og bør gis større fokus i tiden fremover.

Nøkkelord: helsesøster, forebyggende helsearbeid, salutogenese, barn/ ungdom, god seksuell helse.

Abstract

The Norwegian Directorate of Health, and the World Health Organization (WHO) has in recent years provided guidance on how a society can safeguard the individual's sexual health as part of overall mental health, how to achieve good sexual health, and limit negative consequences (Helsedirektoratet, 2004) (World Health Organization, 2010).

This thesis is a qualitative study, with public health nurse students as informants, the health workers whom are closely engaged with children -and teens holistic mental health, due to their engagement in preventive medicine in health station and school health

The findings in the project implicate the importance of salutogenic approach, up to date research information, thorough and organized tutoring; both in groups and individually. This is important in order of putting a positive focus on sex, puberty, sexual orientation, gender identity and various sexual expressions. The individual's sexual identity should be greatly recognized and become generalized. Teaching on the subject should start at an early age and the child or youth should lead the conversation.

When various aspects about the body and sexuality are been taken seriously, results of negative sexual health can be limited.

This research indicates that informants wants greater interdisciplinary cooperation between various professional groups, such as learning institutions and psychiatry, and that there are too few financial and human resources available for the safeguarding of the topic.

Can some parts of the public health nurse students approach to the subject contribute to new approach in the overall field of mental health?

Through the entirety of the thesis, it seems that there are different entities that recommend different approach to the field “good sexual health”, and that the informants feel a lack of national policies and guidelines. A generalized, national guideline for practice is partly incomplete and education is based on the health workers view of the importance of the subject. The subject should be given greater attention in the future.

Key words: public health nurse, preventive medicine, children/ adolescence, salutogenesis, good sexual heal

Innhold

Sammendrag	III
Abstract	IV
1 Innledning	1
1.1 Hensikten med undersøkelsen	1
1.2 Fire tema	1
2 Bakgrunn	2
2.1 Helhetlig forståelse av psykisk helse	2
2.2 Hva er seksuell helse som del av psykisk helse?	2
2.3 Påvirkning fra media	3
2.4 Valg av informanter	4
2.5 Valg av forskningsspørsmål	5
2.6 Forskningsspørsmål	5
3 Teori og tidligere forskning	6
3.1 Salutogenese og resiliens	6
3.2 «God seksuell helse»	7
3.3 Betydningen av god seksuell helse	8
3.4 Helsesøsters mandat	9
3.4.1 Helsesøstre og folkehelse	10
3.4.2 Skolehelsetjeneste	10
3.5 Seksuell historie	11
3.5.1 Seksualitet som tema i den vestlige verden.....	11
3.5.2 Seksualitet som tema i Norge.....	12
3.6 Ungdoms seksuelle utvikling	12
3.6.1 Seksualitet, utvikling og betydning.....	13
3.6.2 Puberteten	13
3.6.3 Hormonelle forandringer i puberteten.....	13
3.6.4 Pubertet og seksualitet	14
3.6.5 «Lyst»	16
3.6.6 Onani.....	16
3.6.7 Kjønnssidentitet og utvikling av homofili	17
3.6.8 Homofili, rus- og selvmordsproblematikk	18
3.6.9 Psykososiale forandringer	19
3.6.10 Økning av psykiske forstyrrelser i ungdomsårene	20
3.7 Seksualitet presentert i media	20

4	Metode	22
4.1	Valg av kvalitativt forskningsintervju	22
4.2	Fordeler og ulemper ved kvalitativ metode	23
4.3	Utvalg informanter	23
4.4	Informasjonsbrev og samtykkeerklæring	24
4.5	Intervjusituasjonene	25
4.6	Datainnsamling og transkribering	25
4.7	Gjennomføring av analyse	26
4.8	Anonymisering	27
4.9	Etiske overveielser	27
5	Funn og diskusjon	28
5.1	Introduksjon	28
5.2	Diskusjonstema	28
5.3	Helsesøsterstudiets vektlegging av seksuell helse som del av psykisk helse	29
5.3.1	Et somatisk fokus	30
5.3.2	Seksuell debut	31
5.4	Helsesøsterstudiets fokus på veiledning og undervisning omkring god seksuell helse overfor barn og ungdom	32
5.4.1	-til barn	32
5.4.2	-til ungdom	38
5.5	Tema som kunne vært mer vektlagt i undervisningen for å minske risiko for negativ seksuell helse hos barn og ungdom	45
5.5.1	Faktorer som kan bidra til å minimere risikoen for negativ seksuell helse	46
5.5.2	Tverrfaglig samarbeid	50
5.6	Betydningen av god seksuell helse som del av helhetlig psykisk helse	51
5.6.1	Hva er «god seksuell helse»?	53
5.6.2	Betydningen av tverrfaglig samarbeid	54
6	Holdbarhet og implikasjoner for videre forskning og konklusjon	57
6.1	Holdbarhet	57
6.2	«Kan noen dra nytte av kunnskapen»?	58
6.3	Konklusjon	58
7	Referanseliste	60
	Appendix	

1 Innledning

1.1 Hensikten med undersøkelsen

Professor i pedagogikk S. Ulvund peker på at vår seksualitet definerer vår identitet og hva vi står for som voksne mennesker. Han understreker betydningen av å gi individuelt tilpasset informasjon, støtte, veiledning og undervisning til barn og ungdom om utvikling av seksuell identitet og personlighet. Identitetsdannelse er et viktig ledd i frigjøringen fra foreldrene og bidrar til å gjøre individet til en trygg voksen. Gjennomsnittsalderen for når identitetsutviklingen starter varierer noe mellom kjønnene i alder, men generelt sett er det slik at den kroppslige forandringen skjer parallelt med bevisstgjøringen av egen og andres seksualitet (Ulvund, 2009).

Ved undervisning i tema må en bl.a. undersøke og ta hensyn til at alder og modning ikke alltid henger sammen og at jenter ofte starter sin seksuelle utvikling tidligere enn gutter (Kloep et al., 2003).

I denne masteroppgaven er samtaler med sexologene Storrø og Moen tatt med som forkunnskap om de problemstillinger som etter deres syn bør vektlegges i kontakt med barn og ungdom (Vedlegg 2). Samtalene ble brukt som utgangspunkt i utarbeidelse av intervjuguiden (vedlegg 1).

Oppgaven ønsker å belyse noe av helsesøsterstudiets fokus på seksualiteten som essensiell del i den kroppslige og mentale forandringen som skjer i barndom og pubertet og hvordan seksualiteten påvirker utviklingen av identitet og legning. Dette for å finne praktisk tenkning som kan overføres til andre helsearbeidere som arbeider forebyggende med helhetlig psykisk helse overfor barn og ungdom.

1.2 Fire tema

Basert på dataanalysen i denne masteroppgaven, fremkom følgende fire tema:

- Helsesøsterstudiets vektlegging av seksuell helse som del av helhetlig psykisk helse.
- Helsesøsterstudiets fokus på helseopplysning innenfor feltet seksuell helse overfor barn og ungdom.
- Tema som skulle vært mere vektlagt i undervisning for å minske risikoen for negativ seksuell helse.
- «God seksuell helse» og dens betydning som del av helhetlig psykisk helse.

2 Bakgrunn

Som bakgrunn for studien ligger føringer fra WHO og Helsedirektoratet om fokus på god seksuell helse og hvordan denne er definert. Media spiller stor rolle i ungdommers liv og kapitlet beskriver noe av det media presenterer. Siste del i kapitlet omtaler hvilke informanter som ble valgt og hvorfor. Tilslutt beskrives forskningsspørsmålet og hvorfor dette ble valgt.

2.1 Helhetlig forståelse av psykisk helse

Opplevelsen av god seksuell helse er vesentlig for utvikling av identitet og personlighet. Seksuell helse er en tilstand av fysisk, emosjonelt, mentalt og sosialt velvære, og ikke bare fravær av sykdom, dysfunksjon eller skrøpelighet. Tilnærming til seksualitet og seksuelle relasjoner må møtes med positiv og respektfull holdning fra hjelperen. For individet betyr det å ha rom for behagelige og trygge seksuelle erfaringer, uten tvang, diskriminering og vold. For at seksuell helse skal oppnås og vedlikeholdes, må de seksuelle rettighetene til alle mennesker respekteres, beskyttes og være oppfylt (World Health Organization, 2010 s. 3).

2.2 Hva er seksuell helse som del av psykisk helse?

Oppgaven støtter seg i stor grad til WHO's program og Helsedirektoratets føringer for fokus på og undervisning i temaet "seksuell helse". Drøftingene av data gjøres på bakgrunn av deres veiledere, informantenes svar og teori omkring tema.

WHO peker på betydningen av følgende punkter som rammeverk i tilnærming til tema:

- - opprette bevissthet om betydningen av kjønn, kraften i kjønnsrelatert dynamikk og hvordan dette påvirker seksuell helse.
- - gjenkjenne og respektere seksuelt mangfold.
- - fremme respekten for individet, -og menneskerettighetene til hver enkelt person.
- - sikre deltakelse av alle, også de mest sårbare og marginaliserte.
- - opprettholde bevissthet om behovet for å møte både risiko og sårbarhet.
- - jobbe positivt med sosiale normer (World Health Organization, 2010 s. 20).

WHO's program for å fremme seksuell helse setter fokus på det å gjøre en innsats for seksuell helse på tvers av lov, politikk, menneskerettigheter, utdanning, samfunn, kultur og økonomi. De benytter begrepet "rettighetsfokus" basert på multisektoriell tilnærming (World Health Organization, 2010).

Helsedirektoratet skriver i sin veileder fra 2010: «Forebygging av uønsket svangerskap og abort 2010 – 2015 – Strategier for bedre seksuell helse»:

Planens hovedstrategiske grep handler om å fremme seksualitetens positive sider for å minimere de negative. Nøkkelordet er seksuell autonomi – som betyr at enhver har rett til å utøve eierskap over egen kropp og ha mulighet for å glede seg over å ha kontroll over sin seksualitet, fertilitet og seksuelle helse. Dette er i tråd med ny internasjonal forskning, evalueringer og kunnskapsoppsummeringer på området (Helsedirektoratet, 2010 s. 13).

Som sitatet viser, ser man at den somatiske og psykiske del av seksuell helse binder hverandre gjensidig.

Det er vesentlig at den ordinære seksuelle helse hos den enkelte kartlegges i møte med helsevesenet. Artikkelen fra lederen for «Helseutvalget for bedre homohelse», viser eksempel på ignorering av dette. Når en ikke tar seksuell preferanse på alvor kan personen oppleve og ikke bli sett som helhetlig menneske. Det ikke å bli sett og akseptert for hvem en er, kan starte en negativ prosess hvor tanker om destruktiv atferd oppstår (Angeltvedt, 2007).

En må forsøke å unngå å omtale, i dette tilfelle homofili, med fokus på tragedie og død slik at den identitetspolitiske forståelsen av legningen ikke bidrar til tanker om å avslutte livet (Hellesund, 2008). En kan her se den store betydningen av å fokusere på positiv seksuell helse i møte med barn og ungdom som søker veiledning i psykisk helse.

2.3 Påvirkning fra media

Ungdom med psykiske utfordringer er ikke forskånet fra informasjon de får gjennom massemedia. Undervisning eller veiledning omkring emnet kan være svært betydningsfull til denne gruppa.

Slik jeg ser det, omhandler det meste av seksual informasjon i massemedia, seksuelle teknikker og fetisjer. Program som norske "Trekant" og danske "Sexministeriet" på norsk TV i 2013 – 2015 var eksempler på dette.

I vår vestlige kultur kan det se ut som det har blitt, slik det fremstilles i media, et svært seksualisert samfunn. Det er kropp og den eksplisitte sex det blir fokusert på. Den bakenforliggende tenkningen; kjærligheten, lysten og sensualiteten blir gjerne oversett. Denne oppgaven vil også se på noen av de påvirkninger ungdommen kan få ved bruk av media, inkludert pornografi.

2.4 Valg av informanter

I samtalene med to sexologer ved St. Olav hospital før oppgavens oppstart, ble det fremhevet at fokus på det gode i seksualiteten må gis større fokus overfor barn og ungdom. De sier at seksuell helse ER psykisk helse, og begge undrer seg over at den gode seksuelle helse ikke blir mer fremhevet i tilnærming til barn og ungdom i psykiatrien.

Overfor barn fremhever de særlig den seksuelle leken, overfor ungdom – å bevare den enkelte ungdommens trygghet og integritet (vedlegg 2). Samtalene var også medvirkende til at helsesøsterstudenter ble valgt som informanter.

Ved gjennomgang av ulike spesialhelsefagutdanningers studieplaner i sykepleie, kan det se ut som om at det er helsesøsterstudentene som har den mest omfattende undervisning i tema seksuell helse. Helsesøsteren vil etter endt utdanning i stor grad bidra til å påvirke barnets utvikling fra spedbarnsalderen i helsestasjon, men kanskje i størst grad under barnets pubertetsutvikling gjennom skolehelsetjenesten.

Seksualopplysningen kan oppfattes som sprikende i skolen og lite sammenhengende. Samfunnsfag-, religions- og biologilærer kan beskrive seksualiteten på ulike faglige fundament. Det kan bli for stort ansvar på den enkelte lærer å gi et helhetlig bilde. Slik kan seksualundervisningen bli "ufagliggjort" (Vildalen og Langfeldt, 2014).

Basert på dette kan det etter mitt syn oppleves naturlig at helsesøsteren involveres i seksualopplysningen og blir en viktig støttespiller ved å bidra med sitt helsefaglige fokus for å sette andre faktorer inn i et større helhetlig helseperspektiv.

Denne masteroppgaven ser på og drøfter hvordan helsesøsterstudenten opplever at god seksuell helse blir behandlet teoretisk gjennom studiet og hvordan teorien implementeres og tillegges egne tanker for senere yrkesutøvelse.

Deler av de erfaringer helsesøsterstudenten innehar kan overføres til arbeid innen forebyggende psykisk helse til barn og ungdom.

2.5 Valg av forskningsspørsmål

Seksualiteten beskrives som en av de sterkeste drivkrefter i mennesket og at den har dype røtter i fysisk, psykisk og sosial fungering hos mennesket (Sigaard, 2003).

Betydningen av å undervise om god seksuell helse innenfor helhetlig psykisk helse til barn og ungdom er tema det skal rettes økt fokus på fremover. Dette fremmes blant andre av Helsedirektoratet (Helsedirektoratet, 2010) og Verdens Helseorganisasjon (World Health Organization, 2010).

I denne masteroppgaven avdekkes noe av helsesøsterstudiets fokus på feltet i dag og hvilke refleksjoner fem helsesøsterstudenter har om tema. Videre fokuseres det på om noen av de data som fremkommer kan overføres til arbeid innen forebyggende psykisk helse.

Målet med oppgaven og forskningsspørsmålet er at svarene fra informantene kan være bidrag endring av undervisningen og i diskusjonen om nasjonale retningslinjer for undervisning i "god seksuell helse".

Dette kan igjen gi bidrag for helsearbeidere som arbeider med barn og ungdom innen forebyggende psykisk helse.

2.6 Forskningsspørsmål

«Hvordan opplever helsesøsterstudenten undervisning i seksuell helse til barn og ungdom, og hvordan mener de denne kan forbedres i forhold til praksisfeltet»?

3 Teori og tidligere forskning

Kapitlet viser til teori som underbygger oppgavens tenkning om salutogen tilnærming til tema. Videre vises det til teorier omkring hva seksuell helse er, helsesøstrenes arbeidsfelt, seksuell historie, samt ulike vinklinger i pubertetsutvikling hos barn og ungdom og ulike tema innen seksualitet.

3.1 Salutogenese og resiliens

Som grunnlag i denne oppgaven er Antonovskys teori om den salutogene modell sentral. Oppgaven ønsker å fokusere på det helsefremmende i individets håndtering av spenningen eller opplevelsen av usikkerhet omkring seksuell utvikling fra barn til voksen og helsesøsteren og den psykiske helsearbeiderens undervisning i forhold til dette.

Antonovsky baserte sin teori på studier av kvinner som hadde overlevd grusomheter i de tyske konsentrasjonsleirer under andre verdenskrig. Han så at noen mennesker, til tross for stor stressbelastning og anspent tilstand av ulik karakter, klarte seg bra til tross for de traumatiske opplevelsene de hadde gjennomlevd. Gjennom intervjuer med disse kvinnene, kom forskeren frem til tre grunntanker. Han beskrev det som OAS (opplevelse av sammenheng) eller på engelsk SOC (Sense of Coherence), disse tre grunntankene er:

- Begripelighet. Dette baserer seg på i hvilken grad de ytre eller indre stimuli personen opplever, oppfattes som strukturerte, sammenhengende eller kognitivt forståelig. Om individet erfarer høy grad av begripelighet, kan fremtidige stimuli i høyere grad forventes å være mer forutsigbare.
- Håndterbarhet: Hvordan opplever individet ressursene som er til rådighet? Opplever disse som tilstrekkelige i forhold til de stimuli en møter? Om en opplever håndterbarheten for å være sterk, vil en i mindre grad føle seg som et offer for omstendighetene eller at man er forfulgt av ulykke.
- Meningsfullhet: I hvilken grad føler individet at livet rent følelsesmessig er forståelig? Er de krav og problemer en står overfor verdt det engasjementet eller anstrengelsen som problemet ser vil kreve stor belastning eller er det utfordringer en kan ta på strak arm (Antonovsky og Sjøbu, 2012)

Gjennom sin forskning bruker Antonovsky begrepet generelle motstandsressurser. Han nevner styrkende faktorer, slik som bl.a. egostyrke, kulturell stabilitet og sosial støtte. I denne oppgaven vil særlig ego styrking og sosial støtte være sentrale.

Antonovskys beskrivelse av begrepet er som følger:

Opplevelsen av sammenheng er en global innstilling som uttrykker i hvilken grad man har en gjennomgående, varig, men også dynamisk følelse av tillit til at stimuli som kommer fra ens indre og ytre miljø er strukturerte, forutsigbare og forståelige, samtidig som man har ressurser nok til rådighet til å kunne takle kravene disse stimuli stiller og at disse kravene er verdt å engasjere seg i (Antonovsky og Sjøbu, 2012 s. 41).

Når de styrkende faktorene slik som for eksempel tillit og motivasjonskomponenten ikke oppleves å foreligge i tilstrekkelig grad hos det enkelte barn og ungdoms eget tankegods og de nærmeste relasjoner, kan helsesøsteren og/eller den psykiske helsearbeideren bidra med styrkning av OAS. Dette kan også ses i sammenheng med det forfatterne av boka «A Hitchiker`s guide to Salutogenesis» skriver, nemlig at det viser seg at systemer som tar i bruk en salutogenetisk modell kan vise til bedre resultater enn ved bruk av andre modeller (Lindström og Eriksson, 2010).

Resiliens er det psykologiske begrepet om graden av et individs evne til å takle stress og om evnen et barn har til å være motstandsdyktig overfor psykiske utfordringer. God resiliens kan gi økt grad av evne til å takle kriser og indre/ytre påkjenninger. Individuelle trekk som gir økt grad av resiliens er optimisme, god selvfølelse, grad av; -sosiale evner, - kreativitet og interesser. I det kontekstuelle kommer familiens ressurser, nettverk og støttende forhold i skole og nærmiljø (Rutter, 2012).

Resiliens beskrives å ikke være det samme som salutogenese og graden av resiliens og OAS måles i ulike skala (Lindström og Eriksson, 2010).

3.2 «God seksuell helse»

God seksuell helse kan beskrives på ulike måter og sees på fra forskjellige vinkler. Flere har forsøkt å beskrive hva det er. En av dem er psykolog Ulla Ollendorf. Hun lister opp en rekke punkter som kan bidra til «god seksuell helse». I sine forelesninger sier hun bl.a. at "Seksuell autonomi" er god seksuell helse (Ollendorff, 2013).

Ollendorff legger vekt på språk og ferdigheter innenfor det seksuelle området. Hun oppfordrer foresatte og andre til å hjelpe ungdommen å tolke "språket" innenfor god seksuell helse på individuelt vis og i tråd med ungdommens forskjellige kulturelle og sosiale bakgrunn.

I tillegg til å gi pedagoger redskaper for å møte ungdommen og styrke deres individuelle identitet, nevner hun hva Helsesøstre kan bidra med. Hun nevner de nye retningslinjene og de muligheter helsesøstrene har til å nærme seg temaet seksualitet. I tillegg til at man skal tilpasse informasjon individuelt, nevner hun muligheten til å undervise grupper. Hun kommer da inn på blant annet prevensjonsveiledning som en døråpner til tema.

Oppsummert beskriver Ollendorff at ungdom bør:

- Lære seg å tolke det seksuelle språket.
- Bli møtt med anerkjennelse og forståelse av sine omsorgspersoner, gruppe og sitt miljø.
- Pedagoger og andre bør ha en tilnærming som kan forstås av ungdommen.
- Oppleve at reproduktiv helse og prevensjonsveiledning blir ivaretatt.

På bakgrunn av dette kan den enkelte kan ungdommen oppleve seksuell autonomi og dermed også god seksuell helse (ibid).

Som en kan se kreves det mye av helsesøsteren og andre helsearbeidere som arbeider med koordinering og veiledning i forebyggende arbeid overfor barn – og ungdoms seksuelle helse som del av helhetlig psykisk helse.

3.3 Betydningen av god seksuell helse

En kan se i veiledere, både hos WHO og Helsedirektoratet, at betydningen av god seksuell helse i helhetlig psykisk helse, har økt fokus innen forebyggende helsearbeid i dag. Deres veiledere viser at en kan redusere utfall av negativ seksuell helse om undervisning blir gitt på en adekvat og oppdatert måte til barn- og ungdom i utvikling og i krise.

Helsesøsteren blir av mange barn og ungdom beskrevet som en svært viktig fagperson i møtet med egen kropp og helse (Goth og Berg, 2014).

Gjennom helsesøstres fagområde og historie er det tydelig at hun spiller en økende rolle i helseopplysning overfor ungdommens fysiske og mentale utvikling.

Betydningen av seksualiteten og seksualitetens påvirkning på ungdommens utvikling, samt ulik seksuell atferd og uttrykksmåter er noe helsesøsteren og den psykiske helsearbeideren bør ha god kjennskap til etter min mening. Hun må også ha innsikt i seksuell historie for å forstå samfunnets ståsted i forhold til tematikken i fortid og i den tiden vi lever.

En må også ta på alvor at innvandrere fra andre kulturer kan ofte ha andre regler enn våre (Ulvund, 2009).

Denne masteroppgaven kommer ikke spesielt inn på andre kulturers syn i forhold til tema, da oppgaven ville blitt altfor omfattende. Kort sagt kan en si at innvandrerungdom, på lik linje med annen nordeuropeisk ungdom går gjennom ulike faser på vei til å bli voksen. Ungdomstiden blir, som hos innfødte nordmenn tiden for å stille spørsmål ved seg selv, sine tanker, andres -og foreldres standpunkt. De må forholde seg til foresattes normer og verdier, samtidig som de skal forholde seg til de norske. Dette kan gi store identitetskriser for det enkelte individ. Behovet for forståelse fra omgivelsene kan bli stor (ibid). Dette kan gjelde særlig innenfor feltet seksuell helse som del av psykisk helse. Det å ha oppdatert og god kunnskap om ulike kulturer og religioners syn på tema kan være et viktig bakteppe for helsefagarbeideren. Ved at en har informasjon om bakgrunn kan en gjøre bedre individuell tilpasning av informasjonen overfor det enkelte individ og/eller den spesifikke gruppen.

3.4 Helsesøsters mandat

En helsesøster er en autorisert sykepleier med videreutdanning innen helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid.

Betegnelsen helsesøster ble i Norge første gang brukt i 1925. Det ble da skrevet:

Sykepleieren har også en annen oppgave enn å helbrede og lindre sykdom, nemlig å forebygge sykdom og bevare folkehelsen (Goth og Berg, 2014, s.186).

Helsesøster skal altså i stor grad arbeide forebyggende, i dag også innenfor feltet helhetlig psykisk helse.

Helsesøstre burde i større grad rapportere endringer og mønstre i folkehelsen i møte med barn og ungdom. Det beskrives at rapporteringssystemet i dag ikke synliggjør helsesøstrenes rolle og bidrag i folkehelsen. Slike rapporter kan være viktig for å evaluere og videreutvikle faget i tråd med de føringer et samfunn i utvikling setter (Goth og Berg, 2014).

3.4.1 Helsesøstre og folkehelse

Florence Nightingale (1820 - 1910) beskrev at forebyggende helsearbeid var en av sykepleierens viktigste oppgaver. Nightingale var preget av et folkehelseperspektiv innenfor de rammene som den gangen gjaldt (Goth og Berg, 2014).

Som tema i folkehelseopplysning til foreldre og barn i dag, ligger også opplysning om hvordan oppnå god psykisk helse, i dette også god seksuell helse. Samarbeid mellom ulike helseaktører er essensielt og forfatterne viser til at helsesøstre i større grad enn tidligere bør engasjere seg i tverrsektorielt samarbeid og at en med dette kan bidra til å forme et godt oppvekstmiljø (ibid).

I helsestasjon og i skolehelsetjenesten er følgende listet opp som viktige oppgaver og lagt inn under «Forskrift om kommunens helsefremmende og helseforebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten»:

§ 11 Formål:

Forebyggende arbeid forstås som de tiltak som bidrar til å redusere sykdom eller død og andre risikofaktorer som kan bidra til sykdom, skade eller for tidlig død» (Norge, 2003)

Helsedirektoratets veileder beskriver at det er betydningsfullt å sette på agendaen det å fremme psykisk og fysisk helse. I tillegg bør en fremme gode og sosiale og miljømessige forhold for å forebygge sykdom og skade (Helsedirektoratet, 2004).

Dette er tiltak, som en gjennom oppgaven kan se kan gi helsefremmende forutsetninger for god fysisk helse, psykisk helse og trivsel. Tiltakene kan bidra til bedre velvære, bidra til økt resiliens og bedre muligheter til mestring av utfordringer og belastninger i dagliglivet.

3.4.2 Skolehelsetjeneste

Skolebarns helse har vært et viktig tema siden slutten av 1800 tallet, men det var først i 1984 at skolehelsetjenesten i grunnskolen ble lovpålagt under lov om helsetjenester i kommunen.

Innen skolehelse har fokus blitt dreid fra det fysiske, slik som ernæring, hygiene, helsekontroller, bekjempelse av smittsomme sykdommer og skolemiljø, til i dag også å omfatte det mentale aspektet slik som veiledning og undervisning i egenomsorg, livsstil og innenfor psykososiale behov. Det påpekes at de forskjellige kjønn har forskjellige behov for informasjon på en del felt. F.eks. HPV vaksinerings av jenter. Det ser ut til at informasjon til

guttene når best frem via aktivitet, f.eks. ved at helsesøster samarbeider med gymlærer i forhold til tema og fokus. Det beskrives også at skolen generelt sett er den viktigste arena for helsefremmende og forebyggende arbeid overfor barn – og ungdom. I dette miljøet kan helsesøster samarbeide med forskjellige ansatte ved skolen. (Goth og Berg, 2014).

M. W. Aasland fremmer en tilnærming til undervisning/informasjon om barnets forskjellige faser når det gjelder seksuell utvikling. Forfatteren gjør dette ved å beskrive barnets seksualitet og de forskjellige uttrykkene en kan se. Hun tar så opp hvordan en som voksen kan møte og forstå de forskjellige uttrykkene hos barnet. Til sist legger hun vekt på at seksualiteten må presenteres i et positivt lys og at ord og uttrykk må sammenfalle med det barn kan oppfatte og forstå (Aasland, 2015).

3.5 Seksuell historie

For at en helsesøster skal kunne gi adekvat og helhetlig informasjon om seksualitet til ungdom er det viktig at hun har innsikt i samfunnets syn på seksualitet på bakgrunn av historie og oppdatert forskning. Historikken viser spennet temaet har og har hatt og en kan blant annet se av historikken at blant annet «homofili» har vært svært kontroversielt. Gjennom arbeidet med prosjektet ser det ut til at homofili, også i dag, er forbundet med tilleggs utfordring for den det gjelder og for samfunnet omkring (Kloep et al., 2003).

Ferdig utdannede helsesøstre forholder seg til de normer og regler i Norge overfor invandrere, men selv i tråd med dette kan en se at betydningen av at hun har forståelse for andre kulturers syn på seksuell helse har stor verdi. Hun kan integrere den innvandrede kulturelle kunnskap som del av undervisningen i det norske syn på psykisk helse, herunder også god seksuell helse.

3.5.1 Seksualitet som tema i den vestlige verden

Ifølge T. Langfeldt regnes Regnier De graf (1641 - 1673) som den første vestlige forfatteren som tar for seg temaet seksualitet innenfor helsefeltet (Langfeldt, 1993).

På slutten av 1800 tallet var interessen for feltet stort, særlig i Tyskland, Frankrike, England og tidligere Tsjekkoslovakia. Mye av det arbeidet som ble gjort ble motarbeidet av myndighetene. Dette kan skyldes at kristendommen sto sterkere den gangen og regulerte samfunnet og samliv i større grad enn i dag (ibid).

På starten av 1900 tallet ble det åpnet institutter for forskning omkring seksualiteten, men det var vegring mot å belyse homoseksualiteten, som var sterkt skambelagt. Den som interesserte seg for tema kunne oppfattes selv å være homofil.

"Das Sexualleben des Kindes", skrevet av den tyske psykiateren Albert Moll (1862 - 1939), tok opp temaet "barns seksualitet" på en banebrytende måte. Mange støttet synet som kom frem i boken, men Sigmund Freud var en av dem som kritiserte Molls forståelse. Freuds eget syn på barns seksualitet er noe tvetydig. Hos Freud var det ingen tvil om at barnet hadde seksuelle lyster, men han omtaler dette feltet i symbolske former. Freud var klart reservert i forhold til masturbasjon og homoseksualitet. Han mente seksualiteten skulle rette seg mot kvinne- mann, og ikke være til for lystens egen skyld (hedonisme) (ibid).

Nazismen og den andre verdenskrig ødela mye for den blomstrende sexologien.

I 1947, startet Kinsey og hans like «The institute for sex research» i USA. De skrev i årene etter dette, to omfattende verk om mannens (1948) -og kvinnens (1953) seksualitet. Bøkene var basert på spørreundersøkelser. Studieresultatene viste et bredt spenn innenfor sexologifeltet og rapporten fikk stor betydning innen feltet.

I dag er hovedskikkelsene innenfor sexologien ifølge Langfeldt, gynekolog William Masters og sexolog Virginia Johnson (ibid).

3.5.2 Seksualitet som tema i Norge

T. Langfeldt beskriver at det var en fremtredende grad av sensur i forhold til seksualitet til sent på 1800 tallet i Norge. Fra 1920 ble det fokus på seksualopplysning i Norge (og Norden). Man henvendte seg i første rekke til kvinner. Det handlet om prevensjon, sykdommer og samliv. Her i Norge var det spesielt Karl Evang som spilte en sentral rolle som talsperson innenfor feltet. I hans tidsskrift "Populært tidsskrift for seksuell opplysning" som startet opp i 1932 ble det forfektet et syn om at blant annet onani både var positiv og sunt. Årgangene 32-34 ble beslaglagt av nazistene under okkupasjonen, men ble etter krigen utgitt i bokform "Seksuell opplysning 1 og 2". De to bøkene ble svært populære og ga et grunnlag for den åpenheten som finnes rundt seksualitet i dag (Langfeldt, 1993).

Sensuren eller tabuet omkring seksualitet kan en anta til dels også gjelder i dag (ibid).

På bakgrunn av historikk kan en gi oppdaterte fakta, og i optimal grad tilrettelegge informasjon innenfor de sosiokulturelle rammene en arbeider.

3.6 Ungdoms seksuelle utvikling

Helsedirektoratet påpeker at seksuell helse innenfor psykisk helse er essensielt å ta på alvor og en må forsøke å fremme de positive sidene slik at en skaper en god utvikling hos individet. Veilederen fremhever også betydningen av å tilrettelegge undervisning om emnet i rette fora

og på rett måte overfor den det gjelder i forhold til – alder, modenhet og kjønn (Helsedirektoratet, 2010).

Det er i denne utviklingen helsesøstre og den psykiske helsearbeideren kan spille en avgjørende og stor rolle. Det er disse fagpersonene de fleste ungdommer i denne fasen har mest kontakt med.

3.6.1 Seksualitet, utvikling og betydning

I kapitlet «Barnets seksuelle utvikling» beskriver Langfeldt de forskjellige faser barnet går igjennom for å utvikle "god seksuell helse". Han vektlegger homoseksualitet og biseksualitet spesielt. Mange bøker og artikler viser at det å ha en annerledes legning kan være en tilleggsutfordring i pubertetens ulike og mange faser. Det gjelder ikke minst de mentale tankeprosesser i disse årene. Eget tankegods skal forenes med den gjengse sosiale oppfatning, eller slik forfatteren skriver, hvordan personen *mener* samfunnets oppfatning er (Langfeldt, 1993).

3.6.2 Puberteten

Puberteten beskrives som diskontinuitet i utviklingen. Ikke bare at det skjer store kroppslige forandringer innenfor en kort tidsperiode, men også en radikal overgang fra barn til selv å kunne bli forelder. Det er forskjell mellom kjønnene, kortsagt sier forfatteren at jenter er to til tre år tidligere ute enn guttene i puberteten (Rutter og Rutter, 1997).

I puberteten kan helsesøstre spille en fremtredende rolle i den unges møte med egen utvikling og seksualitet og det er derfor sentralt å ha oversikt over de forskjellige psykologiske og somatiske utviklingsfasene.

3.6.3 Hormonelle forandringer i puberteten

I pubertetsårene skjer det store forandringer i hypofysens utskillelse av hormoner. Når dette skjer blir testiklenes sædproduserende rør og eggstokkenes follikler ferdigutviklet. Hos jentene skjer dette mellom 10 og 16 årsalderen, hos guttene mellom 13 og 17. Det antas at puberteten kan starte tidligere ved psykososiale belastninger (Rutter og Rutter, 1997).

Den seksuelle modningen skjer, som en ser, i litt forskjellig alder både innen og mellom kjønnene. Helsesøsteren må ta hensyn til dette, da noe av informasjonen i grupper innen alderssegmentet kan bli uklart om det for eksempel gis til gutter og jenter samtidig.

3.6.4 Pubertet og seksualitet

Helsesøsteren og annet helsepersonell bør være åpne for samtale når ungdommen kommer til pubertetsfasen og opplever de hormonelle, fysiske og mentale forandringer som skjer i den fasen av livet. Puberteten kan oppleves svært utfordrende (Vildalen og Langfeldt, 2014).

Pubertetens forandringer danner grunnlaget for voksen seksualitet. Den hormonelle påvirkning øker kraftig, kanskje mest hos gutter. At personen i denne alderen skaffer seg en kjæreste kan bli forbundet med seksuell aktivitet. Aktiviteten kan spenne fra kyssing til samleie. Dette beskrives å bestemmes av den sosiokulturelle settingen (ibid).

Vildalen peker på at mye av den informasjonen som overbringes ungdom i dag handler om hva de skal passe seg for, - og holde seg vekk fra, i liten grad de seksuelle handlinger en kan foreta seg uten at det fører til negative konsekvenser (ibid).

Det er også lite info om nytelse (se «lyst»). Ei jente har for eksempel ofte fått høre hvor vondt det første samleie kan være, lite om hva hun skal gjøre for å unngå at det gjør så vondt. Praktisk informasjon kunne bidratt til at noen kvinner i voksen alder hadde hatt mindre problemer med smerter i skjeden ved samleie (ibid).

Gutter kan få informasjon som mer baserer seg på høye forventninger til seksuelle prestasjoner. Mange gutter vet for eksempel ikke hva som skjer hos jenta når hun blir kåt. Det samme gjelder i forbindelse med at gutten ikke skjønner hvorfor han ikke får gitt jenta orgasme. Dette kan skyldes at en ikke har lært skjedens anatomi i seksualundervisningen. Denne kunnskapen kan være viktig for gutten for å kunne skape bedre nytelse hos henne – og sekundært seg selv (ibid).

Betydningen av at ungdommen mentalt sett har et ubeskyttet rom uten veiledning og hvor kontrollen fra voksne ikke er påtagende beskrives som viktig. I slike omgivelser kan ungdommen prøve ut sin tilnærming til voksenlivet på egne premisser. De kan selv lage kreative løsninger på sine utfordringer, også innenfor seksualiteten (Kloep et al., 2003).

Svært tidlig seksuell debut beskrives å kunne kobles til mange faktorer. Det kan være dårlige prestasjoner på skole, dårlig kommunikasjon og relasjon mellom foreldre og barn, skilsmissehjem eller eneforsørgerfamilie, at mor har hatt tidlig seksuell debut, at ungdommen røyker og drikker og har manglende religiøs overbevisning etc. Påvirkning fra gruppen en tilhører kan sannsynligvis også ha stor innvirkning. Det ser ut til at en åpen holdning til familieplanlegging virker positivt inn på bruken av f.eks. prevensjon. I USA, der slik planlegging ikke er helt allment akseptert, ser en av studier, mindre bruk av beskyttelse. At beskyttelse er rimelig i innkjøp og at sex og prevensjon er et tema man kan snakke om, ser ut

til å virke i positiv retning. Seksualundervisning med positivt fortegn ser ut til å være et viktig middel for å skape trygghet i det seksuelle landskap (Rutter og Rutter, 1997).

Helsesøster er ofte den sekundære fagperson, etter læreren, som kommer i kontakt med ungdom i forbindelse med reproduksjonsundervisning. Symptomer på negativ seksuell helse kan komme til overflaten i denne undervisningen. Helsesøster bør da kartlegge årsak for å gi adekvat støtte, samtale og veiledning. Helsesøstre har en sentral rolle i informasjon om prevensjon overfor ungdommen. Med slik undervisning kan hun fungere som en døråpner for resten av det seksuelle landskapet (ibid).

M. Fine fokuserer på at fravær av samtale om den kvinnelige lyst i pubertetsfasen kan være den primære årsak til seksuell mobbing. Hun skriver at det å bli tenåringsmor, kutte studier og innta lavinntektsyrker kan komme som tillegg og resultat av dette fraværet av samtalen omkring lyst og kåthet. Kvinnen kan oppleve en følelse av utrygghet (Fine, 1988).

Det kan virke som om planløshet rundt noen jenter er noe helsesøstre og andre helsearbeidere må ta på alvor i forbindelse med beskyttelse mot graviditet. Dette gjelder særlig om jenta er innlagt i institusjon (Rutter og Rutter, 1997).

Når det gjelder abort beskrives det at det tidligere ble antatt at en kunne øke risikoen for psykiske forstyrrelser etter et slikt inngrep, men i dag viser forskning at det er mindre hyppighet av den slags forstyrrelser etter en abort enn etter en fødsel (ibid).

Her kan en se at helsøster kan bidra på en positiv måte ved å gi oppdatert informasjon om tema, istedenfor å underbygge myter.

Loven beskriver seksuell lavalder å være til for å beskytte ungdommen mot seksuelle handlinger med «eldre» ungdom, voksne og «uønske» om sex. Det trenger ikke å være til skade for ungdommen å debutere noe tidligere enn den seksuelle lavalder, så fremt det skjer på frivillig og gjensidig grunnlag (Vrangalova og Savin-Williams, 2011).

Forbindelsen mellom tenåringers seksuelle aktivitet og psykisk velbefinnende er et kontroversielt tema innenfor atferdspsykologi. Vrangalovas empiriske tverrsnittstudie undersøker sammenhengen mellom tre aspekter av tenåringsseksualitet; genital seksuell erfaring, alder for seksuell debut og antall seksualpartnere oppimot positivt velbefinnende. Utgangspunktet for studien ble sett ut fra en gruppenorm. Det ble forventet å finne større velbefinnende hos de ungdommer som fulgte den seksuelle norm, noe man fant. Disse opplevde også et større velbefinnende enn ungdom som debuterte senere, 17 år og eldre. I motsetning til det de hadde forventet, fant undersøkelsen at høyt antall seksuelle partnere og frivillig debut lavere enn 15 år ikke opplevdes å gi lavere psykisk velbefinnende enn de som debuterte innen normen (ibid).

I tillegg til den seksuelle, fysiologiske og mentale utviklingen hos begge kjønn er det også svært mange andre arenaer ungdommen skal utvikles og sosialiseres. For å oppnå dette må ungdommen gjennom "identitetskriser" (Rutter og Rutter, 1997).

I identitetskriser er det i tråd med dette, betydningsfullt at helsesøster og den psykiske helsearbeider lytter nøye for å kunne analysere situasjonen, gi gode råd, og ved mistanke om patologi, anbefale annen helsefaglig utredning, behandling eller oppfølging.

3.6.5 «Lyst»

Ungdom er berettiget undervisning i lyst i stedet for anti sex retorikk som ser ut til å styre kontroversen omkring seksualopplysningen frem til nå. Fraværet av temaet lyst, kan reversere utvikling av seksuell subjektivitet og ansvarliggjøring hos individet, særlig hos kvinner. I tillegg beskrives det at bifile og homofile menn lettere kan bli offer for vold og trakassering. Det er disse marginale gruppene som i størst grad kan lide av at det ikke snakkes om lyst og hva denne har å si for mennesket. Det psykososiale omkring seksualiteten understrekes og beskrives å bidra til å bygge opp -særlig kvinnen, seksuelt og sosialt på en bedre måte enn det som er tilfelle i dag (Fine, 1988).

3.6.6 Onani

Genital stimulering setter i gang kjemiske og hormonelle prosesser i kroppen. Prosessene kan virke stressreducerende og gjøre at en føler seg avslappet. Å onanere som barn gjør at en kjenner hva som er godt for egen kropp, noe som igjen er essensielt når barnet skal utvikle ungdoms- og voksenseksualitet (Vildalen og Langfeldt, 2014).

Helsefeltet i vesten har etter hvert friskmeldt onani og kirkens negative syn ser ut til å ha fått mindre betydning. Til tross for dette er det fortsatt rapporter som viser at små barn ned i spedbarnsalder blir henvist til spesialister for å utrede antatte patologiske forstyrrelser når individet stimulerer kjønnnet sitt.

Også i dag gir noen religioner/kulturer føringer for hva som skal betraktes som skambelagt omkring nakenhet og kjønnenes seksualitet. Dette kan særlig være et tema når det gjelder en del innvandrede mennesker fra andre kulturer enn den vestlige (ibid).

Seksuelle leker mellom barn kan være viktig for å se forskjeller på anatomien hos kjønnene og mellom personer av samme kjønn. Det kan bidra til en forståelse av det annet kjønn og å se forskjellig ut, noe som igjen kan gi større trygghet i voksenlivet (ibid)

3.6.7 Kjønnssidentitet og utvikling av homofili

Kjønnssidentitet beskrives som det kjønn barnet føler det tilhører fra tidlige leveår og videre gjennom oppveksten. I tillegg kan en enkelt si at den psykologiske kjønnssidentiteten trer frem innenfor barnets første leveår. Den transseksuelle utvikling starter allerede i toårsalderen (Langfeldt, 1993).

I dag er det fokus på opplevelsen av å være født i feil kropp i TV. På TV2 vises programmet «Født i feil kropp». Dette programmet retter fokus på norske barn og ungdommer som opplever å føle seg født i feil kjønn og kan være en støtte for de som føler seg slik eller er pårørende til den som føler seg slik. Programmene viser at utvikling av annen kjønnssidentitet enn den en er født inn i kan medføre ekstra utfordringer for den det gjelder.

Langfeldt skriver at i tillegg til vanlige "identitetskriser" kan det bli en tilleggsbelastning for den det gjelder å måtte forholde seg til en omverden som ønsker å kategorisere mennesker i mann, eller kvinne. Samtale med personer i denne form for krise må gjøres med åpenhet og varsomhet, slik at vedkommende kan hjelpes til utvikling av egen kjønnstilhørighet. Kjønnssidentitet må ikke forveksles med legning, men den kan komme i tillegg til legning (ibid).

Betydningen av å utvikle kjønnssidentitet i forhold til inngåelse av kjærlighetsforhold overfor «riktig» kjønn er svært viktig for det enkelte individ. Det beskrives at det er utilstrekkelig informasjon rettet mot unge omkring denne fasen og at ungdommen istedenfor leter seg til informasjon gjennom pornografi. Dette gjelder i enda større grad homofile og lesbiske. Forfatteren nevner eksempler på hvor fremmedgjort den homofile kan føle seg i den ordinære seksualundervisning, da den ofte mest dreier seg om heterofilt samleie i reproduksjon (Kloep et al., 2003).

Det er viktig å skille mellom homofili og homoseksuelle handlinger skriver Langfeldt. Det å være homofil er ikke et entydig begrep. Hva er tenningsmønsteret til personen? Hvem retter forelskelsen seg mot? Det kan være at en forelsker seg i ett kjønn, men blir seksuelt opphisset av et annet? For å gjøre det ekstra intrikat sier Langfeldt at det å tenne på, ikke er det samme som en seksuell preferanse da denne kan være sporadisk (Langfeldt, 1993).

Det har skjedd en holdningsendring til det bedre i de senere år overfor homofile, men fortsatt kan en finne stor grad av stigmatisering. Den homofile må lære seg mestringsstrategier for å håndtere mulig fiendtlighet og ignorering. Den sterkeste mestringsstrategien hos mange er fortsatt å holde følelsene for seg selv (Kloep et al., 2003).

Det er skrevet mange bøker til hjelp for foreldre, helsearbeidere og andre for å oppklare og beskrive noen av de tanker den homofile i utvikling kan ha. En av disse bøkene er «Trine Marit: En bok om ungdom og (homo)seksualitet» (Wegling et al., 1997).

Det å erkjenne homofile interesser kan for mange oppleves som en katastrofe. Det kan være så vanskelig å innrømme også for seg selv at følelsene totalt fortrenses. Det kan gjøre at en aldri vedkjenner seg sin legning eller ikke "oppdager" det før i voksen alder, de såkalte "latebloomers" (Langfeldt, 1993).

Langfeldt beskriver to stadier i prosessen med å vedkjenne seg selv og sin legning:

- Erkjenne legning overfor seg selv.
- Erkjenne det for andre.

Hos unge homofile gutter er det ikke uvanlig å prøve ut sin seksualitet blant voksne menn. Innenfor gruppen er det mange som velger prostitusjon, da det for enkelte blir en måte å leve ut sine seksuelle preferanser/ legning uten å tillegge dette følelser. Personen selv kan i denne utprøvingsfasen ofte hevde at det kun er for pengenes skyld (ibid).

3.6.8 Homofili, rus- og selvmordsproblematikk

Det er mange grunner til at en bør gi temaet homofili et spesielt fokus i møte med ungdommer. Mange studier viser økt tendens til mobbing og vold overfor denne gruppa. Det er også en økt tendens til rusproblematikk. Denne masteroppgavens går ikke i dybden på denne problematikken. Dimensjonen omkring mobbing, vold, rus og selvmordstanker er svært mangefasettert og for omfattende til å bli en større del av denne masteroppgaven, men nedenfor vises det til noen av det som er skrevet om tematikken.

Det mest alvorlige når det gjelder seksuelle minoriteter i tillegg til mobbing, vold og rusproblematikk er at det er doblet risiko for selvmordsforsøk. I studien av Russel og Joyner, setter forfatterne fokus på den forhøyede risikoen for suicidale tanker og selvmordsforsøk blant ungdommer som beskriver seg som en seksuell minoritet. Det kan være homofili, lesbisk, transseksuell eller bifil. Ifølge studien kan det synes som om lesbiske blir hardest rammet av slike tanker. Det er litt usikkert hva årsaken til dette kan være, ifølge forfatterne. Forfatterne viser også at det er en sammenheng mellom nevnte gruppe i forhold til depresjon, håpløshet, og alkoholmisbruk (Russell og Joyner, 2001).

Sammen med ovenstående kan en også se Angeltveds artikkel «Ignorering av seksuell orientering i helsevesenets i møte med selvmordsnære pasienter». Forfatteren kommer med

kritikk overfor helsevesenet generelt og psykiatrien spesielt i forhold til at homofili i noen tilfeller ikke blir et tema som sees på som utfordrende, når pasienten oppsøker hjelp. Dette kan skape alvorlige problemer for personen. Forfatteren påpeker at det synes som om helsevesenet er for lite sensitive til andre seksuelle preferanser enn det å være heterofil. Dette kan bidra til å eskalere potensielt farlige mentale prosesser hos pasienten. (Angeltvedt, 2007).

Informasjon om de ekstra utfordringene en homofil og annen seksuell minoritet kan oppleve som tilleggsbelastninger, bør være et samfunnsansvar da det i dag er vanlig å anerkjenne homofile likeverdig med heterofile, også når det gjelder alminneliggjøring, lover og rettigheter. Kort sagt kan en si at opplevelsen av å tilhøre en «avvikende» legning, som noen definerer det som, kan være tøff å stå i for en ungdom som allerede sliter med sosial tilpasning og personlig identitet i puberteten (Kloep et al., 2003).

Det er vesentlig at helsesøstre og helsearbeideren generelt sett er klar over hvor viktig det er å møte personen med ekstra åpenhet og respekt i forhold til legning, kjønnsidentitet og å være oppmerksom på forhold som kan tyde på utfordringer knyttet til dette. Det er betydningsfullt at helsearbeideren som arbeider med den forebyggende seksuell helse bruker Antonovskys OAS modell som bakteppe for å gi en økt opplevelse av ego styrking og sosial støtte i de fysiske og de sosiale i utviklingsfasene i livet (Antonovsky og Sjøbu, 2012).

3.6.9 Psykososiale forandringer

I den psykososiale forandringen som skjer omkring ungdom, er det i første rekke andre ungdommers innflytelse som gjelder, men også media og foreldre har stor påvirkning. Helsesøstre og den psykiske helsearbeideren kan komme inn som støtte og gi råd i forhold til de forskjellige opplevelsene ungdommen har i denne modningsperioden.

Ungdom i pubertetsutvikling, gjennomgår forandring som også går på mental modning. Det er en relativt lang fysisk og psykisk overgang fra barn til voksen. Dette kan oppleves forvirrende for ungdommen. Foreldre kan snakke til personen som både barn og ungdom i samme samtale, det kan bli motstridende informasjon om det enkelte individets sosiale status. Hos ungdommen selv kan det svinge mellom at en føler seg vel og på topp og prøver ut voksne kodekser til at en i andre stunder kan føle seg svakere og faller tilbake som barn for å beskytte seg. I sistnevnte tilstand kan voksenverden føles fremmed og være noe en ikke ønsker å delta i og vil ta avstand fra (Kloep et al., 2003).

I denne perioden utvikles seksuell identitet. Det å skape et bilde av egen kropp henger sammen med dette. Guttene ser ut til å glede seg mer til forandringen, mens jentene ser mer avmålt på forandringene som kommer skriver forfatteren. Dette kan ha mange årsaker, men

det nevnes bl.a. at jentene ser at kvinnerollen gir lavere status enn menn. Det er også større fokus og press omkring ytre skjønnhet hos kvinner (ibid).

3.6.10 Økning av psykiske forstyrrelser i ungdomsårene

Som nevnt i kapitlet 3.6.8 stiger selvmordsraten mer hos personer som i utviklingen føler en annen legning enn den heterofile, men også hos unge generelt stiger denne raten. Noe kan skyldes psykiske reaksjoner på selve puberteten, men en kan også tenke seg til at store omveltninger og krav som angår voksenlivet må sees på som viktige faktorer. Dette på toppen av andre indre psykiske faktorer (Kloep et al., 2003).

Menstruasjonen i seg selv kan skape reaksjoner hos jenta. Det kan oppleves både positiv, negativ, eller gi ambivalens. Når en beskjeftiger seg med disse reaksjonene er det viktig å se at pubertet er en svært sammensatt fase og at det er store individuelle forskjeller (Rutter og Rutter, 1997).

Helsesøstres og den psykiske helsefagarbeiderens faglige bakgrunn kan komme til nytte i bl.a. samtale omkring psykiske reaksjoner på fysiske forandringer. Deres faglige ståsted kan være med å oppklare uklarheter å forklare kroppslige fenomener som virker utfordrende. Dette i samarbeid med ungdommen selv og foreldrene (Kloep et al., 2003).

Temaet seksualitet har vært -og er fortsatt forbundet med avvik og problemer knyttet til reproduksjon. Det er lite fokus på seksualitet og lyst som en god kraft innenfor god relasjonell fungering, selv om det er kunnskap om sammenhengen mellom disse tema (ibid).

Gjennom arbeidet med denne masteroppgaven og litteratursøk er det vanskelig å finne mye stoff om resultater av hva positiv vinkling på hva god og trygg seksualitet kan gi av styrke rundt individets egenverd og identitet. Feltet får trolig større fokus fremover.

3.7 Seksualitet presentert i media

Gjennom ulike fokus i media kan det virke som om seksualitet blir noe skandaløst Fokus på den mentale delen tas ikke på alvor. Dette kan gi negative konsekvenser for barn og ungdom. Å gi adekvat informasjon omkring seksualitet overfor ungdom virker positivt. Det viser seg at ungdom primært ønsker info fra foreldre, skole og media angående normer og seksualitet (Brown et al., 2006).

Sosial kognitiv teori underbygger at observatøren (ungdommen) etterligner den adferd de ser i media eller det virkelige liv, observasjonslæring (Hust et al., 2008).

Studier har funnet at hyppig eksponering overfor seksuelt innhold i tv, musikk, film og blader i tenårene kan gi tidligere initiering av samleie (Brown et al., 2006).

Flere studier gir bevis på at særlig TV programmer viser at programmene ikke ser seg selv i feltet «helseopplysning» (USA). De programmer som finnes, fokuserer mer på eksplisitt sex, enn seksuell helse – informasjon (Guzmán et al., 2003).

Det er mulig å inkludere relevant og presis seksuell helseinformasjon på en underholdende måte. Det å presentere helhetlig seksuell kunnskap som underholdning kan være effektivt overfor ungdom. Ungdommen kan bli sikrere i det å leve et seksuelt, sunt og ansvarlig liv basert på mer kunnskap enn kun om seksuelle handlinger (Hust et al., 2008).

Innenfor media er også pornografi tema. Ungdom er i dag i stor grad knyttet til nettet. Det er stor sannsynlighet for at ungdom på søking vil finne sider som omhandler sin seksualitet i pornografiens rammer. Den som underviser bør ha pornografi som tema og forklare hva dette egentlig er i veiledning overfor ungdom (ibid).

Forskning viser at inntrykk fra pornografi kan ha negativt utfall på ungdommens eget seksuelle uttrykk og er et tema som må tas på alvor (Häggström-Nordin et al., 2006).

Gutter portretteres typisk som besatt av sex og seksuell ytelse. Dette kan en bl.a. se i de amerikanske " tenåringsfilmene", "American Pie" (1999) og "There`s something About Mary" (1998). Jenter i film og musikk, mer som beskyttende og gjennomtenkte. "Papa don`t preach" av Madonna fra 1986 er et eksempel på sang myntet på jenter, der hovedpersonen går imot sin fars ønske om å ta vekk barnet hun bærer på (Hust et al., 2008).

Helsesøster og den psykiske helsearbeideren må se at det i dag fortsatt er forskjell på kjønn presentert i media og det individet selv opplever. Dette gjelder også kjønnsidentitet og legning, dette til tross for at det er en økende likestilling i forhold til hvilke krav og uttrykk en forventer mellom -og innenfor kjønn.

4 Metode

Den enkelte helsesøsterstudentens erfaring med hvordan temaet «seksuell helse» blir vektlagt og hvordan kunnskapen skal formidles til barn og ungdom, er hovedtema i denne masteroppgaven.

4.1 Valg av kvalitativt forskningsintervju

Innenfor helsesøsterstudentens opplevelse av temaet «god seksuell helse som del av helhetlig psykisk helse», må en stille seg åpen for et mangfold av svar. Temaet kan oppleves som komplekst og sammensatt. Innen en slik problemstilling kan kvalitativ metode være et nyttig redskap (Malterud, 2011).

Kvalitative forskningsmetoder generelt og temabaserte intervju spesielt beskrives å være godt egnet for å gi innsikt i, forståelse og fortolkning av andre menneskers liv (Thagaard, 2013).

I oppgaven benyttes individuelle semistrukturerte intervjuer for å gå i dybden under samtale med et utvalg informanter. Det gjøres en vitenskapelig tilnærming basert på fenomenologi og hermeneutikk.

Når en ser hermeneutikken eller fortolkning av tekster, eller en filosofisk teori om all forståelse, kan en se at forforståelse av tema i dette prosjektet blir egne hypoteser opp mot andres teorier (Nåden og Braute, 1992). Denne forforståelsen omkring, i dette tilfellet, «god seksuell helse som del av helhetlig psykisk helse», veies opp mot helsesøsterstudentenes erfaring omkring hvordan fokus på «god seksuell helse» blir behandlet i studiesammenheng og den meningen eller opplevelsen dette skaper hos den enkelte.

Opplevelsen blir den fenomenologiske tilnærmingen til hermeneutikken. Det vil si at en ser et fenomen, i dette prosjektet, helsesøsterstudentens erfaring og bevisstheten omkring den informasjonen hun får vedrørende seksuell helse i studiet, oppimot hvordan hun forholder seg til denne ved utøvelsen av kunnskapen i praksis. Hermeneutikken blir å se svarene informantene gir, gjennom stadier av fortolkning (Thagaard, 2013).

4.2 Fordeler og ulemper ved kvalitativ metode

En av fordelene ved å bruke kvalitativ metode overfor forskningsspørsmålet er at det blant annet kan åpne for overraskelser. Kvalitative metoder beskrives også å gi få avgrensninger på de svarene respondenten gir. Metoden legger vekt på detaljer og det spesielle ved hver respondent. Kvalitativ metode kan derfor sies å ha høy begrepsgyldighet. Svaret på spørsmålet en stiller er det en ønsker å finne svar på. En ser i neste steg at fortolkningen av data forholder seg til det informanten har gitt av informasjon. Åpenheten i spørsmålstillingen kan gjøre at informasjonen blir mer nyansert. Kvalitativ metode kan sies å være fleksibel, også i forhold til at problemstillingen kan endres underveis og nye momenter kan trekkes inn og belyses. I tillegg påpekes det at informanten kan bidra med det spesielle og særegne i sin kontekst (Jacobsen, 2005).

Ytre validitet i kvalitativ metode må sies å være lav og svarene er ikke lette å generalisere overfor «alle», i dette tilfellet helsesøsterstudenter. Den indre validiteten er derimot bedre da de valgte indikatorene måler det forskeren ønsker å måle, i dette tilfellet studentene i den settingen de er. Reliabiliteten i svarene må sies å være høy, men samtidig vil nok samme intervju i fremtid muligens komme til andre svar, ny forskning og nye studieplaner i helsesøsterutdanningen kan gi nytt kunnskapsgrunnlag (Malterud, 2011).

Informantene og intervjuer kommer fra forskjellige bakgrunner, noe som kan, innebære at en har ulike former for interaksjon. Dette gjelder både overfor tema, -til initiativ, og det å være direkte og liknende. Hensikten med samtalen defineres av intervjueren, men kunnskapen blir til i et samspill mellom intervjuer og informant (Kvale et al., 2015).

Det er usikkert hvor mye dette siste påvirket intervjusituasjonen og dermed gyldigheten av oppgavens data, men det er en faktor en må ta med. Til forsvar for dataene som fremkom må det sies at alle informantene virket som de hadde et seriøst ønske om å gi opplysninger på en god og likefrem måte.

4.3 Utvalg informanter

Til denne masteroppgaven ble det rekruttert fem helsesøsterstudenter i avangsemesteret i studiet. Målet var å finne svar på hva disse opplevde som viktig og interessant i forelesninger omkring veiledning og undervisning overfor barn og ungdom i temaet «god seksuell helse» innenfor helhetlig psykisk helse. Ønsket var så å finne data som kan overføres til arbeid overfor barn og ungdom henvist til psykisk helsevern.

Helsesøsterstudentene har samme grunnutdanning (sykepleie), men til tross for likt faglig utgangspunkt er det avvik i svarene. Dette kommer til syne i drøfting og analysedel av denne masteroppgaven.

Informantene var alle kvinner. Dette gjenspeiler ganske sterkt at det innenfor helsesøsterstudiet kun er kvinner som søker utdannelsen (med noen ytterst få unntak). Informantene i denne masteroppgaven var mellom 20 og 30 år og kom fra forskjellige steder i landet. Noen fra by, noen fra landet. Noen var i faste forhold, noen single. Noen med - og noen uten barn. Informantenes forskjellige geografiske – og personlige bakgrunn og erfaring kan være noe av årsaken til svarenes bredde og variasjon.

4.4 Informasjonsbrev og samtykkeerklæring

Det ble enighet i samråd med veileder at fem avgangsstudenter ved helsesøsterutdanningen ville være tilstrekkelig for å se på studiets tilnærming til forskningsspørsmålet i oppgaven. Fem studenter ville gjøre at utvalget ikke ble for stort for analyse av data, samtidig som det ga et tverrsnitt av gruppens opplevelser innen tema god seksuell helse.

Utvalget kan nå et «metningspunkt». I dette ligger det at det kan oppleves som unødvendig å ha et stort antall, om det kan antas at et større utvalg ikke vil bidra til ytterligere utdyping av svarene fra intervjuguiden (Thagaard, 2013).

For å rekruttere studenter til oppgaven, ble studieleder ved helsesøsterutdanningen ved Høgskolen i Sør-Trøndelag (HIST) kontaktet. Muntlig og skriftlig ble hun forklart prosjektets tema og begrunnelse for valget. Via studieleder ble en beskrivelse av prosjektet med link til påmelding lagt ut på studentenes læringsplattform "It's learning".

Det skulle vise seg å være noe utfordrende å finne informanter. Dette kan ha flere forklaringer. Først og fremst kan oppgavens tema bli opplevd som sensitivt/privat, men det kan også skyldes at studentene ikke ville bruke "unødig" tid på å være informanter i avgangsfasen av studiet. Intervjuene ble lagt ganske tett opptil studentenes avgangseksamener våren 2014. Ved å invitere til studien en ekstra gang ordnet det seg med de fem informantene det var behov for. I tillegg meldte tre informanter seg i tillegg om noen av de fem skulle trekke seg.

Da informantene møtte til intervju fikk hver enkelt en skriftlig gjentakelse av informasjon om prosjektet samt en samtykkeerklæring (vedlegg 3).

Det ble lagt stor vekt på at informantene skulle føle seg ivaretatt og trygge før, under og etter intervjuet. Det ble understreket at informanten skulle delta i prosjektet ved et

informert, fritt samtykke og at den enkelte hadde anledning til å trekke seg når som helst i prosessen, også etter at intervjuene var gjennomført.

4.5 Intervjusituasjonene

Alle intervjuer ble lagt til samme dag i mai 2014. Det ble avsatt en drøy time pr informant og lagt inn ekstra tid om det skulle oppstå noe uforutsett.

Intervjuene foregikk i et møterom ved Høgskolen i Sør Trøndelag (HIST) nå NTNU. Hver informant satt rett ovenfor intervjuer. Opptaker ble lagt midt på møtebordet. Intervjuer var åpen for spørsmål i forkant, under og etter intervjuet.

Informantene fremsto komfortable i intervjusituasjonen og fokuserte omkring de spørsmålene som ble stilt.

I etterkant av hvert intervju ble det gjort en uformell samtale med hver enkelt informant. Dette som en form for «debriefing» siden samtaler om seksualitet kan oppleves sensitivt og privat for noen. Ingen uttrykte at de hadde opplevd intervjuet eller intervjusituasjonen som negativ. Hver enkelt informant ble oppfordret til å ta kontakt med intervjuer i etterkant, om de hadde spørsmål i forhold til intervjusituasjonen og om studien generelt.

4.6 Datainnsamling og transkribering

Samtaler med 2 sexologer og forfatterens hypoteser omkring temaet ble brukt som forforståelse (vedlegg 2), før nedtegnelse av intervjuguiden. Det ble så gjort et testintervju i deler av intervjuguiden med en av sexologene (vedlegg 3). Intervjuguiden svarte til forventningene.

Intervjuene var semistrukturerte. Under noen av spørsmålene ble det valgt tilleggsspørsmål for å utdype svarene. Ved en slik tilnærming har en mulighet til å komme med oppfølgingsspørsmål og gå i dybden underveis (Malterud, 2011).

De få tilleggsspørsmålene som ble benyttet ga en form for fleksibilitet både hos intervjuer og informanten. Å ha denne fleksibiliteten er avgjørende for å avklare uklarheter, da intervjuer gikk inn i intervjusituasjonen med noen antagelser, men uten mye forforståelse om informantenes studiesituasjon (ibid).

Intervjuet ble innspilt digitalt på en «Samsung Galaxy S3» og lastet opp til «Onedrive». Forfatteren er den eneste som har kode til lagringsstedet.

Ved å nedsette hastigheten på innspillingen ble opptaket transkribert av forfatteren.

4.7 Gjennomføring av analyse

Etter gjennomført transkribering ble svarene lagt inn i et skjema. Dette skjemaet viste likheter og ulikheter i svarene. Informasjonen ble fortolket og samlet i sammendrag som igjen skulle følge problemstilling og teori. Sammendragene ble, i tillegg til teori, brukt som grunnlag for drøfting.

K. Malterud viser til en struktur omkring analyseprosessen. Analysen skal være gjennomarbeidet og veldokumentert. Dette for å skille mellom vitenskapelig analyse og overfladisk synsing (Malterud, 2011).

Det gjøres en analytisk reduksjon ved å drøfte tolkninger opp imot hverandre. Forskeren skal i tillegg se på sin rolles påvirkning gjennom de forskjellige fasene av analyseprosessen. Analyseprosessen kan deles i fire, noe som ble gjort i gjennomgangen av data i transkriberingen. Svarene går fra villnis til temaer for å få et helhetsinntrykk. Så fra temaer til koder for å finne meningsbærende enheter og fra kode til mening slik at meningsinnholdet ble kondensert eller fortettet. Til sist blir det kondenserte meningsinnholdet til beskrivelser og begreper eller sammenfatninger som brukes i drøftingsdelen av prosjektet (ibid).

Gjennom en slik tilnærming kan andre se gangen i analysen som er gjort. I arbeidet med datamateriale er det tatt hensyn til gjennomgående trekk og samtidig løftet frem data fra den enkelte deltaker. Analysen gjennomgår en dekontekstualisering, hvor deler av stoffet sammenlignes med andre elementer i materialet som sier noe om det samme. Ved rekontekstualiseringen påser en at sammendragene fortsatt stemmer overens med helheten i konteksten de ble trukket ut fra. En slik tilnærming kan blant annet beholde sammenhengen omkring prosjektets problemstilling og informantens virkelighet (ibid).

Subjektiv fortolkning står i en viss fare for feiltolkning og en kan ikke være sikker på om bildet hos den som fortolker innholdet, stemmer overens med det informanten fremsetter. Det kan være at informanten ikke gjenkjenner fortolkningen intervjuer legger i uttrykkene (Thagaard, 2013).

Analyseprosessen i denne studien er forsøkt lagt tett opp til transkriberingen, for på en god måte fremme meningsinnholdet i det den enkelte har fremsatt.

4.8 Anonymisering

Informantenes anonymitet ble vektlagt i stor grad. Informantene er tildelt tall i stedet for navn.

Transkriberingen ble gjort med vekt på den enkeltes dialekt. Det er dermed vanskelig for andre å identifisere informanten.

4.9 Etiske overveielser

Før prosjektstart ble Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) kontaktet pr. telefon og det ble skissert en beskrivelse av prosjektet. Vinklingen på prosjektet medførte at det ikke var nødvendig med søknad til REK. Fokus er hovedsakelig lagt til undervisningen som gis innenfor temaet og refleksjoner omkring dette.

Prosjektet ble innmeldt til Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD) (vedlegg 4). I 2015 ble forfatteren av denne masteroppgaven kontaktet av NSD for å svare på om kildene var anonymisert, noe som ble bekreftet.

Sammen med det formelle, var det som nevnt ovenfor, viktig å vise aktsomhet og stor respekt overfor den enkelte informant, da noen kan oppleve tema som sensitivt.

Det beskrives som viktig at intervjuer skal være opptatt av å ha en viss nærhet og fortrolighet, basert på gjensidighet, tillit og respekt overfor informanten (Malterud, 2011). Intervjuet fulgte disse føringene og informantens tempo.

5 Funn og diskusjon

5.1 Introduksjon

Informantene viser genuin interesse for temaet i oppgaven. Svarene ga et spenn mellom de som var positive til helsesøsterstudiets generelle fokus på seksuell helse som tema, til de som var mere avmålte eller negative.

Kapitlet starter med å vise til de tema som ble kontekstualisert ved sammendrag fra svarene som var uttrekk i skjema.

Under overskriftenes hovedtema, blir det vist til spørsmålet som ble stilt. Det gjøres så en generell diskusjon av sammendrag fra de forskjellige informantenes svar fra skjema.

For å vise til noe av spennet i svarene blir det vist til noen sitat av de svar som fremkom. Fortløpende i teksten kommer sitater fra informant I 1, Informant 2 (heretter I1, I2 etc). Data er nedtegnet slik informantene formidlet det verbalt og kan virke noe usammenhengende.

Sitatene diskuteres oppimot litteratur, egne tanker og andre informanternes svar og også oppimot det svarsammendrag som presenteres først i hvert tema. Under hvert hovedtema kommer forskjellige undertema som er utdrag fra svarene til informantene. Dette er utdrag som ble funnene i skjema ved analysen.

I avslutning av hvert hovedtema og undertema kommer en konklusjon av den diskusjonen som er gjort under hver overskrift.

5.2 Diskusjonstema

Basert på dataanalysen kom jeg frem til følgende fire tema som vist i kapittel 1.2.

- Helsesøsterstudiets vektlegging av seksuell helse som en del av helhetlig psykisk helse.
- Helsesøsterstudiets fokus på veiledning og undervisning omkring god seksuell helse overfor barn og ungdom
- Tema som skulle vært mere vektlagt i undervisning for å minske risikoen for negativ seksuell helse
- «God seksuell helse» og dens betydning som del av helhetlig psykisk helse.

Disse tema blir benyttet som hovedoverskrifter i analysen av svarene fra informantene.

5.3 Helsesøsterstudiets vektlegging av seksuell helse som del av psykisk helse

Spørsmål: «hvordan vurderer du studiets fokus på – og vektlegging av seksuell helse som en del av psykisk helse»?

Svarene varierer fra at fokus er svært godt, til mindre godt. Det uttrykkes at det har vært gode forelesere med forskjellig fagbakgrunn. Informantene sier imidlertid at det er relativt dårlig knyttet opp mot psykisk helse og at undervisningen for det meste har hatt en somatisk vinkling.

Det fokuseres på beskyttelse mot kjønns sykdommer, overgrepssproblematikk, kjønnslemlestelse og andre årsaker som kan føre til dårlig seksuell helse. Det er lite fokus på gleden av å ha et godt seksualliv, eller det å ha et godt forhold til egen kropp, seksualitet og hvordan dette kan oppnås.

Sitat I 4:

Hmmm, fokus på seksuell helse i studiet har vært veldig bra. Vi har hatt fokus på det psykiske aspektet ved det. Vi har hatt ei uke med mye forskjellige forelesninger og der har vi tatt opp ulike tema. Så jeg føler vi har fått et bredt utgangspunkt før praksis.

Sitat I 5:

Pause...mmm. ... Vi har hatt litt om det, men jeg syns vi godt kunne hatt enda mer om det. Æhhh, litt hvordan helsesøstre skal møte ungdom litt opp i årene når de kanskje får ja litt ting på avstand og er eh... sett ut det er veldig sånn praktisk om eh hvordan du skal styre graviditet, kjønns sykdommer og alle disse tingene, men selve psykisk helse i forhold til det her syns jeg vi kunne hatt mye mer om, også i forhold til mer i media om eh seksuell overgrep og alt sånn, hvordan møte den gruppen ute, det syns jeg vi skulle.

Intervjuer:

-er det slik at spesialister innen psykologi / psykiatri har forelest?

Sitat I 5:

Nei, vi hadde ikke psykolog, men vi hadde psykolog i en annen sammenheng, men ikke spesielt i forhold til barn/ungdom og seksuell helse.

Basert på disse sitatene ser en at informantene fremhever det somatiske fokus i undervisningen og etterlyser mer av det psykologiske aspektet.

5.3.1 Et somatisk fokus

Som nevnt i innledningen på denne oppgaven, og som informantene påpeker, virker det som om det er stort fokus på årsaker som kan lede til dårlig seksuell helse. Dette er et viktig område å ha fokus på, men det ser ut til å være få rettesnorer til hva som mentalt kan skape god seksuell helse, det å være fortrolig med egen -og andres kropp, lyster og følelser.

Ungdom får beskjed om hva de skal passe seg for. Det samme gjelder informasjon om det første samleie for jenter. Informasjonen kunne vært fremstilt med en mer direkte og positiv tone (Vildalen og Langfeldt, 2014).

Om informasjonen til jenta i pubertet skriver M.W. Aasland noe omskrevet at «Snart vil du sannsynligvis ha ditt første samleie. I den forbindelse er det bra om du ønsker det og at kroppen din er klar for det i form av å være tilstrekkelig kåt (kjenn din egen kropp). Det er også lurt å ha litt glidemiddel for hånden slik at penetreringen går glattere» (Aasland, 2015).

Dette eksemplet på informasjon kan kanskje oppleves som noe «enkel», men viser at informasjonen bør ha en lett og direkte tone og gjerne en humoristisk vinkling. Senere under drøftingen kommer svarene til informantene nærmere inn på hvordan de ønsker at informasjon og fokus bør være i samtaler om seksualitet med barn og ungdom. Som en kan se i svarene fra informantene og veiledere fra WHO og Helsedirektoratet, er det i dag ønske om større fokus på den psykologiske tilnærmingen til temaet seksuell helse, dvs følelsene omkring opplevelsen av seg selv som seksuelt vesen.

I svarene fra informantene fremstår den somatiske opplevelsen av seksualitet, gjerne i negativ retning, som en større del av undervisningsmaterialet enn den følelsesmessige biten. Dette kan bidra til å gi seksualiteten et «smertens språk» (Hellesund, 2008). Når de forskjellige informantene beskriver undervisningen, virker det som om noen av foreleserne ikke har full fortrolighet overfor spennet i temaet. Dette er noe også Helsedirektoratet fremmer. De skriver at spørsmålet er om ikke dagens undervisning er noe foreldet og at det negative i seksualiteten opptar for stor plass i forhold til den positive og oppbyggelige (Helsedirektoratet, 2010). Det må skytes inn at aborttallene de siste årene har vært stigende, så det er svært viktig å undervise i forhold til uønsket graviditet, dvs. prevensjon.

Det å oppleve fortrolighet i egen kropp, kjønn og kjønnsstilling ses på som svært viktig, med dette også fravær av informasjon om "lyst". M. Fine skriver i sin artikkel at det i dag er viktig å fokusere på lyst i stedet for «anti sex» retorikk. Forfatteren mener eldre modeller for undervisning gjør at kvinner og homofile lettere er i risikosone for forskjellige problemer knyttet til seksualiteten. Psykososiale faktorer må komme sterkere inn i undervisningen. Ved ikke å nærme seg dette temaet på måten som beskrevet ovenfor, bidrar

skolen og andre til å underbygge allerede eksisterende holdninger i samfunnet (Fine, 1988). Hennes beskrivelser i kan være med på å kaste lys over hvor viktig god veiledning og undervisning kan være for ungdom i utvikling og graden av velbefinnende den enkelte kan oppleve. I artikkelen kommer det også frem at den offentlige skole kan være et område der unge kvinner gjennom god utdanning, også innenfor seksualitet, kan bli tilbudt et godt språk som kan gi opplevelse av styrke. På en slik måte kan disse kvinnene bidra til å puste liv i ny posisjon i forhold til samfunnskritikk og erfaring. Den enkelte kvinne kan oppleve bedre følelse av rettigheter fremfor å få en følelse av å være et offer. Hun kan oppleve autonomi fremfor følelsen av å bli kontrollert. Dette kan bidra til større grad av seksuell selvtilit. Betydningen av at informasjon gitt, særlig overfor kvinner, og marginale grupper må følge ny forskning og være oppdatert. Slik kan gamle holdninger etterhvert fordampe (ibid).

Ovenstående viser den viktige rollen helsesøsteren og den psykiske helsearbeideren har i forhold til undervisning og betydningen av å snu fokus i seksualopplysning over til den følelsesmessige delen, særlig overfor jenter og homofile.

5.3.2 Seksuell debut

Jenter debuterer seksuelt noe tidligere enn gutter. Halvparten av ungdommer har debutert når de har nådd 17,3 år alder for jenter og gutter rundt 18 år (Træen og Gørvell, 1995). Det er altså ikke slik at norsk ungdom debuterer «for tidlig» i forhold til seksuell lavalder på 16 år. Det å debutere tidligere enn denne lavalderen trenger heller ikke å være til skade for den enkelte (Vrangalova og Savin-Williams, 2011).

Seksuell debut baserer seg, etter min forståelse, på ungdommens fysiske og mentale modenhet og er et tema det er utfordrende å gi råd i forhold til. En kan som ferdig utdannet helsesøster og psykisk helsearbeider prøve å finne ungdommens grad av modenhet for å gi informasjon som vedkommende opplever som viktig og interessant. En kan blant annet informere om at debut tidligere enn 16 år ikke trenger å bety skade (ibid).

Yngre barn har ofte et språk som er mere direkte. De sier lettere hva de ønsker og ikke ønsker. Den som informerer/underviser bør ta hensyn til dette. Det at ungdommene er i samme alder (og modenhetsgrad) ved debut har stor betydning. Større aldersforskjell ved seksuell debut kan gi problemer med seksualiteten senere. Senere debut enn seksuell lavalder kan også gi utfordringer (ibid).

Fokus på den psykologiske siden av temaet seksualitet og det gode i seksualiteten øker (Fine, 1988). Dette går noe imot det informantene fremhever som fokus i undervisningen, det somatiske fokus. Informantene påpekte i svarene at de som kull har hatt

gode diskusjoner både i og utenfor studiesammenheng, slik at de har kommet sammen og utvekslet erfaring og teori de selv er opptatt av, kanskje kan denne informasjonsutvekslingen være bidrag innen det psykologiske oppimot tema?

Helsesøsterstudentens interesse og engasjement for temaet bidrar til å tro at det er rom for forandring og gjennomgang av den gjeldende fremstillingen av temaet, både i helsesøsterstudentens studie og i senere undervisning til ungdom i praksisfeltet.

5.4 Helsesøsterstudiets fokus på veiledning og undervisning omkring god seksuell helse overfor barn og ungdom

Overfor barn og ungdom blir undervisning noe forskjellig ifølge informantene. Kort sagt kan en si at overfor barn blir fokus den seksuelle leken og nysgjerrigheten, hos ungdom bør undervisningen bære mer preg av å veilede i grensesetting og å være åpne for utvikling av forskjellige seksuelle identiteter -og legninger.

5.4.1 -til barn

Spørsmål "Seksuell helse, vektlagt overfor – barn".

Spørsmålet gir mange forskjellige svar. Informantene har ulik vinkling i oppfattelse av hva undervisningen har inneholdt omkring tema. Noen understreker legning, andre grenser.

Grunnlaget for all menneskelig fungering er kjærligheten. Seksualiteten er et medfødt fenomen som er til for å sikre overlevelse og andre viktige prosesser i et menneskes liv. Det understreker at egenverd og tillit skapes av seksualiteten og dette beror mye på de opplevelsene en har i tidlig barndom (Vildalen og Langfeldt, 2014). En bør som helsearbeider ha fokus på salutogen tilnærming til tema for å bedre OAS (Lindström og Eriksson, 2010).

Sitat I 4:

-Veldig viktig å vektlegge det (legning red.). Alle barn har hørt om homofile, bifile og transseksuelle og det å nevne det for barn og åpne for spørsmål er viktig å ha det i tilknytning med at de kanskje ser at barn som henger med bare jenter, bare gutter at det e at me ska vektlegge det fordi der er veldig naturlig.

Sitat I 2:

-Det vil si at jeg ser i praksis at det er nødvendig med nok ressurser. At ressursene går inn i de klassene en velger å gå inn i. En bør være inne i tredje og femte barnetrinnet da, å der ser æ at det er mye i forhold til å snakke om den spennende utviklingen kroppen går igjennom og ikke minst det der at kroppen min er kroppen

min. Grenser. Hva som er greit for meg. Det tenker jeg er viktig på barneskolen. En kan snakke litt med dem å reflektere med dem om hva som er ok. «Jeg har min egen kropp og mine egne grenser og de skal respekteres». I femte begynner vi så med pubertetsundervisning. Da må en belyse det å gjøre det så positivt og normalisere det som skjer (skal skje) og at alt er veldig individuelt. Fer det en ser er at de sammenlikner seg mye med hverandre, det begynner de med veldig tidlig og det gjør en ofte. I forhold til pubertet og det med at noen begynner etter hvert å bli forelska i det annet kjønn og kanskje ikke er rede. Det er veldig mye som skjer i den tida der. Viktig å åpne en kanal for ungene. Dette snakket vi om i en prosess slik at de føler at de kan henvende seg til lærer eller helsesøster om de har noen spørsmål. En må delta i den prosessen de er.

Som en kan se av sitatene sier informantene at det er viktig å åpne for legning i tidlig barneår. Gjerne seksualundervisning i barnehagen. De påpeker at det å hjelpe barnet til å sette grenser også er et viktig tema.

Hos barn er det leken som står i høysetet og det er viktig at denne leken blir så fri og preget av trygghet som mulig innenfor visse rammer. Den seksuelle leken som skjer mellom barn og måten de tar på sitt eget og den andres kjønn. Petting er en slags spire til senere onani (Træen og Gørvell, 1995). Den seksuelle leken og sammenlikningen er noe helsesøsteren og den psykiske helsearbeider må ta på alvor og tilrettelegge for, da dette er nært forbundet med lyst og glede. Utfordringen kan bli hvilken veiledning, undervisning og informasjon som skal ligge innenfor tema. Dette kommer jeg inn på senere ved at informantene etterlyser et generelt undervisningsopplegg i seksuell helse som helsesøstre og andre helsearbeidere kan følge.

5.4.1.1. Et positivt vinklet syn på seksualiteten overfor barn

I Norge virker det som en i dag etterstreber å få et positivt syn på egen og andres kropp allerede fra barnehagen, dette er i tråd med Helsedirektoratets veileder (Helsedirektoratet, 2010).

Ved søk i artikler om temaet «kropp», «barn», «utdanne», på engelsk og norsk er det få treff når det gjelder positiv tilnærming til temaet og hvordan temaet skal legges opp i undervisning, men disse øker jo yngre forskningsmaterialet er.

I motsetning til hva Helsedirektoratet fremmer virker det ikke å være optimal undervisning i tema eller for hva en bør fokusere på av god kroppslig seksuell helse i praktisk

veiledning og undervisning. De fleste omhandler observasjon av barns negative seksuelle uttrykk. Noe informantene viser i sine svar. Dette gjøres for å avdekke- og komme med tiltak for å forsøke å avverge senere problematferd. Om barnet i forkant av disse negative uttrykkene fikk en forståelse eller veiledning i forhold til hva god kroppslig/ seksuell helse innebærer, kan en tenke seg at de fleste barn ville følge «retningslinjene» og at færre «valgte» avvik som man trenger å rette tiltak i forhold til. Med avvik mener jeg de som går i en helsemessig usunn retning, krenkelser av andre eller fetisjer som kan være potensielt skadelig for personen.

Det sier seg selv at det er viktig i observasjon av barn, å være observant på tegn som kan tyde på gryende negativ seksuell helse. Dette gjelder hele barndommen opp til -og gjennom puberteten. En kan da bidra til å avdekke og rette opp opplevelser som kan skape dårlig seksuell helse og dårlig helhetlig psykisk helse senere. En må forsøke å skyve fokus fra det negative omkring seksualiteten over til det positive og hva seksualitet kan gi av positive effekter i livet, eller slik som Ollendorff sier God seksuell helse *er* «seksuell autonomi» (Ollendorff, 2013). I dette kommer også å fremme tema «lyst» (Fine, 1988)

I boka «På død og liv», beskrives ulempen med å omtale, i denne boka homoseksualitet, med et «smertens språk», ved at en fokuserer på homoseksualitet, tragedie og død og de konsekvenser dette kan ha (Hellesund, 2008). En kan av dette trekke slutninger om at en skal ha et salutogent fokus på tema for å skape god opplevelse av sammenheng i den utvikling som skjer (Lindström og Eriksson, 2010).

Informantene nevner at omsorgspersoner (foreldre) står som svært viktige i den unges sårbarhetsfaser. Omsorgspersonene er viktige å ha med når en åpner opp for temaet seksualitet og puberteten, slik at barnet og foreldrene i best mulig grad følger hverandre og er klar over de forandringer som kommer til å skje. I boka «Møte med det selvmordstruede mennesket» skriver forfatteren at det er svært viktig å ha med foreldre (foresatte red) både når det gjelder barn og ungdom i tilnærmelsen til temaet selvmordstenkning (Austad, 2010).

Helsesøsteren skal i praksisfeltet ha en «oppdragerrolle» (Goth og Berg, 2014). I dette ligger vel også at hun kan fungere som en brobygger mellom barnet, foresatte og de ansatte i for eksempel barnehagen. Hun kan med sin sykepleiefaglige bakgrunn og spesialisering bidra med informasjon som forklarer fenomener både overfor foresatte, personale/lærer – og overfor barnet. I dette kan en å se at barnehage, foreldre og helsesøster bør ha tett kontakt, slik at en får god og forståelig sammenheng. I dette må en fokusere på hvilken måte informasjonen skal gis på bakgrunn av barnets kjønn, alder og modenhet, og at informasjonen må gis til rett tid (Helsedirektoratet, 2010).

Flere av informantene etterlyser et fast undervisningsopplegg eller en veileder som alle helsesøstre (og den psykiske helsearbeider red.) i arbeid overfor barn og ungdom i Norge kan følge. Et innspill i dette temaet er informantenes mening om at det skulle vært lagt opp til statlige maler/undervisningsopplegg for undervisning av barn og ungdom innenfor forskjellige aldre, dette kunne også gitt godt grunnlag for evaluering av undervisningen.

Kanskje kunne en lage grupper basert på alder og modenhet og fått inn humor og lek i håndteringen av tema? Jeg kan si meg enig med informantene og forfatterne av boka «Folkehelse i et norsk perspektiv» Ved et overordnet undervisningsopplegg kan en stadig evaluere og forbedre undervisningen basert på de funn som kommer frem (Goth og Berg, 2014). En kan også tilrettelegge undervisningen i forhold til utviklingen innen forskning og i samfunnet generelt, om mulig, også integrere modeller rettet mot andre kulturers syn på temaet i et multikulturelt lys (Ulvund, 2009). En overordnet føring kunne også gitt andre positive utkomme, som jeg kommer inn på senere i drøftingen.

Ved søk på fagartikler om tema får jeg som tidligere nevnt en liste av uttrykk for dårlig seksuell helse, noe som kan tyde på at det er de negative utfall av seksuell helse det i høy grad blir fokusert på. Mitt spørsmål blir da om den negative vinklingen overfor temaet kan fargelegge det uttrykket barnet (og ungdommen) oppfatter? Den negative vinklingen kan sette seg og seksualiteten kan derfor bli forbundet med noe dystert (Hellesund, 2008). Hvilken konsekvens kan dette ha for videre utvikling?

Informantene understreker betydningen av å avdekke problemer i forkant av reaksjoner. At en i praksisfeltet må gi god veiledning og undervisning, men samtidig nærme seg temaet på individets premisser.

Studier setter fokus på at det er en forhøyet suicidrisiko ved annen legning enn den heterofile, særlig hos lesbiske (jenter) (Russell og Joyner, 2001) (Hellesund, 2008). På grunnlag av dette kan en se at det er viktig å åpne opp for temaet legning så tidlig som mulig, på den måten kan temaet normaliseres, modnes og «synke inn» før en trer inn i puberteten. Informantene påpeker at det ikke er barnet som setter grenser. Grenser for samtalens innhold er noe den voksne setter.

Modellene for seksuell helse i skolen er svært sprikende. Noen er basert på biologi, noen på religion, mens andre igjen er rettet ut ifra pedagogikk og egne erfaringer/studier. Temaet blir «ufagliggjort» (Vildalen og Langfeldt, 2014).

En kan anta at det samme gjelder i barnehager med forskjellige grunnfilosofier for den type omsorg og informasjon som gis. Slik som opplegget er i dag er det umulig å se om det er positiv utkomme av den veiledning og undervisning som blir gitt og hvilke

konsekvenser undervisningen kan gi av negative eller positive utfall senere i utviklingen da det er mangel på evaluering (Goth og Berg, 2014).

Om en føring fra sentralt hold hadde blitt iverksatt ville det etter min mening blitt en enklere sak å evaluere og utvikle veiledningen og undervisningen i tråd med det samfunnet til enhver tid krever.

Etter min erfaring og som også informantene uttrykker, vil ikke alle helsefagarbeidere føle seg komfortable med å informere om tema. Dette er noe informantene legger vekt på og mener det må gis rom for. Helsearbeideren/ den utdannede helsesøsteren som opplever det naturlig kan i praksisfeltet bidra med informasjon tuftet på et helsefaglig fundament og kan bidra som katalysator og organisator.

Margaret W. Aasland skriver i boka «Barna og Seksualiteten» følgende:

Når barn og unge får utvikle et godt og trygt forhold til kroppen sin og dens funksjoner, slik at de kan akseptere sitt eget og andres følelsesliv uten unødvendige hemninger, har de god mulighet til å glede seg, bli dyktige til å leve sitt eget liv»
(Aasland, 2015 s.21).

I dette sitatet ligger en god del om at de seksuelle lekene hos barn, må gis plass og rom. En må også etter mitt syn ta hensyn til barn og foresatte som ikke ønsker å delta i denne «leken», selv om det etter mitt syn strider mot nevnte føringer. Det må gis høyde for begge.

Aasland beskriver en del av barns seksuelle leker og uttrykk, hun kaller det «barnlige seksuelle leker», hun understreker at dette ikke er det samme som voksnes utfoldelse av seksuell aktivitet. Dette er leker som barn bruker av nysgjerrighet og i utforskningsøyemed. Forfatteren oppfordrer foresatte å uttrykke seg nonverbalt med anerkjennende nikk og ord for å oppmuntre til denne form for lek overfor barna. Denne leken innbefatter også det å ta på kjønnsorgan (petting), eller onani. Onani gir nytelse og en blir kjent med egen (og andres kropp). Denne form for uttrykk fra de voksne både nonverbalt og verbalt, må ikke medføre at utøveren føler skam, redsel eller dårlig samvittighet. Man kan på en forsiktig måte korrigere barn. F.eks. å fortelle at en del av de seksuelle uttrykk er personlige/private og trenger ikke å fremvises i det offentlige rom (Aasland, 2015). Informantenes svar må sies å være i tråd med Aaslands føringer.

Når det gjelder reproduktiv helse bør det snakkes et direkte språk som barna forstår. Også når det gjelder samleie. Barna kan f.eks. forklares at barn skapes ved at foresatte er glade i hverandre og derfor blir tissen stiv og vil inn i mamma. Den sædcellen som er mest

heldig er den som treffer egget og lager nytt liv (ibid) Om dette blir etterfulgt i tilretteleggelse av undervisning til barnehagebarn eller større barn er noe det ikke blir tatt stilling til i svarene.

Den ferdig utdannede helsesøsteren kan informere om forventede faser av seksuell oppførsel hos barn. Oppførsel som avviker noe fra dette har selvfølgelig også en plass, og trenger ikke være tegn på at noe er galt. At foresatte viser hensyn til barna f.eks. ved å banke på døra før de entrer barnets rom kan vise barnet respekt. Denne respekten kan igjen gi en sekundærgevinst etter min mening, da barnet indirekte lærer også å respektere andre (ibid).

En av mange utfordringer en kan stå ovenfor er f.eks. den voksnes egne preferanser og samfunnet en vokser opp i eller kultur eller religion en er en del av. Ikke bare i forhold til forskjellige kulturer eller individuelle holdninger i seg selv, men det spennet barnet kan bli stående i ved at noe undervises hos helsesøster, noe informeres om fra venner og et annet syn undervises hjemme. Barnet kan senere oppleve en uklarhet i forhold til hva som er korrekt tenkning, hvor det selv egentlig står.

Hvordan barnets seksualitet blir møtt vil gi grunnlaget for barnets forhold til seksualitet og følelser senere i livet. Foreldre må opplyses om at seksualiteten kan oppleves som svært sårbar også i barndom (ibid).

5.4.1.2. Et positivt fokus på kjønnsidentitet og legning

Informantene understreker betydningen av å tidlig i barndom gi rom for positiv utvikling av individuell kjønnsidentitet og legning.

Barnet bør så tidlig som mulig føle seg ivaretatt og i et spekter av normalitet også innenfor seksuell atferd. I undervisning om temaene legning, identitet vil de heterofile barna også få en gevinst i forhold til at tema normaliseres og forstås (Kloep et al., 2003).

At en føler seg avvikende (bedre enn/verre enn) kan etter min mening være med på å nøre opp under fordommer som igjen kan omsettes til mobbing. Her kan en se betydningen av å hjelpe barnet til bedret resiliens (Rutter, 2012) og en tidlig forståelse av OAS (Antonovsky og Sjøbu, 2012). En må hjelpe barnet til å forstå ord omkring legning som en del av den større sosiale sammenhengen og nærme seg temaet med forsiktighet.

Informantene virker å være opptatt og oppdaterte om emnet og ønsker å legge større vekt på temaet, men de understreker at dette vil kreve større ressurser. I dette mener jeg de sikter til både økonomi og menneskelige ressurser.

Ved at barnet tidlig blir trygg og åpen om sin egen seksuelle vei i livet kan en moderere og/eller justere uttrykk i utviklingen frem til voksent individ.

Som en konklusjon av svarene informantene gir på spørsmålet, må det sies at svarene er i tråd med de nye retningslinjer som er laget omkring seksuell helse både fra Helsedirektoratet og WHO. De ønsker mer undervisning i tema overfor barn og uttrykker at det er svært viktig å starte informasjon om kropp og seksuell helse tidlig. En skal være lydhør overfor barnet, la barnet styre samtalen og inkludere foresatte slik at informasjonen blir i høy grad samkjørt.

5.4.2 -til ungdom

Spørsmål "Seksuell helse, vektlagt overfor – ungdom".

Svarene varierer, men som et sammendrag av svarene ser det ut til at informantene mener at undervisning som gis til ungdom bør være påbegynt i barndommen slik at en på best mulig måte kan forberede barnet på de forandringer som vil komme og gi dem et seksuelt språk (Aasland, 2015). Overfor ungdom virker det som om informantene mener at en skal legge fokus på seksuell utvikling, grenser, kroppsidealet og lar ungdommen styre samtalen.

Sitat I 3:

Nei, jeg vet ikke hva jeg skal svare der... en må jo prøve å kartlegge behovet for informasjon. Hva er ungdommen usikker på? Hva ønsker de å vite mere om? Dette i tillegg til faste tema en tar opp.

Sitat I 2:

Til ungdommer ville jeg ha hatt fokus på positive ting. Positive ting med det med prevensjon og hvem er egentlig jeg oppi alt det her. De (underviserne red.) vektlegger den sammenlikningsbiten. Alle er forskjellig. Alle utvikler seg forskjellig. Alle har sin seksualitet. For det er litt rart det jeg har erfart er at det kan komme spørsmål. Dem (ungdommen red.) har allerede hatt sex –eller hvem har ehh... Sammenlikningsbiten hos ungdom er viktig å fokusere på eks kroppsidealet også. Der en kan bidra til å normalisere kroppsidealet og ha fokus på det. Ungdom skal se sånn og sånn ut. Gjør de ikke det så avviker de fra normalen og kan føre til følelse av å være "de andre"... En må se viktige områder og at en der også er åpen for at det kan komme mange spørsmål. Prevensjon, i forhold at mange faktisk ser på porno, mange spørsmål kommer opp. At det er sånn og sånn i virkeligheten... Da er det å forklare normaliteten og la ungdommen finne egen vei og finne seg selv. Viktig å ha den dialogen – ikke ha enveiskommunikasjon. Få ungdommen på banen. Spørre "hva tenker dere om dette"? Jeg følte det veldig positivt da jeg hadde undervisning til 8. og

10. Når vi fikk dem på banen var de mer med selv. De fikk med seg mer og klarte å stille bedre spørsmål og ga meg en opplevelse om at de fulgte det som ble forklart.

5.4.2.1 Kartlegging og tilrettelegging av informasjon overfor ungdom

Informantene virker å sette kartlegging av informasjon overfor ungdommen og tilrettelegging av veiledning, informasjon og undervisning høyt. Samtidig sier de at informasjon kan rettes i etterkant om det oppstår uklarheter eller feiloppfatninger. Dette kan gi grunnlag for bl.a. det Guzman et.al. Finner i sin forskning overfor latinamerikansk ungdom, ved at godt og komfortabelt fokus på seksuelle spørsmål kan gi senere seksuell debut (Guzmán et al., 2003).

Om senere seksuell debut er positiv eller negativ kan en spørre seg om, når en ser Vrangalova et. als forskning omkring dette som viser at seksuell debut og problemer knyttet til dette ikke trenger å bli større om frivillig seksuell debut skjer under den seksuelle lavalder, heller at den kan kompliseres ved senere debut (Vrangalova og Savin-Williams, 2011).

Etter min mening, og som informantene nevner, er det viktig at en som helsesøster (helsearbeider) må være opptatt av å tilrettelegge informasjon/ veiledning til den individuelle modenhet.

I drøfting på spørsmål fire ble det nevnt faktorer som bør være tilstede ved undervisning overfor små barn. Barnet bør forberedes på det som vil komme i puberteten.

Det er mange aspekter ved det å gå fra barn til voksen. Dette er bakgrunnskunnskap helsesøsteren og den psykiske helsearbeideren bør ha god kjennskap til for å omsette informasjonen myntet på ungdommen, grupper og overfor foreldre og lærere. Det pekes på at seksualopplysningen er til for å forme seksualiteten slik at den skal bli funksjonell for individet og samfunnet. I kompliserte systemer av belønning og straff blir mennesket utviklet til et seksuelt vesen i overenstemmelse med de verdier og regler samfunnet ser på som akseptable. Det nevnes spesielt at en må informere om beskyttelse mot graviditet og beskyttelse mot seksuelt overførbare sykdommer i tidlig alder. Onani er et tema som også et tema som står sentralt (Træen og Gørvell, 1995). En bør kort sagt kartlegge hva den enkelte ungdom har bruk for av informasjon.

5.4.2.2 Samliv og kjærlighet i det moderne samfunn

Det kan virke betydningsfullt at en må få videre forskning på tema og få seksualopplysningen til å helle – også mot den psykiske biten av seksualiteten i større grad.

I dag som en får flere former for samliv er det etter min mening viktig at dette blir tatt opp som et eget tema og grundig forklart for å unngå misforståelser. Hva med de som har to fedre, to mødre? Dette sier forskning lite om. Etter mitt syn bør en ved undervisning om tema la de «andre» ha kjennskap til informasjonen som blir gitt de enkelte. Dette kan virke som forebyggende tiltak i forhold til mobbing. «Anderledeshet» kan skape usikkerhet som igjen kan gi grobunn for antagelser og negative uttrykk bl.a. mobbing. I positiv retning kan det være bra for en som er i en spesiell situasjon å vite at de andre har kjennskap til ens situasjonen. Barn kan videreformidle undervisningen de får til sine foresatte som ikke alltid er klar over den utviklingen som skjer innenfor ulike former for samliv.

Informantene sier at en bør i første rekke ha gruppeundervisning, men også ha en åpen dør for individuelle samtaler, dette kan kompliseres ved at det tidligere i dette kapitlet påpekes at den enkelte ungdoms behov for informasjon må ivaretas.

En av informantene nevner at det er vanskeligere å komme i posisjon overfor gutter når det gjelder tema. Dette kan etter min mening ha mange årsaker. Det finnes svært få mannlige helsesøstre og det kan etter mitt syn, bidra til at guttene kan føle seg fremmedgjort og ikke ønsker å åpne seg i like stor grad som jentene. Det virker også som det er lite samarbeid mellom helsesøster, psykiatri og lærere i utveksling av tverrfaglig informasjon i dag. Bedre samarbeid mellom ulike faggrupper kan bidra til å gi bedre opplysning til grupper, -og overfor den enkelte ungdom. En ide var kanskje å invitere til tverrfaglig samarbeid på tvers av spesialutdanningene? På den måten kunne en få inn ulike faglige vinklinger og kanskje begge kjønn i undervisning i tema.

Helsesøsterstudentene påpeker at en må kunne veilede foreldre i forståelsen av ungdommens seksuelle utvikling uten bruk av moralsk pekefinger (Aasland, 2015).

De fleste foreldre mener at uansett når ungdommen debutterer seksuelt er det for tidlig (Træen og Gørvell, 1995). Foreldre kan stille seg spørsmålet: Når er det riktig tid for akkurat deres – særlig datter? Helsesøsteren kan i praksisfeltet bidra med god informasjon om tema. Hun kan vise til at det er varierende når ungdom debutterer, men at det i det store og hele ikke er forbundet med fare så lenge ungdommen ønsker å debutere, er påpasselig med å beskytte seg og er relativt i tråd med den seksuelle lavalder. På en slik måte, og uten pekefinger kan en få foreldre med på laget og en kan sammen dra i en retning som ikke blir forvirrende for ungdommen.

Aspektet med at barn/ungdom og den voksne har ulike sosiale virkeligheter må tas på alvor. På bakgrunn av dette vil det naturlig kunne oppstå uklarheter om betydningen av forskjellige utsagn og forklaringer. Det er da svært viktig at en som voksen er i en trygg og åpen dialog med barnet eller ungdommen og lar ungdommen styre samtalen. På en slik måte kan det for den det gjelder oppleves naturlig å spørre om det er noe en lurte på.

Om en som helsearbeider mistenker negative seksuelle uttrykk bør en avdekke disse på en forsiktig og undrende måte og sette ord på det en opplever som bekymrer. I dette må en gi rom for at ungdommen får uttrykke sin frustrasjon. Avvisning av slike emner kan føre til en følelse av skyld og skam, og er noe en må unngå (Fine, 1988).

Kanskje skulle det vært forsket og fokusert mer på temaene samliv og kjærlighet i det moderne samfunns kontekst?

5.4.2.3 Internett –barn og ungdom

Informantene påpeker at undervisning overfor ungdom også må omfatte informasjon de får fra internett, særlig omkring tema pornografi. Tidlig eksponering for eksplisitt seksuelt materiale kan gi ulike negative utfall (Häggström-Nordin et al., 2006).

Det er viktig at en er klar over at barn og ungdom fristes til å surfe innom nettsider med pornografi. En får jo stadig høre at noen barn og ungdom bruker både pornografi og nettsteder myntet på voksne for å oppnå seksuell kontakt. Dette kan bære galt av sted, f.eks. ved at barnet får kontakt med pedofile eller andre som kan bidra til å skape negativ seksuell helse. Barnets nysgjerrighet forbundet med egen seksualitet (og andres) kan muligens være drivkraften eller en av årsakene til at en «leker» seg gjennom nettet og kommer innom pornografisk materiale. Dette er noe omgivelsene må ta på alvor, noe også informantene svarer i intervjuet.

I dagens såkalte seksualiserte samfunn er det viktig for helsesøsteren å være klar over at forskning på temaet tidlig eksponering for seksuelt innhold i media, viser at det bl.a. kan føre til for tidlig seksuell debut (Brown et al., 2006). Jeg mener det sier seg selv at eksplisitt seksuelt innhold slik som pornografi kan gjøre det samme. Dette kan bety at helsesøsteren i samarbeid med f.eks. lærer, særlig må fokusere på tema. En bør forklare at pornografi ikke er faktiske relasjoner. Dette er mennesker som har valgt denne form for uttrykk som lønnet arbeid.

Temaet pornografi og erotikk er ikke en ny oppfinnelse. Den er skapt av mennesker for å frembringe lyst. Det virker som om gutter er større konsumenter av pornografi enn jenter (Træen og Gørvell, 1995). Kanskje har dette med at det innenfor pornografien er den

eksplisitte sexen det rettes fokus på, ikke mot forspill (kurtise red.) og etterspill (å samhandle om å skape en relasjon, red.), noe det ser ut til at jentene er mer opptatt av i dagens kjønnsroller. Helsesøsteren må åpne for spørsmålet overfor ungdommen. Særlig overfor guttene, men jeg stiller spørsmålet; «Er guttene komfortable med å ta dette opp med en kvinnelig helsesøster/sykepleier, som paradoksalt nok kan være den begjæret retter seg mot, i en del former for pornografi»? Gjennom media ser det ut til at jenter har en økende nysgjerrighet overfor nettporno og andre sider hvor sex har fokus (såkalt «sugardating» og andre nettdatingsteder etc).

Tidlig eksponering for pornografi kan føre til at barnet viser liten respekt for andres seksuelle grenser og ønsker. Barnet kan lettere vise seksualisert atferd overfor voksne. Forfatteren viser til at rundt 4 års alderen er barnet i stand til å kjenne på å respektere andres seksuelle grenser i en normal utvikling (Vildalen og Langfeldt, 2014).

Gutter ser ut til i større grad å benytte pornografi i leting omkring seksualitet på nettet, siden de også blir beskrevet som besatt av sex i deler av den seksuelle utviklingen (Hust et al., 2008).

Innenfor pornografifeltet kan det være viktig å se informantenes svar om å kartlegge behovet for informasjon. En må etterstrebe og snakke et språk som er direkte og som ungdommen forstår og føler seg komfortabel med. I tillegg bør en også her være observant overfor hvilke strømninger som er i tiden og mediebildet, samt å kartlegge modenhet og den alder barnet/ungdommen er i (Kloep et al., 2003). En kan se at ivaretagelse av også dette temaet krever relativt stor kunnskap, kanskje er også dette et tema som bedre kunne vært behandlet tverrfaglig? Informanter påpeker at reproduktiv helse tilhører barnetrinnet, seksuell helse ungdomstrinnet og at en må være behjelpelig med å legge til rette for ulike typer grenser hos ungdommen.

5.4.2.4 Åpenhet overfor ungdoms kjønnsidentitet og legning

Informantene påpeker betydningen av å kartlegge hvilken informasjon barnet og ungdommen har behov for.

Slik som barnet benytter nysgjerrigheten for å undersøke kroppen i seksuell lek, vil det etter min mening også være instinkter og nysgjerrighet som driver ungdommen, men da med et større register og mer hormondrevet.

Når det gjelder grenser er dette utfordrende da seksualiteten er svært privat, noe informantene legger vekt på. En kan ikke sette generelle grenser, men heller på en undrende måte å spørre hvilke preferanser den enkelte har og så vurdere grenser i samarbeid med den

enkelte ungdommen individuelt eller i gruppe. Her kan en se betydningen av å hjelpe ungdommen til lettere å få opplevelsen av sammenheng OAS (Antonovsky og Sjøbu, 2012), ved å sette opplevelsen av individets legning inn i en god sammenheng, vise til begripeligheten og hjelpe ungdommen til å finne struktur og håndtere denne utfordringen samt å finne meningen dvs å forstå seg selv i den større sosiale sammenhengen. Dette kan oppnås ved å bruke oppdatert forskning med positiv vinkling, samtidig som en nærmer seg temaet med forsiktighet. En viderefører de tanker en introduserte tidligere i undervisning til barnet.

Etter mitt syn må en tenke grundig gjennom hvordan en skal presentere det som skal fremmes. Her er det viktig å ikke komme med pekefinger for å unngå at vedkommende føler skyld og skam (Aasland, 2015). Dette vil kreve en svært åpen tone fra begge parter. En av informantene legger særlig vekt på dette i sitt svar og påpeker måten informasjonen blir presentert. Dvs. at informasjonen er oppdatert, direkte og grundig. I tillegg til at den må passe i den fase og modenhet ungdommen er i.

Informantene kommer med ordet «vanlig» og at fokus må ligge på dette. I samtalen med sexologer i starten av prosjektet sier en av dem at man heller bør bruke ordet "alminnelig". Informantene kommer med begrepene «vanlig» og «uvanlig».

Definisjonen av hva som regnes som «alminnelig» varierer mellom land og kontinenter og også innenfor land. Begrepet kan forstås statistisk eller ideologisk. Svaret på hva normalitet er sier seg ikke selv. Selv om en statistisk «vet» at onani er svært utbredt, kan det fortsatt i noen grupper eller kulturer betraktes som unormalt.

En bør fokusere på alminnelig seksualitet og støtte ungdommens subjektive opplevelse av seksuelt velvære. Unngå stigma og tabu. I dag er fortsatt visse tenningsmønstre klassifisert under psykiske lidelser i både DSM og ICD. Det påpekes at det varierer noe i de forskjellige, men det viser at det også i dag er innsigelser i forhold til hva som kan oppfattes som «normalt» (Vildalen og Langfeldt, 2014).

Det er en del utfordringer i forhold til dette etter min oppfatning. For eksempel blir den alvorlig kriminelle og potensielt skadelige handlingen som pedofili, listet opp sammen med en handling som for de fleste oppfattes som helt ufarlig: «fetisjistisk transvestittisme», det vil si at mannen (eller kvinnen) i et parforhold kler seg i kvinneklær (eller mannsklær) for å oppnå økt seksuell nytelse.

Helsevesenets definisjon av «normal» sex i dag er noe flytende. Legevitenskapen og psykologien definerer hva som er hva (ibid). På den måten blir det etter min mening mye opp til den enkelte behandler å definere normalitetsbegrepet. Definisjonen kan fargelegges av

behandlerens subjektive oppfatning av de ulike begrepene. Helsesøsteren eller den psykiske helsearbeideren kan balansere kunnskapen ved å undervise omkring den enkeltes situasjon på en adekvat og nåtidig måte basert på bred oppdatert forskning.

Ved å berøre ungdommens tanker omkring egen seksualitet bør en undervise slik at temaet ikke blir stigmatisert eller tabubelagt. Dette kan være en stor utfordring for den enkelte helsearbeider i møte med tematikken.

Det er viktig å være lydhør og undrende overfor spørsmål og tanker den enkelte ungdommen har. Slik kan en i optimal grad gi informasjon basert på ungdommens egne premisser på et fundament av helsearbeiderens egne helsefaglige bakgrunn.

5.4.2.5 Tverrfaglig samarbeid omkring informasjon overfor ungdom

Flere av informantene nevner at et samarbeid med psykiatrien burde vært aktuell i forbindelse med veiledning og undervisning i temaet seksuell helse som del av helhetlig psykisk helse. Et samarbeid ville også vært gunstig ved kriser hos den enkelte. Jeg vil uforbeholdent slutte meg til dette svaret. Gjennom arbeid med prosjektet kan jeg se at det er et stort felt helsesøsteren skal dekke f. eks. somatiske sykdommer, vaksinasjoner, oppfølging av foreldre og informasjon om seksualitet når det gjelder reproduksjon og beskyttelse. Det psykiske aspektet omkring seksualiteten kanskje kunne blitt bedre behandlet om en også benyttet spesialutdanningen til den psykiatriske sykepleier i tverrfaglighet med helsesøster.

Tilslutt nevner en av informantene at det kunne blitt opprettet en opplysningstelefon for helsearbeideren når det gjelder veiledning og undervisning i temaet god seksuell helse.

Det finnes mange hjelpetelefoner overfor barn og ungdom, men disse er etter min erfaring bygd på samme måte som tidligere nevnt i prosjektet, nemlig ved at de er tuftet på ulike filosofier og ideologier. Det er ikke lenge siden en avis tok opp problemet med at en homofil ungdom ringte en krisetelefon som baserte sine opplysninger på et kristent fundament og hvor de anbefalte vedkommende som ringte å «ikke tenke homofile tanker»! En kan tenke seg til imøtekommenheten innringeren følte?

En hjelpetelefon for helsearbeiderene noe informantene fremmer. Dette kunne etter mitt syn gitt mange positive resultater, ved at informasjon ble samstemt.

I tillegg:

- Tverrfaglig fundert informasjonen kan kontinuerlig oppgraderes ved funn i ny forskning.
- En kunne i mindre grad ha unngått at informasjon som blir gitt av forskjellige helsearbeidere har ulikt innhold som kan skape forvirring eller uklarheter hos den enkelte ungdom.

5.5 Tema som kunne vært mer vektlagt i undervisningen for å minske risiko for negativ seksuell helse hos barn og ungdom

Spørsmål «Hva mener du skulle vært vektlagt innenfor temaet seksuell helse?»

Informantene svarer ganske klart og med enighet at det er for få ressurser til bruk innen temaet god seksuell helse i det praksisfeltet. De mener en bruker mer tid til brannslukking enn forebygging. En har også vist til sammenheng mellom opplevelse av helhetlig psykisk helse, herunder god seksuell helse som svært positivt i forhold til relasjonell fungering (Kloep et al., 2003) Samtidig vet man at forebygging kan være samfunnsøkonomisk svært lønnsomt på sikt.

Etter min erfaring fra psykiatrien er dette siste svært korrekt observert. Daglig opplever jeg at det settes inn store ressurser i form av akutt innleggelse i psykiatrien. Det gjøres observasjon av negative symptomer. Liten eller ingen på de ressurser pasienten har og den grad av resiliens klienten innehar. Det gjøres diagnostisering på bakgrunn av aktuelle symptomene og medisinerer i forhold til dette. Medikamentene skal dempe uttrykk som ofte har kommet som resultat av underliggende årsaker og uttrykk.

Sitat I 2:

Det er litt det jeg var innom i forrige spørsmål. Det med å knytte det mer mot psykisk helse. På en måte å se de punktene sammenhengende, fordi de henger tett sammen eh... Det er vel det en skulle fokusert mer på. Det andre er e eh faktisk hvordan man kan gi en god seksualundervisning å møte ungdommene til dem, spørsmålet det(!?). At en måtte studere det selv og erfare det i praksis, komme med litt i tanker, erfaringer om det å i møte med en, danne seg i hvilken retning. Det finnes en god del

retningslinjer og godt fagstoff rundt det her da. Blant annet "Sex og samfunn" som er grei i bruk. Kvalitetssikre at ungdommer får den undervisning en trenger og ønsker.

Sitatet viser at å sammenføre psyke og soma som tema er viktig. Informanten sier på slutten at hun selv har oversikt over litteratur hun kan støtte seg til.

5.5.1 Faktorer som kan bidra til å minimere risikoen for negativ seksuell helse

Informantene fremhever at en bør sette fokus på å ikke overse hva ungdommen vil ha svar på, la ungdommen styre samtalen.

Den homofile kan oppleve å ikke bli møtt eller ivaretatt ved kontakt med helsevesenet, da helsevesenet møter den enkelte med et «heterofilt fokus» (Angeltvedt, 2007). Vedkommende kan ha selvmordstanker. Helsevesenet kan bidra til å vedlikeholde disse tankene ved ikke spørre om – i dette tilfellet legning.

Forskning viser klart at homofile (avvikende kjønnsidentitet og annet red.) er høyt representert innenfor personlige kriser, selvmordsproblematikk og rus (Hellesund, 2008) (Angeltvedt, 2007). Jeg må si meg enig med forfatterne og viser til eget virke hvor det virker som om alminnelig seksualitet (herunder homofili) ikke blir tema, med mindre den har frembrakt negativ seksuell helse, slik som uttrykk etter overgrep, prostitusjon, søk etter eldre på nett etc. Jeg beskriver her ungdommer i pubertet fra 12 til 18 år. Som nevnt tidligere og i tråd med WHO og Helsedirektoratets føringer er det viktig at en underbygger og trygger den enkeltes gode seksuelle identitet for å bidra til større trygghet og alminneliggjøring. Slik kan en også oppnå optimal OAS (Antonovsky og Sjøbu, 2012).

En bør, etter min mening, og etter arbeid med denne masteroppgaven, bruke tid til å kartlegge - også den generelle seksuelle helse som del av helhetlig psykisk helse når ungdommen blir henvist, eller tar kontakt med helsevesenet. Informantene virker klare på at dette er et viktig tema og kommer inn på dette i svarene videre. En bør forsøke å integrere psykisk helse og seksuell helse i større grad i forebyggende arbeid med barn og ungdom i dag, men som flere av informantene nevner er det problemer med føringer fra sentralt hold, i tillegg til kapasitet og ressurser.

Sitat I 1:

Ja, i forhold til mindre fokus på det helsefremmende, det skulle vært lettere å komme tidligere inn og fått problemet opp.

Intervjuer:

Hva er grunnen til at en ikke kan det?

I 1:

Jeg tror det er ressursene jeg. Det skal være ei helsesøsterstilling, det er kanskje en helsesøsterstilling ut i praksis på en skole med 500 elever. Kanskje i en 20 % en dag i uka. Det er stor arbeidsmengde, stor arbeidsmengde...

Forebyggende arbeid kan være samfunnsøkonomisk rimelig på sikt, men som informantene enes om, er det i dag mere fokus på det de nevner som brannslukking, det å stå i problemet når det har oppstått, fremfor forebygging. Informantene uttrykker at uten forebygging kan gryende plager hos den enkelte gi negative utfordringer i senere faser av livet. Et mindre problem kan etter hvert vokse og bli større og tilslutt å resultere i at det må igangsettes akutte tiltak, slik som de en må iverksette i møte med den suicidale eller parasuicidale. Tiltak som kan bli kostbare.

Informantene legger vekt på foreldres oppdragerrolle, men også at de selv har part i dette (Goth og Berg, 2014). Oppdragerrollene vil etter min mening, både for foreldre og andre involverte i utviklingen hos barnet og ungdommen, være mer en «veileder» innenfor det seksuelle feltet. En bør så godt det lar seg gjøre undervise innenfor den enkeltes egne seksuelle preferanser, observasjoner og undring kan gi mulighet for samtale og åpenhet omkring forskjellige aspekter med det å utvikle seg til et voksent seksuelt vesen og få en god seksuell helse.

Informantene fremmer at helsesøsterstudiet fokuserer mer på små barn og oppfølging av disse. Mindre om ungdom og pubertet. Etter min oppfatning kan grunnen for fokus på reproduktiv helse i dag bl.a. skyldes følgende: Svangerskapskontroll og ivaretagelse av barnet i forhold til somatisk sykdomsforebygging og praktisk tilrettelegging. I psykososial utvikling, kan en se at helsesøsters spiller en stor rolle både overfor barnet og foreldrene.

Overfor barn, kan etter mitt syn enkle kommandoer være nok, men ettersom barnet øker i alder og blir mere intellektuelt moden, kreves mer omfattende informasjon for at undervisningen skal fungere. Helsesøsteren kan i kraft av sin helsefaglige bakgrunn være

bindeleddet i en kjede hvor barnet og ungdommen får kunnskap fra andre fagpersoner i tillegg til den de får fra sine foreldre/foresatte og andre, dette er også noe informantene fremhever. Individet kan kanskje, slik jeg ser det, bli mere selvdrevet til å søke informasjon hos de rette personene i sin videre utvikling om en får lært et seksuelt språk. En kan da også muligens eliminere en del utfordringer som bunner i misforståelser og dårlig psykososial utvikling. Det å ha god seksuell helse under helhetlig psykisk helse, har stor betydning for individets utvikling og forhold i alle relasjoner i det voksne liv. Ved å arbeide forebyggende også innenfor feltet, kan en kanskje minske frustrasjoner og øke OAS (Antonovsky og Sjøbu, 2012).

Informantene påpeker viktigheten av å undervise, støtte og forsøke å unngå å forvirre. En bør i svarene til ungdommen forsøke å unngå å støte, stigmatisere og skape tabu. Samtidig er det viktig at informasjon som blir gitt kan endres, ved at en får større kjennskap til feltet en informerer om, basert på nyere forskning.

Informantene er relativt enig i at en må få frem at psykisk/seksuell helse er viktig for å lære å bli kjent med seg selv. Helhetlig psykisk helse og seksuell helse henger sammen og de en må forsøke å være i forkant og se den enkeltes grad av resiliens (Rutter, 2012), slik at en bidrar til å minimere negative senvirkninger av uklare opplevelser en har i barn – og ungdomsårene.

Når det gjelder «uklare opplevelser» viser jeg til Antonovskys forskning om salutogen tilnærming, OAS, som ligger som et bakteppe i hele oppgaven, nemlig det at barnet og ungdommen opplever en god sammenheng i de opplevelser en har i seg selv og i samspill med omgivelsene og at en i praksisfeltet underviser i tråd med dette (Antonovsky og Sjøbu, 2012).

Informantene svarer relativt likt på kapitlets spørsmål. De fremhever viktigheten av god og bred informasjon om temaet. Svarene viser også at helsesøsterstudenten mener det kan være utfordrende for den enkelte underviser -og mottaker av informasjonen. Dette baserer seg både på underviserens og mottakerens tanker om tema, samt interesse og forståelse.

Informantene uttrykker at undervisningen ikke samsvarer med de behovene som finnes i det virkelige liv. Dette er et noe diffust svar. Det er lett for de fleste yrkesgrupper innenfor helsevesenet å kjenne seg igjen i dette utsagnet, kanskje også innenfor andre yrkesfaglige studier. I skolen kan alt virke relativt opplagt ved at teoretisk kunnskap settes inn i en praktisk ramme, men når teoretisk kunnskap skal omsettes til praksisfeltet, er det svært mange hensyn en må ta. Jeg velger ikke å gå inn på disse her, da det vil bli for omfattende.

Kort kan jeg nevne at fysiske og psykososiale forhold, arbeidskultur og ikke minst økonomi kan spille viktige roller.

Informantene legger vekt på at en bør legge mer fokus på opplevelse av individets kjønnsidentitet og utfordringer i forhold til (seksuell) identitet og at dette må være likt når det gjelder by og bygd. I og med at informantene påpeker at de ikke mener det finnes store forskjeller mellom bygd og by, velger jeg å drøfte noe av tenkningen omkring kjønnsidentitet og viktigheten av å fokusere på dette temaet slik som informantene uttrykker.

Utviklingen av kjønnsidentitet (som ikke må forveksles med homofili) kan gi ekstra utfordringer hos den det gjelder. Dette kan komme som tillegg til det å oppdage sin legning og andre utviklings – og identitetskriser (Kloep et al., 2003).

Om den ferdig utdannede helsesøster kommer i en posisjon der hun kan undervise i forhold til dette tema, bør hun etter min mening, utvise ekstra stor varsomhet og være lydhør. På den måten kan en bidra til at personen hjelpes til å utvikle trygghet i sin kjønns – og legningsidentitet. Dette er også noe informantene påpeker.

Serier i massemedia som bringer tema på banen dette kan bidra med hjelp og støtte til ungdommer som sliter med nevnte utfordringer ved at det gis rollemodeller, eller observasjonslæring (Hust et al., 2008) .

Det er rimelig å anta at det kan være mindre utfordrende å endre kjønnsstilhorighet tidlig i utviklingen og enklere å lære sin plass i et nytt kjønnsrollemønster jo yngre man er. Her kan helsesøster og den psykiske helsearbeider være bidragsyter i tillegg til andre helsefagarbeidere. Hun kan bidra med informasjon overfor familie, lærere og medelever eller andre omkring personen det gjelder om det å tilhøre en annen kjønnsstilhorighet. Hun kan være en støtte i prosessen og gi en opplevelse av sammenheng OAS (Antonovsky og Sjøbu, 2012).

Etter min mening er det også innenfor denne tematikken viktig å se temaet på en positiv måte, slik at både den det gjelder og andre får et positivt syn på individualiteten og hvor viktig denne er for autonomi, god seksuell og helhetlig psykisk helse for den enkelte.

En av studentene svarer at hun synes det var nok (for mye?) fokus på seksuell legning i studiet. Svaret skilte seg klart fra de andre fire informantenes svar som entydig går i retning av at det bør være stort (og enda større) fokus på tema. En kan anta at dette enten skyldes at hun blir lei av å høre om temaet i studiet, da det ikke angår henne, eller at hun på bakgrunn egne erfaringer synes deler av undervisningen kan være unødvendig, da hun vet det fra før. Det kan også være andre årsaker som ligger til grunn.

At informasjonen fokuserer i stor grad på det somatiske innenfor feltet seksualitet er noe informantene gjentar. På bakgrunn av denne gjentakelsen av svaret tolker jeg det dithen at informantene ønsker seg større fokus på den psykologiske delen av pubertetsutvikling.

En annen informant fokuserer på at det må legges større vekt på det psykososiale hos den enkelte og beskrive mer nøyere hva som er vanlig og uvanlig i en psykososial kontekst. Når informantene nevner psykososiale forhold hos den enkelte, må det sies at dette er et meget omfattende felt. Feltet innbefatter barns individuelle psykologiske faktorer i samspill med det sosiale miljø. Enkelt sett kan en si at gode sosiale forhold/nettverk kan være positivt om individet kommer i kriser. I motsatt fall kan dårlige sosiale forhold være svært uheldig og påvirke den psykiske helse i mindre og større grad (Fine, 1988).

Informantene svarer at fokus må legges i retning av vanlig, uvanlig innenfor seksualiteten, ikke normal og unormal. Vanlig og uvanlig synes å beskrive avvik på en mer ufarlig måte og kan gi bedre klangbunn hos gruppen eller individet som får undervisning.

Hva som er vanlig og uvanlig i psykososiale forhold krever studier om emnet. F.eks. er det vanlig at foresatte til barn fra de fleste muslimske familier ønsker kjønnsmessig deling når det gjelder fysisk trening og dusjing uten å vise kroppen. Dette er ikke vanlig i Norge. I praksisfeltet må dette sees på og diskuteres for å finne hva som kan gi best utkomme i forhold til individets opplevelse av trygghet i den sosiale settingen individet er. En må etter min mening forsøke å inkludere foreldre i dette for å skape en bedre forståelse for ulike syn.

5.5.2 Tverrfaglig samarbeid

Informantene løfter frem tverrfaglig samarbeid som et tema det burde vært mer fokus på når det gjelder å minske muligheten for negativ seksuell helse.

Svaret kan tolkes i flere retninger. Betyr dette at det skal legges vekt på tverrfaglighet i forbindelse med teori som fundament for undervisning til ungdommen i praksisfeltet, eller er det konkret samarbeid med andre yrkesgrupper i arbeid med tema? Er det sistnevnte kan man spørre seg «hvilke yrkesgrupper»? Intervjuguiden kan kritiseres ved at det ikke stilles flere oppklaringsspørsmål. Til forsvar for intervjuguiden må det sies at om det skulle vært stilt oppfølgingsspørsmål overfor alle slike svar fra informanten ville tekstmateriale blitt alt for omfattende.

Etter min mening er informantene inne på et viktig punkt. Barn og ungdoms seksualitet er svært sammensatt og går gjennom forskjellige faser ettersom barnet vokser. En kunne tenke seg at temaet om ble delt opp i flere deler innenfor barnehage, barneskole og videregående skole, slik som historikk (historielærer, religionslærer), forplantningslære

(biologi), psykososialt (samfunnslære), psykisk hos den enkelte (psykologi, helsefag) og at dette ble koordinert av en helsefaglig ansatt dvs ferdigutdannede helsesøster eller annen psykisk helsefagarbeider. Helsefagarbeideren kunne hatt mandat til å hente inn tverrfaglig teoretisk informasjon hos andre aktører innenfor helsefaget, eventuelt invitert andre aktører for å informere konkret om sine fundamenter i temaet seksuell helse (Goth og Berg, 2014). Hun kunne da hentet inn et bredere fokus som passet overens med det tema hun skal undervise i, både i grupper, senere individuelt om noen har ønsker om mere samtale. Dette er i tråd med å unngå «ufagliggjøring» (Vildalen og Langfeldt, 2014).

Når det gjelder Helsesøsteren som samarbeidspartner, blir det beskrevet mange felter, bl.a. hennes samarbeid med ansatte i barnehage, skole og foreldre. I tillegg til hennes samarbeid med PPT tjeneste (Goth og Berg, 2014). Her kan en se noe av det feltet den enkelte helsesøster skal dekke. Samarbeid med andre for koordinering, eventuelt delegering av oppgaver kan sannsynligvis i større grad bedre kvalitetssikre den tjenesten hun utfører.

Det er etter min mening betydningsfullt at foresatte og helsearbeidere som er i miljøet rundt barnet er godt samkjørte for å minske forvirring og uklarheter og for å oppnå god forståelse av sammenheng. Barnet må oppfordres til å spørre for å minske uklarheter. Når det gjelder ungdom er grensene mere uklare for hva foreldrene skal involveres i. En kan kanskje samarbeide med ungdommen for å kartlegge hvilken informasjon ungdommen selv ønsker skal formidles til foresatte. Helsesøster kan også på bakgrunn av sitt helsefaglige skjønn oppmuntre ungdommen selv til å formidle, eventuelt involvere foreldrene.

Sentrale rettesnorer eller føringer når det gjelder undervisningen kunne bidra til å gjøre det lettere for vedkommende som skal undervise i praksisfeltet. En kan vise til retningslinjer og ikke ens egen opplevelse av tema, det ville også lette evalueringen av undervisningen (Goth og Berg, 2014).

Ungdom kan i visse faser i utviklingen vise tegn til opposisjon og kan dermed konfrontere den som underviser på en kritisk og granskende måte. Det kan da være greit å vise til konkrete grunner for at temaet bringes på banen. En kan også underbygge viktigheten av at tema blir tatt på alvor ved å vise til føringene.

5.6 Betydningen av god seksuell helse som del av helhetlig psykisk helse

Spørsmål: "Hvordan vurderer du viktigheten av seksuell helse som en del av psykisk helse"?

Dette er vel det spørsmålet hvor svarene hos informantene samsvarte mest. Enkelt kan man oppsummere svarene som «svært viktig».

De forskjellige svarene utfylte hverandre. En kan selvfølgelig drøfte grunnen til å stille et slikt spørsmål. Studentene hadde i forkant blitt informert om studien og meldt seg på, sannsynligvis for at de syntes temaet var viktig. Når en i tillegg vet at helsesøsterstudiet legger stor vekt på temaet seksuell helse kunne en kanskje ikke ventet annet enn et positivt svar.

Sitat I 1:I:

Det var... jeg tenkte at det er seksuell helse va og psykisk helse har jo med å bli kjent med seg selv. Åh det må tilrettelegges hele livet. En må bli kjent med seg selv allerede som liten, og det å kunne snakke om kroppen sin. Foreldre kan være med på å sette ord på ting. Det kan en få hjelp til hele livet, når en starter skolen, ungdomstida, sårbarhetsfasene, ting kan se vanskeligere ut enn de er og det vet vi jo av erfaring. Tror foreldre har en viktig rolle. En vet at skilsmisse kan gi en tilleggsutfordring hos barnet som opplever dette.

Studentene er relativt samstemte om at psykisk -og seksuell helse innebærer å bli kjent med seg selv og det må en ha støtte til hele livet. En må gi støtte på ungdommens egne seksuelle identitet. Det er viktig å hjelpe ungdommen til å finne sin seksualitet og et seksuelt språk på egne premisser (Aasland, 2015). En må også bidra ved å hjelpe ungdommen til å sette egne grenser..

Informantene svarer at siden ungdom påvirkes i større grad enn barn av andre enn foreldre er det viktig at helsearbeideren har stor åpenhet. Seksuell helse og nysgjerrighet er en stor del av ungdomstida. Svaret viser betydningen av at helsesøsteren og andre helsearbeidere viser stor åpenhet og forståelse i den fasen ungdommen er i.

Helsesøsterstudenten uttrykker at de ser en sammenheng innenfor psykisk helse som del av helhetlig psykisk helse og betydningen av å se seksuell helse som naturlig del av det å være menneske. Alle svarene peker i retning av forståelsen av at kropp og sinn henger sammen, at seksualiteten kan påvirke psyken og visa versa. Dårlig seksuell helse kan influere den psykiske helsen og gi ulike psykiske symptomer slik som bl.a. depresjon og nedsatt matlyst. I tillegg til uforsiktig seksuelle handlinger og ubeskyttet sex. En må se etter symptomer som kan bunne i dårlig seksuell helse.

Informantene ser temaet seksuell helse som svært betydningsfullt innenfor rammene av helhetlig psykisk helse. Dette er i tråd med det sexologene uttrykte i oppstarten av

oppgaven (vedlegg 2) og også det Ollendorff påpeker i forhold til individets autonomi (Ollendorff, 2013).

Informantene kunne kommet med innspill til inntekt for at det fokuseres på temaet i for stor grad, men det skjedde ikke. En må uansett anta at det finnes helsefagarbeidere som mener at dette er en så privat del av livet at det er et område det offentlige ikke skal ta del i. Det må legges vekt på at undervisning overlates til personer som føler seg fortrolig med temaet og kan formidle det på en god måte.

5.6.1 Hva er «god seksuell helse»?

Spørsmål: Hva er etter din mening "god seksuell helse"?

Her oppleves svarene å avvike noe fra hverandre. Dette kan naturlig nok skyldes at dette spørsmålet retter seg mot den enkelte students subjektive forståelse av tema.

Sitat I 4:

Jeg tenker at å ha god seksuell helse er at når... når de kan... når de har grenser og når de vet hva de vil gjøre selv... Åh ha et realistisk syn på seksuell helse. Ehh ja, ikke føle et press da i forhold til hva en tenker med at det er en del ungdom som føler et press for å debutere seksuelt eller til å kle seg etter mote. Men det å være seg selv. Det tror jeg er veldig viktig i forhold til god seksuell helse.

Generelt sett kan en si at studentene i tillegg til å si noe om sin subjektive mening om hva god seksuell helse er, også reflekterte over hva fravær av fokus på "god seksuell helse" i oppvekst kan medføre.

Informantene nevner at neglisjering av seksuell helseopplysning kan få alvorlige konsekvenser, men kommer med få konkrete eksempler, nedsatt appetitt, nedstemthet. Dette svaret gir allikevel en pekepinn på hvor essensiell studentene ser på god seksuell helseopplysning. Også under dette spørsmålet uttrykker informantene at det er viktig å starte tidlig med undervisning om legning, grenser etc. En kan konkludere med at siden informantene repeterer dette svaret, kan en tenke seg til at de gjennom studiet, egen lesning og egen erfaring, konstaterer at det å starte veiledning i forhold til seksuell helse i tidlig alder er viktig, kanskje for å få et nøytralt språk overfor seksualitet?

Informantene uttrykker at seksuell helse innebærer å bli kjent med seg selv og at dette er noe en må ha støtte til det hele livet, «hvem er den unike meg»? Dette må baseres på at den det gjelder opplever trygghet både fra omgivelsene og innenifra. Helsesøsteren kan gi støtte

til dette ved å styrke hver enkelt i deres egne holdninger og opplevelse av sammenheng OAS (Antonovsky og Sjøbu, 2012).

I tillegg har hun en stor rolle og oppgave i formidling av ulik seksuell atferd i gruppesammenheng. I undringen og veiledningen overfor ungdommen, ligger også det å avdekke gruppepress, negativ påvirkning fra media og samtidig unngå informasjon som kan gi tvang. En kan ved å gjøre dette bl.a. bidra til å styrke personens resiliens og subjektive grenser om blant annet tidspunkt for seksuell debut.

Det fremheves at helsesøsteren kan være døråpner til temaet seksualitet. Hun har tilgang til -og kan opplyse om prevensjon og dermed oppmuntre til samtale om andre tema i etterkant av prevensjonsveiledning.

Data som fremkom i oppgaven viser at det er en utfordring å komme i posisjon til å snakke med gutter om temaet seksualitet. Jeg har tidligere i drøftingen vært inne på at gutter muligens kan profitere på slik undervisning i andre fora enn jenter og at det i de aller fleste tilfeller er kvinnelig helsesøster. Det kan kanskje for noen oppleves vanskelig å snakke med en kvinne om «maskuline» seksuelle utfordringer? Dette kan etter min oppfatning være enda mer utfordrende til eldre gutter (fra 7 års alderen frem til og i puberteten). Dette kan være et fokusområde å se på for å kunne følge opp unge gutter individuelt og i grupper for å gi adekvat informasjon også overfor dem.

Etter min mening er det imidlertid ikke slik at jenter skal undervises av kvinner og gutter av menn. I dagens samfunn er det viktig at begge kjønn får kjennskap til den informasjon som gis til det andre kjønn av ulike kjønn. Dette kan skape en bedre forståelse av kroppslige og seksuelle forskjeller og fjerne tabuer på en naturlig måte.

I dag vil det etter mitt skjønn kunne oppstå enda flere utfordringer, bl.a. i det flerkulturelle (Ulvund, 2009), da en i noen kulturer ikke engang skal opptre lett påkledd overfor en av annet kjønn (eller naken overfor sitt eget). Dette er et felt helsesøsteren må sette seg inn for å kunne integrere det «norske syn». Hun kan bidra med sin helsefaglige vinkling og kunnskap overfor eventuell pedagog/ lærer som skal ha undervisning.

5.6.2 Betydningen av tverrfaglig samarbeid

Også under dette tema etterlyser informantene større tverrfaglig samarbeid i forhold til de oppgaver hun skal ha ansvar for. Ikke bare fordi hun kan høste informasjon om konkrete områder hun til enhver tid skal bidra i, men også av tids – og økonomiske grunner for å skape en optimal forebyggende veiledning i forhold til barnet/ungdommen i utvikling.

Når det gjelder helhetlig god psykisk helse, kan jeg se at psykisk helsearbeider kunne ha bidratt med sin kompetanse på en bedre måte enn i dag, dette er også noe informantene ønsker. Samarbeidet i dag er meg bekjent svært liten. Innenfor de felt helsesøsteren skal operere, er det mange ulike helsefagarbeidere som kunne bidratt med sin kunnskap.

En informant nevner at hun synes det er for lite fokus på seksuell helse, selv om det er åpenhet i Norge. Dette står etter min oppfatning ikke i kontrast med tidligere nevnte at det ble for mye fokus på legning. Hun etterlyser fokuset på den gode seksuelle helse.

På meg virker det som om det tilsynelatende er stor åpenhet omkring seksualitet i Norge i dag, men i arbeidet med oppgaven viser de fleste artikler observasjoner av negativ seksuell helse, lite om hvordan en skal oppnå god seksuell helse.

Det virker gjennom svarene fra informantene å være utydelige føringer i undervisningen oppimot helsepersonell og de mål undervisning til barn og unge skal ha. Helsesøsterstudenten etterlyser sentrale føringer som forteller hva som skal utføres og på hvilken måte og hvorfor. Artikler, veiledere og bøker som beskriver hvordan en skal veilede og hvilke tema en skal ta opp med de forskjellige barn og ungdom i forhold til modenhet og utvikling finnes, men det virker som om det svikter å sammenfatte disse og utføre dem i praksisfeltet. En slik sammenfatning kunne gitt føringer for konkret undervisning i seksuell helse innenfor forskjellige fagfelt overfor barn og ungdom. Dette kunne også åpne for evaluering og dernest korrigeringer og bedring av arbeid innen feltet (Goth og Berg, 2014).

En av fire informanter mener at det er større ressurser i byene i å undervise i temaet, derfor mener hun det burde ha vært en felles mal en skulle fulgt over hele landet. Når det gjelder ressurser kan det etter mitt syn være at det i by kan bli flere helsefaglige problemstillinger å forholde seg til. Arbeidsmengden kan gjøre at de økonomiske rammene blir bedre. Til motsvar til dette kan det sies at færre personer i en bygd kan gi større oversikt og mulighet til å følge den enkelte tettere og grundigere. Økonomien kan da styres bedre etter de reelle behov den enkelte har. Av egen erfaring med arbeid i bygd og by innenfor helsefaget, ser jeg at dette kan være tilfelle.

Informantene uttrykker at det er mangel på ressurser som setter begrensninger. Dette kan jeg si meg enig i, men er det ikke slik at det innen de fleste grener i helsevesenet opplever at den største utfordringen er ressursmangel? At fokus blir ofte ensidig rettet mot økonomi og mindre på de logistiske utfordringer en har i forhold til faglige ressurser og samkjøring av disse? Det er viktig å se hva helsevesenet, ved å samarbeide bedre tverrfaglig, kan oppnå av bedringer også økonomiske..

I intervjuene kommer det frem at en må være obs på at ikke all ungdom vet at det finnes opplysninger om seksualitet på nett og at en derfor være nøye med å opplyse om dette. Helsearbeideren kan ta for gitt at ungdommene vet.

Som en kan se av svarene er det stor variasjon i informantenes mening om hva som er god seksuell helse. Et samlet svar på spørsmålet kan bli: Seksuell helse er et sammensatt område og oppleves svært subjektivt. Dette gjelder både for den som informerer og den som mottar informasjonen.

6 Holdbarhet og implikasjoner for videre forskning og konklusjon

I dette kapitlet beskrives undersøkelseeffekten, de begrensninger en kvalitativ studie kan ha, det svarene kan vise og det masteroppgaven representerer. Det blir også sett på hva funnene kan videreføre av kunnskap til andre innen feltet helhetlig psykisk helse. Tilslutt blir det gitt en konklusjon.

6.1 Holdbarhet

Jeg kan gjennom arbeidet med oppgaven, se at kvalitativ metode kan være svært ressurskrevende og kreve en god intervjuguide. Bruk av for eksempel spørreskjema i kvantitativ tilnærming med graderinger som kan sendes, kan gi en mengde informanter og være en rimeligere tilnærming. I vår digitale tid kan en invitere til kvantitativ studie både lokalt og globalt via nettet (Jacobsen, 2005).

I denne masteroppgaven er ønsket å gå i dybden på hver enkelt informants opplevelse av tema, derfor ble kvalitativ metode benyttet. Analysen av data i kvalitativ metode kan være krevende, da svarene kan ha stor nyanserikdom og kompleksitet. Det kan oppstå problemer ved at den som tolker dataene bevisst siler ut det den vil ha, og utelater annet. Tendensen kan bli at man fokuserer på noe, og overser annet (Jacobsen, 2005). Det var bevissthet omkring disse utfordringene under utforming av intervjuguide, intervjusituasjonen og i tolkning av svarene.

Undersøkelseeffekten kan noen ganger bli en utfordring innen kvalitativ metode. Undersøkelsen kan gi spesielle resultater (ibid). Vil de opptre og svare naturlig innen den intime tematikken i denne oppgaven? Etter mitt syn så det ut til at informantene opptrådte naturlig og åpent omkring tematikken.

Et kvalitativt intervju gir begrensninger i forhold til hvor mange informanter en kan ta med. I dette prosjektet er det fem informanter. Få deltakere gjør det relativt vanskelig å vise den eksterne gyldighet for samme gruppe i andre områder, men kan vise et utsnitt av hva informantene i dette prosjektet representerer akkurat der og da, utsnittet kan vise denne gruppas opplevelse av tema i deres setting (Malterud, 2011).

6.2 «Kan noen dra nytte av kunnskapen»?

Gjennom masteroppgaven er formålet å vise helsesøsterstudiets vektlegging av temaet god seksuell helse og hvordan dette blir sett på som en essensiell del av helhetlig tilnærming til og undervisning som del av helhetlig psykisk helse hos barn og ungdom. Tema er etter min mening også svært betydningsfullt å undervise i til barn og ungdom som henvises til psykiatrien. Informantenes svar viser at oppdatert og forskningsbasert informasjon er viktig for å gi adekvat informasjon slik at det oppnås en opplevelse av god seksuell autonomi hos den enkelte.

Ønsket er at svarene fra helsesøsterstudentens faglige fokus på tema kan overføres til andre som arbeider med helhetlig forebyggende helse overfor barn og ungdom, særlig innenfor feltet psykisk helse. Ønsket er at funn i dette prosjektet også kan brukes som bidrag i andre forskningsprosjekt.

6.3 Konklusjon

God psykisk helse er et resultat av vår totale utvikling og den kan defineres som evnen til å fordøye livets påkjenninger, fysisk, sosialt, følelsesmessig og intellektuelt. Seksualiteten vår er en essensiell del av helhetlig psykisk helse (Rådet for Psykisk, 2004).

Som grunnlag i denne kvalitative studien blir det benyttet føringer fra Helsedirektoratet og Verdens Helseorganisasjons som omhandler hvordan samfunnet på best mulig måte kan bidra til ivaretagelse av den enkeltes seksuelle helse som del av helhetlig psykisk helse. Spørsmålene i intervjuguiden fulgte disse føringene, egne hypoteser og to sexologers innspill.

Masteroppgaven med helsesøsterstudenter som informanter ser på hvordan helsesøsterstudenten opplever fokus på tema god seksuell helse i studiesituasjonen og hvordan hun mener at undervisning i god seksuell helse som del av psykisk helse bør gjøres overfor barn og ungdom for å bidra til optimal helhetlig psykisk helse.

Hennes oppfatninger kan overføres til møte med barn og ungdom også hos andre helsearbeidere innen forebyggende psykisk helse.

Funnene viser blant annet at betydningen av oppdatert, tverrfaglig, forskningsbasert, grundig og tilrettelagt veiledning, både i grupper og individuelt, er viktig for å sette positivt fokus på kjønn, pubertet, legning, kjønnsidentitet og ulike seksuelle uttrykk. Informantene etterlyser i tillegg større tverrfaglig samarbeid mellom ulike helseprofesjoner, særlig psykiatrien.

Den enkeltes seksuelle identitet bør i høy grad anerkjennes og bli alminneliggjort i så tidlig alder som mulig. Dette gjelder særlig om individet opplever ubalanse i sin mentale og fysiske utvikling, en kan her bidra med å hjelpe den enkelte til å få en opplevelse av sammenheng (OAS) i den utviklingsfasen individet er.

Ved at ulike aspekter omkring kroppen og seksualiteten blir tatt på alvor kan resultater av negativ seksuell helse begrenses.

Tilnærmingen til tema bør være salutogen, positivt undrende og en må la barnet eller ungdommen styre samtalen.

Veiledning overfor gutter i pubertet kan være ekstra utfordrende. Svarene fra informantene kan tyde på at det burde involveres flere mannlige helsearbeidere og fagpersoner innen psykisk helsearbeid i samarbeid med helsesøster om denne utfordringen. En mere psykisk rettet tilnærming til tema kunne kanskje gitt bedre og bredere tilnærming til god seksuell helse som del av helhetlig psykisk helse.

Denne masteroppgaven viser at helsesøsterstudenten også ser ut til å ønske større samarbeid mellom ulike faggrupper innenfor helse og pedagogikk, men informantene uttrykker at det virker som det er for få økonomiske og menneskelige ressurser til rådighet for optimal ivaretagelse og samarbeid i tilnærmelsen til tema.

Data i oppgaven tyder på at informantene savner nasjonale retningslinjer innen tema. De etterspurte retningslinjene kunne også blitt benyttet i forebyggende helse innen psykisk helsearbeid. En kunne lettere å undervise, evaluere og videreutvikle arbeid med tema ved å følge en mal.

Oppgaven kan gi bidrag til videre forskning innen tema. Særlig tankene helsesøsterstudenten har omkring hva som kan skape "god seksuell helse".

I arbeidet med masteroppgaven kan jeg se at det finnes artikler, teorier, rapporter og veiledere som anbefaler ulike innfallsvinkler i tilnærmelsen til feltet, men implementeringen til det praktiske liv virker til dels mangelfull og bør gis større fokus i tiden fremover, særlig innen forebyggende arbeid i helhetlig psykisk helse.

7 Referanseliste

- Aasland, M. W. (2015). *Barna og seksualiteten*, Oslo, Cappelen Damm akademisk.
- Angeltvedt, R. M. (2007). Ignorering av seksuell orientering i helsevesenets møte med selvmordsnære pasienter. *Suicidologi*, 12.
- Antonovsky, A. & Sjøbu, A. (2012). *Helsens mysterium : den salutogene modellen*, Oslo, Gyldendal akademisk.
- Austad, G. (2010). Gry Bruland Vråle: Møte med det selvmordstruede mennesket. *Suicidologi*, 15, 29-29.
- Brown, J. D., L'Engle, K. L., Pardun, C. J., Guo, G., Kenneavy, K. & Jackson, C. (2006). Sexy media matter: exposure to sexual content in music, movies, television, and magazines predicts black and white adolescents' sexual behavior. *Pediatrics*, 117, 1018-1027.
- Fine, M. (1988). Sexuality, Schooling, and Adolescent Females: The Missing Discourse of Desire. *Harvard Educational Review*, 58, 29.
- Goth, U.-G. S. & Berg, J. E. (2014). *Folkehelse i et norsk perspektiv : Ursula Småland Goth (red.)*, Oslo, Gyldendal akademisk.
- Guzmán, B. L., Schlehofer-Sutton, M. M., Villanueva, C. M., Stritto, M. E. D., Casad, B. J. & Feria, A. (2003). Let's talk about sex: How comfortable discussions about sex impact teen sexual behavior. *Journal of health communication*, 8, 583-598.
- Hellesund, T. (2008). *Identitet på liv og død : marginalitet, homoseksualitet og selvmord*, Oslo, Spartacus.
- Helsedirektoratet 2004. Helsestasjon og skolehelsetjenesten.
- Helsedirektoratet (2010). Forebygging av uønsket svangerskap og abort 2010 - 2015 - strategier for bedre seksuell helse. 6.
- Hust, S. J. T., Brown, J. & L'Engle, K. L. (2008). Boys Will Be Boys and Girls Better Be Prepared: An Analysis of the Rare Sexual Health Messages in Young Adolescents' Media. *Mass Communication and Society*, 11, 3-23.
- Häggström-nordin, E., Sandberg, J., Hanson, U. & Tydén, T. (2006). 'It's everywhere!' Young Swedish people's thoughts and reflections about pornography. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 20, 386-393.
- Jacobsen, D. I. (2005). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? : innføring i samfunnsvitenskapelig metode*, Kristiansand, Høyskoleforl.
- Kloep, M., Hendry, L. B. & Jensen, K. O. (2003). *Utviklingspsykologi i praksis*, Oslo, Abstrakt forl.
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M. & Rygge, J. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju*, Oslo, Gyldendal akademisk.
- Langfeldt, T. 1993. Sexologi. Oslo: Ad notam Gyldendal.
- Lindström, B. & Eriksson, M. (2010). *The hitchhiker's guide to salutogenesis : salutogenic pathways to health promotion*, Helsinki, Folkhälsan.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning : en innføring*, Oslo, Universitetsforl.
- Norge, H. (2003). *Om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten*, Oslo, Helsedepartementet.
- Nåden, D. & Braute, E. (1992). *Fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming i sjukepleieforskning*, Oslo, Universitetsforl.
- Ollendorff, U. 2013. Seksuell autonomi = god seksuell helse.
- Russell, S. T. & Joyner, K. (2001). Adolescent sexual orientation and suicide risk: Evidence from a national study. *American Journal of public health*, 91, 1276-1281.
- Rutter, M. (2012). Resilience as a dynamic concept. *Dev Psychopathol*, 24, 335-344.
- Rutter, M. & Rutter, M. (1997). *Den livslange utvikling : forandring og kontinuitet*, København, Hans Reitzel.

- Rådet for psykisk h. (2004). *Verdig liv : velferd, medvirkning og helhet ved psykiske lidelser*, Oslo, Rådet for psykisk helse.
- Sigaard, L. (2003). *Seksualitet : en omsorgsdimension*, Kbh, Nyt Nordisk Forlag.
- Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitativ metode*, Bergen, Fagbokforlaget.
- Træen, B. & Gørvell, K. (1995). *Ungdom og seksualitet*, Oslo, Ad notam Gyldendal.
- Ulvund, S. E. (2009). *Forstå barnet ditt : 12-16 år*, Oslo, Cappelen Damm.
- Vildalen, S. & Langfeldt, T. (2014). *Seksualitetens betydning for utvikling og relasjoner : med utgangspunkt i Thore Langfeldts tenkning og arbeid*, Oslo, Gyldendal akademisk.
- Vrangalova, Z. & Savin-Williams, R. C. (2011). Adolescent Sexuality and Positive Well-Being: A Group-Norms Approach.(Report). *Journal of Youth and Adolescence*, 40, 931.
- Wegling, M., Sosialistisk, o. & Landsforeningen for lesbisk og homofil, f. (1997). *Trine Marit : en bok om ungdom og (homo)seksualitet*, Oslo, Sosialistisk opplysningsforbund i samarbeid med Landsforeningen for lesbisk og homofil frigjøring.
- World Health Organization. 2010. *Developing sexual health programmes, a framework for action* [Online]. World Health Organization: WHO press, Switzerland. Tilgjengelig: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70501/1/WHO_RHR_HRP_10.22_eng.pdf [Funnet 15. November 2014].

Appendix

Vedlegg 1: Intervjuguide

Vedlegg 2: Samtaler med sexologer

Vedlegg 3: Sexologenes kommentarer til intervjuguiden

Vedlegg 4: forespørsel, informasjon og samtykkeerklæring

Vedlegg 5: NSD godkjenning.

Vedlegg 1: intervjuguide

INTERVJUGUIDE 2014

Nøkkelperson (sexolog):

1. Hvordan mener du fokus på seksuell helse som en del av psykisk helse bør vektlegges i helsesøsterstudiet?
2. Hva burde hovedfokus i studiet når det gjelder seksuell helse?
3. Hvor viktig er seksuell helse som en del av psykisk helse?
4. I hvilke fokus burde helsesøstre vektlegge i samtale om dette emnet overfor
 - -barn?
 - -ungdom?
5. Hva er "god seksuell helse"?

Studenter:

1. Hvordan vurderer du studiets fokus på – og vektlegging av seksuell helse som en del av psykisk helse?
2. Hva mener du skulle ha vært vektlagt innenfor temaet seksuell helse?
3. Hvordan vurderer du viktigheten av fokus på begrepet seksuell helse som en del av psykisk helse?
4. Hvordan vil du vektlegge temaet seksuell helse i ditt virke som helsesøster overfor
 - Barn?
 - ungdom?
5. Hva er etter din mening "god seksuell helse"?

Vedlegg 2: Sexologenes kommentarer

2014-05-18

2.4.1 Samtale 1

Sexologen hevder ettertrykkelig at sexologien må inn i psykiatrien, og at det må lages en ny form for «protokoll». -Slik at også denne delen av pasientens psykiske helse blir kartlagt, også om det dreier seg om «sunn» seksuell helse da seksuell helse ER god psykisk helse Denne protokollen må leger (behandlere red.) og miljøterapeuter samarbeide om. Det må opprettes et system slik at den seksuelle helse blir tatt på alvor og godt ivaretatt. I den forbindelsen må en kartlegge behovet for informasjon og gi pasienten positiv bekreftelse. Sexologen ønsker at det etter hvert skal være dybdeintervjuer med mennesker innlagt i barne- og ungdomspsykiatri for å kartlegge hvilket behov som finnes. Kanskje også spørreskjema kunne gi svar i spissede problemstillinger. Dette for å få frem et mer helhetlig menneskesyn. Det må i systemene vises til sammenheng mellom seksuell og psykisk helse.

2.4.2 Samtale 2

Sexologen mener at seksuell helse av mange helsearbeidere ikke blir oppfattet som en integrert del av fysiske og psykiske helse. Barne-, ungdom- og videregående skole er en god arena å informere om seksualitet. Hun mener de burde blitt presentert for positiv informasjon om seksualitet på et tidlig stadium. Helsesøstre i samarbeid med skolens lærere kan være de som i første omgang omtaler dette. Kanskje vil det ta oss en generasjon å bli fortrolige med temaet, men det må etter hvert på dagsordenen. Sexologen mente at med mer og bedre informasjon, kan en kanskje minske risikoen for voldelig adferd i relasjoner og kanskje også unngå traumer senere i livet.

Når det gjelder legning, at denne kan være uavklart og oversett hos den enkelte, kan resultatet bli psykiske traumer som kan komme frem senere i livet.

Hun legger vekt på behandlers opplevelse av trygghet i forhold til tema. Kun når en er trygg kan man gjøre en god jobb under formidlingen, ikke være så opptatt av normalitet, men heller alminnelighet.

I samtalen reflekterer vi litt over at alminnelig god seksualitet ikke ser ut til å ha rom i møte med ungdom i pubertet og krise (akuttpsykiatrisk mottak). Sexologen mener dette er svært negativt og at seksualiteten bør tas alvorlig. En må åpne opp og tillate det som tema, om ikke annet så for at det kan modnes og tas opp senere i behandlingsforløpet.

I sitt virke har sexologen hatt mange henvisninger av pasienter fra psykolog, da mange psykologer vegrer seg for å ta opp disse utfordringene.

Respektfullt og varsomt må det avklares hvordan temaet skal behandles i samarbeid med den enkelte ungdom.

Vedlegg 3: Sexologens kommentarer til deler av intervjuguiden (testintervju)

Hva er god seksuell helse?

God seksuell helse er

- Stolthet og selvråderett over kropp og den enkeltes seksualitet, uten skyld, skam og negative følelser
- At den enkelte får leve ut SIN seksualitet
- At man har tilegnet seg ferdigheter som styrker selvfølelse, identitet og eierskap til kropp og seksualitet – uten engstelse for kjønn, legning, uønsket svangerskap, kjønns sykdommer osv.

WHO definerte seksuell helse som ” – en integrering av somatiske, emosjonelle, intellektuelle og sosiale aspekter av seksuell væren på en måte som er positivt berikende og som fremmer personlig utvikling, kommunikasjon og kjærlighet”

Jeg mener det er en selvfølge at seksuell helse defineres som psykisk helse og bør være obligatorisk undervisning med det fokuset på helsesøsterutdanningen og tillegges STOR vekt!

Hvor viktig er seksuell helse som en del av psykisk helse?

Seksuell helse ER psykisk helse. Mye av seksualiteten sitter i hodet.(sett bort fra fysisk sykdom) Negative tanker som skyld, skam, dårlig selvbilde, dårlig seksuell selvtilitt, påvirker følelsene våre og derigjennom vår psykiske helse og motsatt -og gir en dårligere livskvalitet.

Hvilket fokus burde helsesøstre vektlegge i samtale om dette emnet overfor barn og ungdom?

Det er viktig overfor **barn(og foreldre)** å gjøre oppmerksomme på at barn er i seksuell utvikling fra fødselen av, at seksualiteten er en integrert del av ethvert menneske inklusive barn og unge. At foreldre tillater barna å ha seksuelle leker samt onanere. Helsesøstre bør gi foreldre kompetanse og trygghet på at dette er ok og at de kan tilrettelegge og skape trygge rammer for barn å oppdage sin seksualitet. Det betyr at foreldre må lære ikke å fordømme eller vise andre negative holdninger til barn som har seksuelle leker eller som masturberer.

Helsesøstre har her en særdeles viktig funksjon! Tror fokus i forhold til barn må være på foreldrene før barna starter på skolen. Når de kommer i skolen kan helsesøstre undervise/samtale med ungene om seksualitet. Dette BØR være tema! Fokus bør være at sex er en del av det å være barn også og gi tillatelse til at det er ok å utforske egen kropp å bli fortrolig med at de også er seksuelle vesener.

Det burde være enkle brosjyrer/barnebøker som tar for seg barns seksualitet og som kan være til hjelp for foreldre og for eventuelt barna

Det kan være vanskelig å snakke med små barn om dette. Da vil undervisningsmateriell være av stor betydning.

Overfor **ungdom** bør helsesøstre ha fokus på at ungdommene skal beholde sin integritet som det

seksuelle mennesket de er. –at de er god nok, at de bestemmer selv når de vil ha sex og med hvem-det være seg samme kjønn eller motsatt kjønn. Hvordan ha god og trygg sex, osv. Trygg sex er selvfølgelig også prevensjon og unngå kjønnssykdommer men det er jo helsesøstre gode på.

Det bør snakkes om kjønnstilhørighet, om de tenner på motsatt eller samme kjønn, om hvordan de har det med sin seksualitet og hva de eventuelt opplever som vanskelig.

De bør også vektlegge at seksualitet er mer en samleie men at det også inneholder tanker og følelser.

Vektlegging av seksuell helse som psykisk helse i helsesøsterstudiet

God psykisk helse innebærer at vi/ungdommer har evne til å fordøye livets krav og påkjenninger.

Jeg vet ikke hvordan undervisningen ved helsesøsterstudiet vektlegges i dag, men jeg synes kanskje at temaet seksuell helse burde ligge under temaet/bolken psykisk helse.

Seksuell helse ER psykisk helse.

Vedlegg 4: Forespørsel, informasjon og samtykkeerklæring

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

HVORDAN OPPLEVER HELSESØSTERSTUDENTER AT TEMAET SEKSUELL
HELSE BLIR BEHANDLET I STUDIESAMMENHENG OG HVORDAN VIL DE BRUKE
DENNE LÆRDOMMEN I SIN PRAKSIS?

”UNGDOM, SEKSUALITET OG PSYKISK HELSE”.

Bakgrunn og hensikt

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en forskningsstudie for å kartlegge hvordan helsesøstre opplever at seksuell helse blir ivaretatt når det gjelder psykisk helse i studiet. I tillegg hvordan denne kunnskapen sees på av den enkelte og hvordan en ønsker å fremme denne kunnskapen overfor barn og ungdom.

Hva innebærer studien?

Studien setter fokus på holdninger hos helsesøsterstudenter om hvordan en som helsearbeider kan bidra i behandlingen av seksuell helse som ressurs hos ungdom, fremfor tradisjonelt fokus på seksuell uhelse. Man velger helsesøster fordi de er en sentral aktør i ungdommers helsetilbud og er en viktig samtalepartner i ungdommers seksuelle/psykiske utvikling.

Mulige fordeler og ulemper

Det forventes ingen ulemper for informanter, da intervjuet vil fokusere på opplevelsen en har av sitt fagfelt når det gjelder temaet seksuell helse som del av psykisk helse.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Informasjonen eller svarene som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennende opplysninger. Det er masterstudenten og veileder som har adgang til dataene.

Opplysningene vil slettes etter at prosjektet er avsluttet.

Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når disse publiseres.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien. Dette vil ikke få konsekvenser for din videre behandling.

Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Om du nå sier ja til å delta, kan du senere trekke tilbake ditt samtykke uten at det påvirker din øvrige behandling. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til studien, kan du kontakte enten Geir Magne Johansen eller Birthe Loa Knizek, PHD, ved HIST.

Utdypende forklaring av hva studien innebærer

Seksualiteten er en stor del av vår personlighet, den bidrar til å si hvem vi er og hva vi står for.

Identitetsdannelse er et viktig ledd i frigjøringen fra foreldrene og den skal bidra til å gjøre oss trygge som voksne individer. Gjennomsnittsalderen for når denne utviklingen starter varierer litt mellom kjønnene. Generelt sett er det slik at den kroppslige forandringen som skjer i pubertet gjør ungdommen mere bevisst på egen og andres seksualitet. Ulvund S. E. (2009). Ungdomstid, utvikling av identitet, personlighet og kroppslig utvikling vil være sentrale tema i oppgaven. Viktigheten av at riktig informasjon på riktig måte individuelt tilpasset vil også bli belyst.

Studien setter fokus på holdninger hos helsesøsterstudenter om hvordan en som helsearbeider kan bidra i behandlingen av seksuell helse som ressurs hos ungdom, fremfor tradisjonelt fokus på seksuell uhelse. Man velger helsesøster fordi de er en sentral aktør i ungdommers helsetilbud og er en viktig samtalepartner i ungdommers seksuelle/psykiske utvikling.

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg er villig til å delta i studien

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

(Signert, rolle i studien, dato)

Vedlegg 5: NSD godkjenning

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Postboks 1047
N-2007 Trondheim
Høyte
Tlf: +47 73 58 21 12
Fax: +47 73 58 50 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Orgnr. 965 321 884

Birthe Loa Knizek
Avdeling for sykepleierutdanning Høgskolen i Sør-Trøndelag
Øya Helsehus, Mauritz Hansens g. 2
7004 TRONDHEIM

Vår dato: 15.04.2014

Vår ref: 38460 / 3 / AMS

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 07.04.2014. Meldingen gjelder prosjektet:

38460	<i>Seksualitet, pubertet og psykisk helse</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Høgskolen i Sør-Trøndelag, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Birthe Loa Knizek</i>
Student	<i>Geir Magne Johansen</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeplikt, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.12.2014, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Vigdis Namtvedt Kvalheim

Anne-Mette Somby

Kontaktperson: Anne-Mette Somby tlf: 55 58 24 10

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Geir Magne Johansen geirm66@hotmail.com

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

Arbeidsprosedyre i NSD's OPV

NSD, NSD Universitet i Oslo, Postboks 1047 Blindern, 0316 Oslo. Tlf: +47 22 85 52 11. nsd@nsd.uib.no
NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7001 Trondheim. Tlf: +47 73 58 18 18. geir.somby@ntnu.no
NSD, NSD, Universitetet i Trondheim, Postboks 161, 4003 Trondheim. Tlf: +47 73 58 18 18. geir.somby@ntnu.no